



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
*PSICOLOGÍA Y SALUD*

## ENVEJECIMIENTO EXITOSO Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: EFECTOS DE UN CURSO-TALLER

TESIS  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
DOCTOR EN PSICOLOGÍA  
PRESENTA:  
*CHRISTIAN OSWALDO ACOSTA QUIROZ*

JURADO DE EXAMEN DE GRADO  
DIRECTORA: DRA. ANA LUISA MÓNICA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL  
COMITÉ: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA  
DRA. LUCY MARÍA REIDL MARTÍNEZ  
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS  
DRA. MARÍA GEORGINA CÁRDENAS LÓPEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA. 2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

**Agradezco a la Dra. Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel, por su apoyo incondicional mucho antes del desarrollo de esta tesis doctoral; tanto por sus conocimientos como por su actitud enteramente profesional como mi tutora...y por soportar todas mis irreverencias.**

**De igual manera, agradezco el apoyo total de mi compadre, el Dr. Juan José Sánchez Sosa y la Dra. Lucy María Reidl Martínez. Sin duda, un gran apoyo en todos los sentidos.**

**Sin olvidar por supuesto las asesorías, sugerencias y consejos del Dr. Samuel Jurado Cárdenas, Dra. Feggy Ostrosky Shejet, Dra. María Georgina Cárdenas López, Dra. María del Rocío Hernández Pozo, Dra. Angélica Riveros Rosas y la Dra. Laura Hernández Guzmán.**

**Un especial agradecimiento también a la Mtra. Ana Luisa Rodríguez Barreras y a la Dra. Sonia Beatriz Echeverría Castro...personas fundamentales en el desarrollo de este trabajo.**

**Y finalmente, un agradecimiento a la UNAM, mi UNAM, y a todos aquellos “viejos” que prestaron un poco de su valioso tiempo para la realización de este trabajo...los “viejos”.**

## **DEDICATORIAS**

*Dedico ésta mi tesis doctoral a...*

- *Mi príncipe precioso, Iván Oswaldo... “Eres tú quien me ilumina, mi pequeño talismán”*
- *A Raquel mi esposa y a Carmen, mi Madre...A Carmen mi Madre y a Raquel, mi esposa...las mujeres de mi vida !!!*
- *A mis abuelos y a mis tíos, los viejos...los imprescindibles: Rosa, Jesús, Ramón, María, Epifanio, Elena, Lupita*
- *A mis primos, aquellos que crecieron junto conmigo y aquellos que siempre me apoyan: Manuel, Jesús Abel, Rocío, Rosa, Alberto, Chayo, Chayito, Marisa, Teresa, Oswaldo, José*
- *Así como a Efrén, Radivoj, Cristina, Ester, Francisco...Beto y Dany*
- *Y a mis amigos, siempre presentes: Roberto, Jorge Mendoza, Ramón René, Jorge Guajardo, Óscar, Amado, Aldo, Martín, Alán...y un resto más que saben brindar a la distancia y en silencio*

## ÍNDICE GENERAL

	Página
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	i
<b>DEDICATORIAS</b> .....	ii
<b>ÍNDICE GENERAL</b> .....	iii
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	v
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	vii
<b>RESUMEN</b> .....	x
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>1.1 Antecedentes</b> .....	2
<i>1.1.1 Teoría de la actividad</i> .....	8
<i>1.1.2 Modelo de envejecimiento exitoso</i> .....	10
<i>1.1.3 Modelo de selección, optimización y compensación</i> .....	15
<i>1.1.4 Terapia cognitivo-conductual</i> .....	20
<i>1.1.5 Programación de actividades de dominio y agrado</i> .....	30
<i>1.1.6 Modelo de solución de problemas</i> .....	33
<i>1.1.7 Educación para la salud</i> .....	33
<b>1.2 Planteamiento del problema</b> .....	35
<b>1.3 Hipótesis</b> .....	36
<b>1.4 Justificación</b> .....	36
<b>II. MÉTODO</b> .....	40
<b>2.1 Estudio I</b> .....	40
<b>2.1.1 Grupos focales</b> .....	40
2.1.1.1 Participantes .....	40
2.1.1.2 Materiales .....	41
2.1.1.3 Procedimiento .....	41
2.1.1.4 Resultados .....	42
<b>2.1.2 Propiedades psicométricas del INACVIDIAM</b> .....	48
2.1.2.1 Participantes .....	48
2.1.2.2 Materiales .....	49
2.1.2.3 Procedimiento .....	50
2.1.2.4 Resultados .....	51
<b>2.2 Estudio II</b> .....	55
<b>2.2.1 Participantes</b> .....	56
<b>2.2.2 Materiales</b> .....	56
<b>2.2.3 Procedimiento</b> .....	58
<b>2.2.4 Resultados</b> .....	59

<b>III. DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b> .....	<b>95</b>
<b>IV. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS</b> .....	<b>107</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>111</b>

**Apéndice A** – *Instrumentos de medición*

**Apéndice B** – *Cartas descriptivas*

**Apéndice C** – *Manual del instructor*

**Apéndice D** – *Manual del participante*

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Cambios asociados a la edad .....	2
Figura 2. Factores personales y socioambientales que definen la calidad de vida .....	7
Figura 3. Factores objetivos y subjetivos que definen la calidad de vida .....	8
Figura 4. Modelo de envejecimiento exitoso .....	11
Figura 5. Dominios comportamentales y psicológicos del envejecimiento exitoso .....	13
Figura 6. Plan de prueba del INACVIDIAM (versión femenina) .....	45
Figura 7. Plan de prueba del INACVIDIAM (versión masculina) .....	46
Figura 8. Escala de respuestas de frecuencia en el INACVIDIAM .....	47
Figura 9. Cambios del “ <i>pretest</i> ” al “ <i>postest</i> ” por participante en la frecuencia total de actividades en el INACVIDIAM (mujeres) .....	63
Figura 10. Cambios del “ <i>pretest</i> ” al “ <i>postest</i> ” por participante en la satisfacción total asociada a la frecuencia total de actividades en el INACVIDIAM (mujeres) .....	65
Figura 11. Cambios del “ <i>pretest</i> ” al “ <i>postest</i> ” por participante en la frecuencia de actividades sociales formales (mujeres) .....	68
Figura 12. Cambios del “ <i>pretest</i> ” al “ <i>postest</i> ” por participante en la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades sociales formales (mujeres) .....	69
Figura 13. Cambios del “ <i>pretest</i> ” al “ <i>postest</i> ” por participante en la frecuencia de actividades instrumentales cognoscitivas (mujeres) .....	70
Figura 14. Cambios del “ <i>pretest</i> ” al “ <i>postest</i> ” por participante en la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades instrumentales cognoscitivas (mujeres) .....	71
Figura 15. Cambios del “ <i>pretest</i> ” al “ <i>postest</i> ” por participante en la frecuencia de actividades instrumentales del hogar (mujeres) .....	72
Figura 16. Cambios del “ <i>pretest</i> ” al “ <i>postest</i> ” por participante en la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades instrumentales del hogar (mujeres) .....	73
Figura 17. Cambios del “ <i>pretest</i> ” al “ <i>postest</i> ” por participante en la frecuencia de actividades recreativas (mujeres) .....	74

<b>Figura 18. Cambios del “pretest” al “postest” por participante en la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades recreativas (mujeres) .....</b>	<b>75</b>
<b>Figura 19. Cambios del “pretest” al “postest” por participante en la frecuencia de actividades sociales informales (mujeres) .....</b>	<b>76</b>
<b>Figura 20. Cambios del “pretest” al “postest” por participante en la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades sociales informales (mujeres) .....</b>	<b>77</b>
<b>Figura 21. Cambios del “pretest” al “postest” por participante en la frecuencia total de actividades en el INACVIDIAM (hombres) .....</b>	<b>81</b>
<b>Figura 22. Cambios del “pretest” al “postest” por participante en la satisfacción total asociada a la frecuencia total de actividades en el INACVIDIAM (hombres) .....</b>	<b>82</b>
<b>Figura 23. Cambios del “pretest” al “postest” por participante en la frecuencia de actividades instrumentales físicas (hombres) .....</b>	<b>83</b>
<b>Figura 24. Cambios del “pretest” al “postest” por participante en la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades instrumentales físicas (hombres) .....</b>	<b>84</b>
<b>Figura 25. Cambios del “pretest” al “postest” por participante en la frecuencia de actividades instrumentales del hogar (hombres) .....</b>	<b>85</b>
<b>Figura 26. Cambios del “pretest” al “postest” por participante en la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades instrumentales del hogar (hombres) .....</b>	<b>86</b>
<b>Figura 27. Cambios del “pretest” al “postest” por participante en la frecuencia de actividades instrumentales cognoscitivas (hombres) .....</b>	<b>87</b>
<b>Figura 28. Cambios del “pretest” al “postest” por participante en la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades instrumentales cognoscitivas (hombres) .....</b>	<b>88</b>
<b>Figura 29. Cambios del “pretest” al “postest” por participante en la frecuencia de actividades sociales informales (hombres) .....</b>	<b>89</b>
<b>Figura 30. Cambios del “pretest” al “postest” por participante en la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades sociales informales (hombres) .....</b>	<b>90</b>
<b>Figura 31. Cambios del “pretest” al “postest” por participante en la frecuencia de actividades sociales formales (hombres) .....</b>	<b>91</b>
<b>Figura 32. Cambios del “pretest” al “postest” por participante en la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades sociales formales (hombres) .....</b>	<b>92</b>
<b>Figura 33. Presencia de síntomas depresivos del “pretest” al “postest” en los participantes del curso-taller .....</b>	<b>93</b>



**Figura 34. Intensidad de síntomas de ansiedad del “pretest” al “postest” en los participantes del curso-taller ..... 94**

## ÍNDICE DE TABLAS

	Página
<b>Tabla 1. Estrategias SOC desde una perspectiva de teoría-acción .....</b>	<b>16</b>
<b>Tabla 2. Muestra de reactivos del “SOC-Questionnaire” .....</b>	<b>18</b>
<b>Tabla 3. Técnicas utilizadas con adultos mayores en problemas habituales .....</b>	<b>30</b>
<b>Tabla 4. Características sociodemográficas de los participantes en el piloteo del INACVIDIAM .....</b>	<b>49</b>
<b>Tabla 5. Valores de <i>t</i> en la versión femenina y masculina del INACVIDIAM .....</b>	<b>52</b>
<b>Tabla 6. Estructura factorial de la versión masculina del INACVIDIAM (n=192) .....</b>	<b>53</b>
<b>Tabla 7. Estructura factorial de la versión femenina del INACVIDIAM (n=207) .....</b>	<b>54</b>
<b>Tabla 8. Validez convergente en ambas versiones del INACVIDIAM .....</b>	<b>55</b>
<b>Tabla 9. Validez divergente en ambas versiones del INACVIDIAM .....</b>	<b>55</b>
<b>Tabla 10. Correlación entre tipos de actividades y satisfacción en hombres (n=192) .....</b>	<b>55</b>
<b>Tabla 11. Correlación entre tipos de actividades y satisfacción en mujeres (n=207) .....</b>	<b>55</b>
<b>Tabla 12. Características sociodemográficas de los participantes del curso-taller .....</b>	<b>57</b>
<b>Tabla 13. Comparación de medias de frecuencia total de actividades de la vida diaria (n=29) .....</b>	<b>62</b>
<b>Tabla 14. Comparación de medias de satisfacción total asociada a la frecuencia total de actividades de la vida diaria (n=29) .....</b>	<b>64</b>
<b>Tabla 15. Comparación de medias por dimensión en la frecuencia de actividades de la vida diaria (n=29) .....</b>	<b>66</b>
<b>Tabla 16. Comparación de medias por dimensión en la satisfacción asociada a actividades de la vida diaria (n=29) .....</b>	<b>67</b>
<b>Tabla 17. Tabulación de CCO en frecuencia de actividades y satisfacción por dimensiones del INACVIDIAM (mujeres) .....</b>	<b>78</b>
<b>Tabla 18. Tabulación de CCO en frecuencia de actividades y satisfacción por dimensiones del INACVIDIAM (hombres) .....</b>	<b>88</b>

**Tabla 19. Comparación de medias de intensidad de síntomas de ansiedad (n=32) ..... 92**

## **RESUMEN**

El propósito de esta investigación fue evaluar los efectos de un curso-taller con base en modelos de envejecimiento exitoso y en técnicas de la terapia cognitivo-conductual, sobre la frecuencia de actividades de la vida diaria, la satisfacción asociada a dicha frecuencia y, la intensidad de síntomas de depresión y ansiedad en adultos mayores. Primero se construyó un Inventario de Actividades de la Vida Diaria de Adultos Mayores (INACVIDIAM) a través de la revisión de la literatura sobre actividades de la vida diaria en adultos mayores, de las sugerencias de expertos en el trabajo con dicha población y de dos grupos focales de 15 y 8 participantes mayores de 60 años de edad, respectivamente, donde se obtuvieron dos versiones iniciales del INACVIDIAM (versión femenina y versión masculina), las cuales se aplicaron respectivamente, junto con el WHOQoL-Breve, en 207 mujeres y 192 hombres mayores de 60 años de edad en el sur de Sonora, esto para evaluar sus propiedades psicométricas de confiabilidad y validez. El INACVIDIAM mostró una aceptable consistencia interna en su versión masculina y femenina, con un alfa de Cronbach de  $r=.843$  y  $r=.815$  respectivamente, así como validez de constructo con una estructura factorial conforme a las dimensiones propuestas por la teoría de la actividad (actividades sociales informales, actividades sociales formales y actividades recreativas solitarias) y el modelo de envejecimiento exitoso (actividades instrumentales del hogar y/o físicas, y actividades instrumentales cognitivas), y validez convergente con calidad de vida. Posteriormente se diseñó un curso-taller manualizado, el cual se piloteó en 60 adultos mayores para después aplicarse en un grupo de 29 mujeres y 3 hombres mayores de 60 años de edad, también en el sur de Sonora, a los cuales se les aplicó el INACVIDIAM, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Inventario de Ansiedad de Beck. Los resultados indican que en 11 de los participantes del curso-taller (con un rango de 69 a 86 años de edad), se dieron cambios clínicos positivos en la frecuencia de actividades de la vida diaria, donde las actividades sociales formales y las actividades instrumentales cognitivas fueron las actividades que más aumentaron, y las actividades sociales informales fueron las que más disminuyeron, lo que en términos del modelo de selección, optimización y compensación, significa la aplicación de una estrategia de selección electiva. De los 11 participantes en que se dio un aumento mayor en términos de la frecuencia de actividades de la vida diaria, tres aumentaron significativamente su satisfacción ante el aumento de su frecuencia en actividades establecidas teóricamente como dimensiones con una considerable relación a satisfacción (actividades sociales informales, actividades sociales formales y actividades instrumentales cognitivas). Se concluye que aumentó la frecuencia de actividades de la vida diaria y la satisfacción asociada a dicha frecuencia en los participantes del curso-taller, beneficiándose principalmente los de mayor edad en el grupo, más no se redujeron los valores significativos de depresión y ansiedad presentes en algunos de los participantes del curso-taller. Esto sugiere incluir en un curso-taller con estas características, que parte conceptualmente de modelos de envejecimiento exitoso, más sesiones dirigidas a promover aspectos como la salud conductual y ajuste físico, el óptimo funcionamiento cognitivo, la auto-regulación emocional-motivacional, y una alta participación y compromiso social.

## **I. INTRODUCCIÓN**

No obstante el amplio conocimiento que existe sobre la vejez y los adultos mayores, se sabe relativamente poco sobre la vida diaria de éstos. La información sobre cómo los adultos mayores estructuran y organizan sus vidas diarias, requiere la valoración de actividades en su contexto: qué actividades llevan a cabo, dónde y con quién. Además del interés en una imagen de la vida diaria en la vejez, el conocimiento sobre las actividades de la vida diaria en la edad avanzada es importante por varias razones.

Primero, la información sobre las actividades de la vida diaria puede proporcionar datos sobre los objetivos, motivaciones, habilidades, preferencias, necesidades y deseos del adulto mayor. Las actividades se relacionan a objetivos y las actividades de la vida diaria representan los medios primarios por los cuales los objetivos de la vida se persiguen y se obtienen. Las personas eligen las actividades en las que invertirán tiempo y atención, esto entre una enorme variedad de actividades posibles. Por lo tanto, la suma de elecciones describe el día de una persona y refleja sus prioridades y objetivos inmediatos. Estas elecciones diarias forman el contenido y estructura de la vida entera de una persona (Horgas, Wilms & Baltes, 1998).

Segundo, las actividades de la vida diaria se afectan por restricciones externas como el tiempo y alcance espacial, así como por factores internos tales como los cambios asociados al envejecimiento normal y/o patológico, que fomentan y/o dificultan la participación en ciertos tipos de actividades o influyen en el cómo el individuo estructura su vida diaria. El envejecimiento normal implica algunos cambios biofísicos, psicológicos y sociales que son inevitables y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo: la fuerza muscular se debilita, los órganos de los sentidos pierden agudeza, también se aprecia un decremento en la capacidad de resolver problemas, etcétera. Más este déficit progresivo no es consecuencia directa de

patologías específicas; sin embargo, en el envejecimiento patológico, los cambios son consecuencia de la enfermedad y no parte del envejecimiento normal: enfermedades vasculares, arterioesclerosis, demencias, etcétera (Montorio & Izal, 1999; Muñoz & Motte, 2002). En la Figura 1 se resumen algunos de los más importantes cambios asociados a la edad.

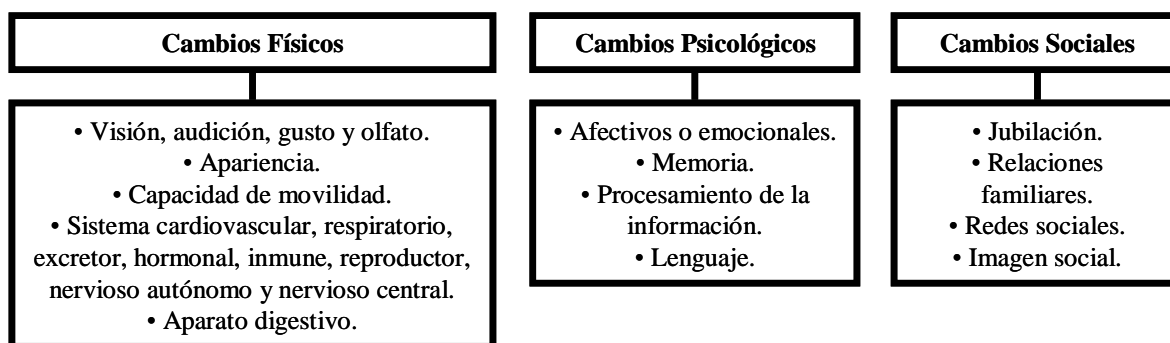


Figura 1. Cambios asociados a la edad (Montorio & Izal, 1999)

## 1.1 Antecedentes

En este contexto de objetivos, motivaciones, habilidades, preferencias, necesidades, deseos, restricciones externas, cambios normales y patológicos, los adultos mayores pueden llevar a cabo diferentes actividades diarias participando en aquellas actividades que aseguren el mantenimiento personal (comer, bañarse, vestirse, etcétera) que se consideran un ingrediente básico en la vida. Sin embargo, también pueden involucrarse en más que actividades básicas y tomar parte en el medioambiente externo dirigiéndose a otros e involucrándose en actividades auto-enriquecedoras. Por lo tanto, es importante diferenciar entre tres tipos de actividades de la vida diaria en los adultos mayores (Horgas et al., 1998):

- Actividades básicas, que se refieren a mantenimiento personal en términos de supervivencia física.
- Actividades instrumentales, que se refieren a mantenimiento personal en términos de supervivencia cultural.

- Trabajo, actividades de ocio y actividades sociales, que se refieren a actividades comunitarias y auto-enriquecedoras.

Como se mencionó anteriormente, las actividades de la vida diaria no sólo son expresión de necesidades, preferencias y motivaciones, sino también son reflejo de restricciones internas y externas, por lo que la vida diaria puede ser distinta para personas con diferentes variables de fondo. Esto refuerza el concepto de heterogeneidad en el envejecimiento, el cual refleja patrones de actividad, roles de género y preferencias personales (Nourhashémi, Andrieu, Gillete-Guyonnet, Vellas, Albaréde & Grandjean, 2001).

Las actividades de la vida diaria se refieren a un conjunto de tareas cotidianas comunes que se requieren para el autocuidado personal y una vida independiente (Wiener, Hanley, Clark & Van Nostrand, 1990). Existen diversos instrumentos para medir actividades de la vida diaria, originalmente desarrollados para valoración geriátrica general (Galasko, Schmitt, Thomas, Jin, Bennett & Ferris, 2005) y evaluación del deterioro funcional en adultos mayores, definido éste como el declive en la capacidad de ejecutar una o más de las actividades de la vida diaria (Naik, Burnett, Pickens-Pace & Dyer, 2008). En el caso de la valoración de actividades básicas, las cuales se correlacionan con funciones y coordinación motoras (Cahn-Weiner et al., 2007), el ejemplo clásico es el Índice de Katz de Independencia en Actividades de la Vida Diaria (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe, 1963), que mide la independencia en adultos mayores para alimentarse, continencia, movilidad, uso del excusado, vestirse y bañarse.

También se valoran actividades instrumentales, las cuales pueden definirse como aquellas actividades que son vitales para el mantenimiento de la función normal de adultos mayores en el hogar y en la comunidad. Las actividades instrumentales son tareas más complejas, no incluyen actividades básicas y son diferenciadas del trabajo, ocio y actividades sociales (Tong & Man,

2002). Un ejemplo clásico de la valoración de actividades instrumentales es la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton & Brody, 1969). Las actividades que incluye esta escala son capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de comida, cuidado del hogar, lavado de ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a medicación y manejo de asuntos económicos, todo esto en adultos mayores.

La valoración de estas actividades instrumentales tiene utilidad clínica particular para individuos en las etapas preclínicas de la demencia (Jefferson et al., 2008) y también en personas con deterioro cognitivo leve (Wadley, Okonkwo, Crowe & Ross-Meadows, 2008); por ejemplo, dificultades en la preparación de comida (una clásica actividad instrumental) pueden estar relacionadas a diferentes errores funcionales como “el olvidar cosas en el fuego de la estufa” y “no poder concentrarse en más de una cosa”, esto debido a que el deterioro funcional en las actividades instrumentales se correlaciona con el deterioro en el funcionamiento cognitivo, específicamente memoria, procesamiento de la información y funcionamiento ejecutivo (Gildengers et al., 2007). Las actividades instrumentales requieren una mayor complejidad de organización neuropsicológica que las actividades básicas (Barberger-Gateau, Fabrigoule, Rouch, Letenneur & Dartigues, 1999), por lo que la pérdida de la independencia en las actividades instrumentales tiende a ocurrir previamente a la pérdida de independencia en las actividades básicas (McGee & Mathiowetz, 2003).

Las actividades instrumentales tales como la preparación de comida, quehaceres del hogar, lavar ropa, ir de compras, etcétera, pueden ser categorizadas como aquellas que se basan en la salud física o fuerza, y por lo tanto pueden ser conceptuadas como “actividades instrumentales físicas”; en contraste, tareas tales como usar el teléfono, toma de medicamentos, hacer una dieta balanceada, manejo de dinero, etcétera, pueden ser categorizadas como aquellas



actividades que requieren recursos cognitivos complejos y por lo tanto ser conceptuadas como “actividades instrumentales cognitivas” (Tze-Pin, Mathew, Peak-Chiang & Ee-Heok, 2006). A las “actividades instrumentales cognitivas” también se les puede llamar “actividades instrumentales avanzadas”, mientras que a las “actividades instrumentales físicas” también se les puede llamar “actividades instrumentales del hogar” (Tong & Man, 2002).

Las actividades instrumentales se utilizan más en la investigación que las actividades básicas, ya que son más complejas que estas últimas y requieren una amplia interacción con el medio ambiente, lo que las convierte en un excelente indicador de competencia funcional e independencia, por lo que las limitaciones en ellas se espera que influyan en el bienestar subjetivo de los adultos mayores, definido éste como la percepción global de un individuo de su vida en un periodo de tiempo determinado, donde esta evaluación subjetiva incluye tanto aspectos cognitivos como emocionales (Sveen, Thommessen, Bautz-Holter, Wyller & Laake, 2004).

Las actividades básicas e instrumentales son elementos claves para medir calidad de vida y capacidad funcional en adultos mayores (Acosta, 2009), ya que la independencia para llevar a cabo las actividades cotidianas, son un elemento central de la calidad de vida en ancianos; además son unas de las dimensiones o indicadores del estatus de calidad de vida que un anciano puede mostrar, ya que éstas representan lo que adultos mayores pueden llevar a cabo, la capacidad funcional que poseen, los recursos físicos, psicológicos y sociales con los que cuentan y el grado de satisfacción con la vida que informan por ello.

Por ello se relacionan directamente los conceptos de actividades de la vida diaria y calidad de vida en adultos mayores, donde algunas de estas actividades pueden jugar al mismo tiempo el

papel de dimensiones, indicadores, componentes y determinantes del constructo de calidad de vida, o ser variables independientes, dependientes o intervinientes en el constructo total.

La calidad de vida puede ser definida como “La percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses” (Harper & Power, 1988)

Tan versátil y complejo es el concepto de calidad de vida, que ha sido revisado y citado en gran cantidad de ocasiones, y utilizado en diferentes áreas o profesiones para también diferentes objetivos, como lo es el caso de la calidad de vida en adultos mayores.

En busca de una definición de calidad de vida y desde una perspectiva empírica, Fernández-Ballesteros (1998) intentó identificar el concepto “popular” de calidad de vida en el adulto mayor, cuestionando a una muestra representativa de la población española sobre cuáles son los ingredientes fundamentales (o dominios) de este concepto.

El estatus de salud, habilidades funcionales, recursos financieros, relaciones sociales y familiares, actividades de la vida diaria y recreativas, servicios sociales y de salud, satisfacción con la vida, recursos culturales y la calidad medioambiental, parecen ser componentes de la calidad de vida identificados en este estudio.

Estos componentes incluyen variables externas (factores socioeconómicos o medioambientales) que también pueden considerarse como determinantes de la calidad de vida, y factores personales o intraindividuales (satisfacción con la vida, salud percibida, conductas motoras).

La Figura 2 muestra una representación gráfica de la multidimensionalidad del concepto de calidad de vida, así como la presencia de factores personales y socioambientales del concepto. Los factores personales (salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividades

recreativas, satisfacción con la vida) interactúan con las condiciones socioambientales (servicios sociales y de salud, condiciones financieras, factores culturales, apoyo social, calidad ambiental). Ambos tipos de factores constituyen el concepto de calidad de vida, por lo que puede declararse que este concepto no puede reducirse a tan sólo uno de sus componentes.



Figura 2. Factores personales y socioambientales que definen la calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 1998)

Desafortunadamente existe una confusión entre tipo (externa e interna) y naturaleza (objetiva y subjetiva) de las dimensiones. Las variables externas (tales como la calidad del medio ambiente) pueden ser operacionalizadas por medio de criterios externos o por medio de la percepción o evaluación de un individuo. Además, se debe estar consciente que en este último punto, se estaría evaluando una condición personal/subjetiva.

La Figura 3 presenta ejemplos de elementos subjetivos entrelazados con factores objetivos que definen calidad de vida (salud percibida/objetiva, evaluación de servicios sociales y de salud/disponibilidad de servicios sociales y de salud, etcétera).



Figura 3. Factores objetivos y subjetivos que definen la calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 1998)

Es extremadamente importante y sobre todo para evitar el reduccionismo, que al momento de tomar en cuenta la subjetividad de la percepción de un individuo sobre su mundo, alguna consideración debe darse a su mundo objetivo. El mundo real debe ser también transformado para mejorar el bienestar humano y la calidad de vida. Los científicos, políticos, etcétera, deben estar conscientes de esta necesidad.

### ***1.1.1 Teoría de la actividad***

La noción de que la actividad de los adultos mayores se relaciona a su bienestar subjetivo, tiene una larga historia. Más como una simple explicación que como un modelo teórico, la teoría de la actividad se fundamenta en la hipótesis de que la realización de un elevado número de papeles sociales o interpersonales, correlaciona de forma significativa con un elevado nivel de adaptación y satisfacción vital percibido por la persona mayor. El envejecimiento óptimo depende de la continuidad de un estilo de vida activo y del esfuerzo de las personas de edad por contrarrestar la limitación de sus contactos sociales, esto debido a las inherentes pérdidas de recursos sociales en

el proceso de envejecimiento. Esta teoría menciona que un estilo de vida activo y con suficientes papeles sociales, mantiene a las personas mayores social y psicológicamente adaptadas, ya que los adultos mayores, al igual que los adultos jóvenes, tienen las mismas necesidades psicológicas y sociales de mantenerse activos (Lehr & Thomaes, 2003; Motte & Muñoz, 2002).

Más formalmente desarrollada por Lemon, Bengston y Peterson (1972), la teoría de la actividad especifica la naturaleza y los mecanismos que sustentan la relación entre actividad y bienestar subjetivo, específicamente satisfacción con la vida, donde los componentes de la actividad que determinan la influencia en el bienestar subjetivo, son la frecuencia de participación en actividades y los diferentes tipos de éstas; por ello, uno de los supuestos claves de esta teoría propuestos por Lemon, Bengston y Peterson, es la clasificación de las actividades en tres dominios:

- Actividades sociales informales: frecuencia de contacto con niños (por ejemplo, nietos), con familiares, amigos, vecinos, salir de viaje, etcétera.
- Actividades sociales formales: frecuencia de participación en grupos de adultos mayores, cuidar enfermos, recibir clases de manualidades, actividades en la iglesia, etcétera.
- Actividades solitarias: frecuencia de lectura de libros o periódicos, ver la televisión, escuchar radio, etcétera.

De igual manera, la teoría de la actividad menciona que la actividad en sí no es responsable del bienestar subjetivo en el individuo, sino más bien el grado de satisfacción que acompaña a actividades específicas, lo cual lleva a la hipótesis de que las actividades sociales informales se relacionan más a la satisfacción con la vida en comparación con las actividades sociales formales, las cuales a su vez se relacionan más a la satisfacción con la vida que las actividades solitarias (Menec, 2003).

La teoría de la actividad alienta a las personas a realizar un gran número de actividades y a resistirse a las restricciones que les impone la edad, porque contribuye a que vivan el proceso de envejecimiento en forma satisfactoria y se adapten mejor a su nueva situación. Sin embargo, esta teoría es criticable ya que no toma en cuenta a las personas más débiles económicamente ni a los de mayor edad. Es una teoría válida para los “viejos jóvenes” pero dudosa para los “viejos más viejos”, y parece más una teoría sobre la etapa del paso a la jubilación y no una teoría propia del envejecimiento.

Lo que viene siendo más importante para el sujeto son las actividades que tienen sentido para él y no la actividad por sí misma. Así pues, no es importante la cantidad de actividad que se tenga, sino el hecho de tenerla pero de una manera significativa. No es la actividad por sí misma lo que es provechoso, sino lo que para el individuo tiene sentido. Además, se deben considerar otras variables que están íntimamente vinculadas al concepto de actividad y que la condicionan de alguna manera como, por ejemplo, el estado de salud y/o la posibilidad de realizar las actividades autovaliéndose, el gusto por el tipo de actividades que se realizaron en el pasado, posibilidades económicas, apoyo social e iniciativa personal para mantenerse activo, entre las más significativas (Brandolín, 2006).

### ***1.1.2 Modelo de envejecimiento exitoso***

Hao (2008) y Menec (2003) mencionan que a pesar de ser antigua, la teoría de la actividad resurge a partir del modelo de envejecimiento exitoso propuesto por Rowe y Kahn (1997), donde similarmente a concepciones previas en la teoría de la actividad, Rowe y Kahn consideran al envejecimiento exitoso como aquel que combina tres principales componentes: baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad relacionada a enfermedades, alta capacidad funcional cognitiva y física, y una participación activa en la vida (Figura 4). Los tres términos se relacionan

jerárquicamente entre ellos, ya que la ausencia de enfermedad o de discapacidad hace que se mantengan las funciones físicas y psicológicas, y a su vez, mantener éstas últimas facilita una participación activa en la vida (Tate, Lah & Cuddy, 2003).



Figura 4. Modelo de envejecimiento exitoso (Rowe & Kahn, 1997)

El envejecimiento exitoso es más que la ausencia de enfermedad y que el mantenimiento de capacidades funcionales. Ambos son componentes importantes, pero es su combinación con la participación activa en la vida lo que representa completamente el concepto de envejecimiento exitoso. La baja probabilidad de enfermedad se refiere no únicamente a la ausencia o presencia de enfermedad en sí, sino también a la ausencia, presencia o severidad de factores de riesgos para la enfermedad. Los altos niveles funcionales incluyen aspectos tanto físicos y cognitivos, e indican lo que una persona puede hacer. La participación activa en la vida toma muchas formas, pero lo esencial para el envejecimiento exitoso son las relaciones interpersonales y la actividad productiva.

Las relaciones interpersonales involucran contacto y transacción con otros, intercambio de información, apoyo emocional y asistencia directa. Por otro lado, una actividad es productiva si crea valor social, genere o no una remuneración económica. Por lo tanto, una persona que cuida a

un miembro enfermo o discapacitado en la familia o trabaja como voluntario en una iglesia o grupo civil, está siendo productiva aunque no reciba un pago por ello (Rowe & Kahn, 1997).

El modelo de envejecimiento exitoso no se definió operacionalmente por sus autores, pero hay ejemplos en la literatura donde se hace una definición operacional del mismo (Strawbridge, Wallhagen & Cohen, 2002), esto de acuerdo a los tres componentes en el modelo. Por ejemplo:

1. Ausencia de enfermedad, de discapacidad y de factores de riesgo: para ausencia de enfermedad, se cita ausencia de enfermedades del corazón, eventos vasculares cerebrales, bronquitis, diabetes, cáncer, osteoporosis, enfisema o asma. Para ausencia de discapacidad, se considera la capacidad de ejecutar actividades básicas. Para la ausencia de factores de riesgo, se señala la ausencia del hábito de fumar, hipertensión y obesidad, etcétera.
2. Mantenimiento de funcionamiento físico y cognitivo: se considera la capacidad para llevar a cabo actividades instrumentales en el hogar y en la comunidad.
3. Participación activa en la vida: se señala el contacto con amigos cercanos y familiares, y llevar a cabo actividades que pueden ser de paga, cuidar y jugar con niños (por ejemplo, nietos), limpiar la casa, etcétera.

De forma similar, Fernández-Ballesteros (2003, en Fernández Ballesteros, 2009), menciona dominios como producto del envejecimiento exitoso, de los cuales la mayor parte son de naturaleza psicológica: buena salud y forma física, y óptimo funcionamiento cognitivo, emocional-motivacional y social. La psicología es una de las disciplinas implicadas en ello, no sólo porque el funcionamiento cognitivo y emocional-motivacional es, en su naturaleza, decididamente psicológico, sino también porque la buena salud y forma física y el funcionamiento social conllevan también importantes componentes psicológicos y conductuales. La promoción del envejecimiento exitoso implica, por tanto, la optimización de dichas



condiciones por medio de intervenciones biomédicas, físicas, psicológicas y socio-ambientales. Hay que subrayar también que la promoción del envejecimiento exitoso supone la prevención de la enfermedad y la discapacidad y la maximización del bienestar y calidad de vida en la vejez.

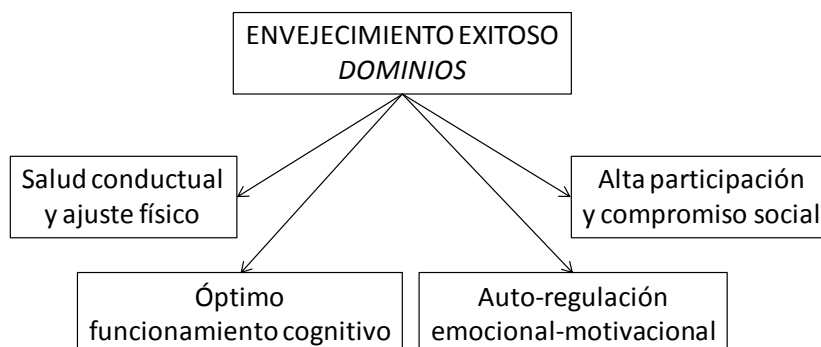


Figura 5. Dominios comportamentales y psicológicos del envejecimiento exitoso (Fernández-Ballesteros, 2003 en Fernández Ballesteros, 2009)

A continuación se muestran los aspectos para promover el envejecimiento exitoso en los que están implicados la psicología y los psicólogos, esto en relación con los cuatro componentes principales mostrados en la figura anterior: salud conductual y forma física, funcionamiento cognitivo, afecto positivo y afrontamiento de problemas, y participación social:

1. Reducir los factores asociados con las enfermedades prevalentes e incrementar los factores que promueven la salud conductual y el buen funcionamiento físico:
  - Asegurar una adecuada nutrición a lo largo del curso de la vida.
  - Prevenir el uso del tabaco y el uso saludable del alcohol.
  - Promover políticas para el cumplimiento del uso de la medicación y la correcta adherencia a los tratamientos.
  - Promover la actividad física a todo lo largo del proceso de envejecimiento.
2. Promover los factores protectores del buen funcionamiento cognitivo:

- Promover programas de alfabetización a todo lo largo de la vida, así como programas de educación continua.
  - Promover el uso de ejercicios cognitivos en la vejez.
  - Promover el compromiso con tareas intelectualmente demandantes.
  - Ejercitarse en habilidades verbales y de comunicación.
3. Promover el afecto positivo y las estrategias de afrontamiento:
- Promover la realización de actividades reforzantes como acciones preventivas de la depresión y la soledad.
  - Promover estrategias de afrontamiento al estrés, la ansiedad y las situaciones conflictivas.
  - Promover la percepción de creencias de auto-eficacia.
  - Promover el pensamiento positivo y el sentido de control.
4. Promover el funcionamiento psicosocial y la participación:
- Favorecer el empoderamiento de las personas mayores y combatir los estereotipos negativos sobre la vejez y los mayores.
  - Fomentar las creencias de eficacia colectiva de las personas mayores.
  - Promover la conducta pro-social en las personas mayores.
  - Promover la participación e implicación social.

Sin embargo, tanto la teoría de la actividad como el modelo de envejecimiento exitoso, no toman en cuenta cómo se adapta el adulto mayor a las circunstancias vitales asociadas con el envejecimiento, las cuales obviamente repercuten en el funcionamiento en la vejez, por lo que es

pertinente cuestionar cuáles son las estrategias que usan los adultos mayores para adaptarse a las pérdidas y retos en su desarrollo.

### ***1.1.3 Modelo de selección, optimización y compensación***

Un enfoque que contempla estas estrategias de adaptación exitosa, es el modelo de selección, optimización y compensación (SOC), visto desde una perspectiva de teoría-acción (Baltes, 1997; Freund & Baltes, 2002; Jopp & Smith, 2006):

- Selección: es la elección de objetivos (estados deseados que la gente busca obtener o mantener) y el establecer prioridades sobre éstos. El proceso de selección puede ser guiado por preferencias individuales (selección electiva) o por experimentar pérdidas (selección basada en pérdidas).
- Optimización: uso de medios-recursos específicos de acción para obtener los objetivos seleccionados.
- Compensación: uso de medios-recursos alternativos de acción para mantener un nivel dado de funcionamiento, esto cuando los medios-recursos específicos de acción para obtener objetivos ya no están disponibles, se han perdido o están en declive.

Cuando un adulto mayor experimenta pérdidas asociadas al envejecimiento, sobre todo pérdidas físicas, en primera instancia no renuncia a las actividades que usualmente hace, sino busca la manera de adaptarse a dichas pérdidas. Generalmente el adulto mayor invierte más tiempo y más esfuerzo a las actividades para seguir funcionando del mismo modo que antes. Esto es optimización.

De igual manera, el adulto mayor puede apoyarse en aparatos, dispositivos o la tecnología (lentes, bastones, amplificadores de sonido, etcétera) o apoyarse en sus recursos sociales para

seguir funcionando igual que antes. Esto es compensación, que usualmente es una estrategia que se da conjuntamente a la optimización.

Sin embargo, cuando las pérdidas son tan significativas en el adulto mayor, que ni optimizando ni compensando se puede funcionar igual que antes, entonces el adulto mayor se ve obligado a seleccionar unas cuantas actividades de todo su repertorio, sobre todo aquellas que les resulten significativas, y seguir funcionando pero ahora de una manera más especializada. Esto es selección. La Tabla 1 muestra una posible operacionalización de las tres estrategias de selección, optimización y compensación, con una lista de conductas típicas desde una perspectiva de teoría-acción.

Tabla 1. Estrategias SOC desde una perspectiva de teoría-acción según Baltes, P. (1997)

<b>Selección</b>	<b>Optimización</b>	<b>Compensación</b>
<p><i>Selección electiva:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Especificación de objetivos.</li> <li>• Jerarquización de objetivos.</li> <li>• Aplicación de objetivos.</li> </ul> <p><i>Selección basada en pérdidas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfocarse en el objetivo u objetivos más importantes.</li> <li>• Reestructuración de la jerarquización de objetivos.</li> <li>• Buscar nuevos objetivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfoque de atención.</li> <li>• Persistencia.</li> <li>• Adquisición de nuevas habilidades/recursos.</li> <li>• Práctica de habilidades.</li> <li>• Asignación de recursos (esfuerzo, energía y tiempo).</li> <li>• Imitar a otros que optimizan exitosamente.</li> <li>• Motivación para el auto-desarrollo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar el enfoque de atención.</li> <li>• Sustitución de medios.</li> <li>• Uso de dispositivos de ayuda y apoyo de otros.</li> <li>• Uso de intervención terapéutica.</li> <li>• Adquisición de nuevas habilidades/recursos.</li> <li>• Activación de nuevas habilidades/recursos.</li> <li>• Incrementar asignación de recursos (esfuerzo, energía y tiempo).</li> <li>• Imitar a otros que han compensado exitosamente.</li> <li>• Renunciar a optimizar otros medios.</li> </ul>

La Tabla 2 presenta una muestra de reactivos utilizados para operacionalizar el modelo SOC. Un alto puntaje en “selección electiva” significa que la persona promueve conductas como

el desarrollar objetivos claros (lo contrario a plantear posibilidades difusas), seleccionar sólo un limitado número de objetivos en los cuales enfocar los recursos personales (lo contrario a tener un gran número de objetivos al mismo tiempo), y construir una jerarquización de objetivos de acuerdo a la importancia de estos (lo contrario de ver a todos o a la mayoría de los objetivos personales como si fueran de similar importancia). De igual manera, un alto puntaje en “selección basada en pérdidas”, significa que la persona que enfrenta pérdidas se enfoca en los objetivos más importantes y renuncia a los menos importantes, reestructura la jerarquización de los objetivos o adapta el nivel de aspiración de manera diferente al nivel de aspiración previo a la pérdida. Un alto puntaje en optimización implica que la persona promueve conductas que describen la adquisición e inversión de medios específicos de acción para la obtención de los objetivos seleccionados, y la persistencia en la obtención de estos objetivos cuando se topa con obstáculos. Finalmente, un alto puntaje en compensación refleja la promoción de conductas que indican la inversión de medios alternativos o sustitutos ante la pérdida o declive en los medios específicos de acción; por ejemplo, buscar nuevos medios o formas de obtención de objetivos o la activación de habilidades o recursos no utilizados (Freund & Baltes, 2002).

Sin embargo, como la selección elimina o limita las actividades del repertorio personal, se espera que sea una estrategia de adaptación menos preferida y que los individuos la utilicen más cuando presentan enfermedad grave, cuando los recursos sociales son escasos y no están disponibles otras personas para ayudar, y cuando perciben desamparo o que su capacidad para manejar su condición se rebasó. En contraste, los procesos de optimización permiten a la gente continuar ejecutando actividades, por lo que no se espera que se relacionen a percepciones de desamparo o pérdida de capacidad, o que se limiten a aquellos con mayor gravedad de enfermedad, pero si utilizarse en todos los niveles de discapacidad.

Tabla 2. Muestra de reactivos del “SOC-Questionnaire” (Freund & Baltes, 1998)

<b>Estrategia SOC (Persona A)</b>	<b>Estrategia No SOC (Persona B)</b>
<i>Selección electiva:</i>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Concentro toda mi energía en unas cuantas cosas.</li> <li>2. Siempre me enfoco en el objetivo más importante en un momento dado.</li> <li>3. Cuando pienso acerca de lo que quiero en la vida, me comprometo con uno o dos objetivos importantes.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Divido mi energía entre muchas cosas.</li> <li>• Siempre estoy trabajando en varios objetivos a la vez.</li> <li>• Cuando pienso acerca de lo que quiero en la vida, espero y veo que pasa en vez de comprometerme con uno o dos objetivos particulares.</li> </ul>
<i>Selección basada en pérdidas:</i>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuando las cosas no van tan bien como antes, elijo uno o dos objetivos importantes.</li> <li>2. Cuando no puedo hacer algo importante de la manera en que antes lo hacía, busco un nuevo objetivo.</li> <li>3. Cuando no puedo hacer algo tan bien como solía hacerlo, pienso acerca de lo que es más importante para mí.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando las cosas no van tan bien como antes, intento seguir con todos mis objetivos.</li> <li>• Cuando no puedo hacer algo importante de la manera en que antes lo hacía, distribuyo mi tiempo y energía entre muchas otras cosas.</li> <li>• Cuando no puedo hacer algo tan bien como solía hacerlo, espero y veo que es lo que viene.</li> </ul>
<i>Optimización:</i>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sigo trabajando en lo que he planeado, hasta lograr el éxito.</li> <li>2. Hago todo esfuerzo para lograr un objetivo específico.</li> <li>3. Cuando algo me interesa, me dedico completamente para lograrlo.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando no tengo éxito en lo que quiero hacer, ya no intento otras posibilidades.</li> <li>• Prefiero esperar por un momento y ver si las cosas funcionan por sí mismas.</li> <li>• Cuando algo me interesa, difícilmente me dedico completamente para lograrlo.</li> </ul>
<i>Compensación:</i>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuando las cosas no van tan bien como solían hacerlo, sigo intentando otras formas de hacerlas hasta que logro el mismo resultado que solía obtener.</li> <li>2. Cuando algo en mi vida no está funcionando tan bien como solía hacerlo, pido ayuda o consejo a otros.</li> <li>3. Cuando para mí se vuelve difícil obtener los mismos resultados, sigo intentando hasta que logro hacerlo tan bien como antes.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando las cosas no van tan bien como antes, lo acepto tal cual.</li> <li>• Cuando algo en mi vida no está funcionando tan bien como solía hacerlo, decido qué hacer por mí mismo sin involucrar a otras personas.</li> <li>• Cuando para mí se vuelve difícil obtener los mismos resultados como solía hacerlo, es tiempo de renunciar a esa expectativa.</li> </ul>

Nota: en cada reactivo, el evaluado debe elegir cual persona (A o B) es más similar a él

En el caso de la compensación y a diferencia de la selección, la compensación permite a los adultos mayores continuar ejecutando actividades usando nuevos medios, por lo que tampoco se espera que estas conductas se asocien con desamparo o recursos sociales reducidos (Gignac, Cott & Bradley, 2002).

El modelo de selección, optimización y compensación se creó originalmente como un modelo de desarrollo para explicar la adaptación a la pérdida de recursos debido a la edad, esto a través de ajustes en el uso y asignación de recursos. Este modelo se basa en el supuesto de que los recursos internos y externos limitados (capacidad cognitiva y física, tiempo, apoyo social, etcétera), exigen que la gente haga elecciones concernientes a la asignación de tales recursos. Estas limitaciones de recursos necesitan el uso de conductas de selección, optimización y compensación, las cuales se consideran que funcionan juntas de un modo coordinado, y por lo tanto, deben considerarse como un conjunto funcional (Young, Baltes & Pratt, 2007).

Una hipótesis general con base en este modelo, dice que los adultos mayores que utilizan estrategias de selección, optimización y compensación para identificar y perseguir objetivos, se adaptarán mejor al envejecimiento en comparación a aquellos que no lo hacen, y que se establece una relación positiva entre la frecuencia en el uso de estas estrategias y el bienestar subjetivo (Burnett-Wolle & Godbey, 2007).

Es importante mencionar que no es posible detectar la adaptación a las pérdidas de la edad, al menos que se consideren cambios en los patrones de las actividades de la vida diaria, los cuales indiquen estrategias de selección, optimización y compensación, esto a un nivel conductual (Lang, Rieckmann & Baltes, 2002) idealmente en actividades instrumentales y, actividades sociales y de ocio (Baltes & Singer, 2001). Por ello, la importancia de más investigación sobre los indicadores conductuales de procesos de selección, optimización y

compensación en adultos mayores, basada en actividades de la vida diaria (Lang, Rieckmann & Baltes, 2002).

Utilizar el modelo de selección, optimización y compensación tiene sus ventajas, ya que considera tanto las pérdidas como las ganancias para proporcionar un modelo más exacto del desarrollo en la vejez y pone énfasis en las formas heterogéneas en las que los adultos mayores definen y miden el éxito (Burnett-Wolle & Godbey, 2007), lo que lo convierte en un complemento del modelo de envejecimiento exitoso de Rowe y Kahn (1997) y de los supuestos de Lemon et al. (1972) en la teoría de la actividad.

La selección, optimización y compensación no deben ser vistas exclusivamente como procesos intencionales y racionales. Cada uno de los tres procesos pueden ser activos o pasivos, aunque idealmente deben involucrar la persecución activa de nuevas habilidades o una aceptación gradual de la vida sin ciertas habilidades. Al usar estrategias de selección, optimización y compensación, los adultos mayores pueden contribuir a su propio envejecimiento exitoso. Ciertamente, la biología del envejecimiento limita el rango de posibilidades en la vejez; sin embargo, la tarea de adaptación en cada adulto mayor es seleccionar y concentrarse en aquellos aspectos de la vida y aquellos objetivos que son de alta prioridad y que involucran la convergencia de demandas ambientales y motivación individual, destrezas, preferencias y capacidad biológica (Baltes, 1997).

#### ***1.1.4 Terapia cognitivo-conductual***

El modelo de selección, optimización y compensación, complementa modelos de afrontamiento, de solución de problemas, de autodesarrollo, de ajuste de objetivos y también complementa modelos de reestructuración cognitiva (Jopp & Smith, 2006). Esto lo convierte en un terreno fértil para la aplicación de la terapia cognitivo-conductual, la cual incorpora procedimientos



conductuales y cognitivos en su aplicación a distintos problemas. La terapia cognitivo-conductual propone tres clases principales de terapias que son los “modelos de reestructuración cognitiva”, los cuales suponen que los problemas emocionales son una consecuencia de pensamientos desadaptativos y por lo tanto sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamiento más adaptativos; “modelos de habilidades de afrontamiento” que tratan de desarrollar un repertorio de habilidades para ayudar al individuo a enfrentar una serie de situaciones estresantes y, “modelos de solución de problemas” que constituyen una combinación de los dos tipos anteriores y se centran en el desarrollo de estrategias generales para tratar con un amplio rango de problemas personales (Lega, Caballo & Ellis, 1994).

Izal y Montorio (1999) mencionan que la aplicación de la terapia cognitivo-conductual en la psicología del envejecimiento, definida esta última como el estudio científico de la conducta durante la fase del envejecimiento de la vida, que se centra en los aspectos cognitivos, emocionales y comportamentales de las personas mayores y de su entorno (Belsky, 2001), es similar a su aplicación a cualquier otro grupo de edad, aunque requiere algunos planteamientos específicos y adaptaciones en las estrategias terapéuticas. Izal y Montorio argumentan que la intervención psicológica aplicada a la edad avanzada y sus problemas, se basa en dos premisas básicas: a) muchos de los problemas de los mayores, al igual que ocurre con otros grupos de edad, son modificables y b) dada la importancia de las condiciones ambientales en la adquisición, mantenimiento y eliminación del problema, el envejecimiento psicológico se contempla como un fenómeno contextual.

En otras palabras, los cambios comportamentales que acompañan al envejecimiento no constituyen un proceso fijo e inmutable, ni son necesariamente un correlato o consecuencia directa de factores biológicos internos asociados al envejecimiento. Tal planteamiento teórico conlleva importantes implicaciones prácticas, al contemplar los problemas que ocurren en la

vejez como mejorables; además, la prevención se considera posible bajo condiciones ambientales óptimas. Esta perspectiva implica una sólida creencia en la posibilidad de control, al menos parcial, del proceso de envejecimiento.

Así por ejemplo, el análisis de los problemas del comportamiento en la vejez, en términos de antecedentes, respuestas y consecuencias, debe realizarse de la misma manera que para cualquier otro grupo de edad; pero, además deben considerarse especialmente como posibles antecedentes el declive físico, la enfermedad, factores ambientales específicos, condiciones sociales, actitudes hacia uno mismo, determinadas prácticas nutricionales, efectos de la medicación, etcétera.

Las respuestas que siguen a estos estímulos son frecuentemente aquellas que tradicionalmente han caracterizado a una persona como “anciana”, esto es, movilidad reducida, evitación de contactos sociales, manifestaciones verbales negativas hacia sí misma y otras semejantes, etcétera.

Por último, las consecuencias de “comportarse como un anciano” pueden ser un mayor declive físico, salud deficiente, actitudes personales inadecuadas, pérdida de relaciones sociales, etcétera, las cuales a su vez pueden servir como estímulos para otras respuestas. Este tipo de análisis adaptado a la vejez, facilita posibles intervenciones dirigidas a potenciar cambios en las condiciones de vida en esta edad.

El objetivo último es mejorar y prolongar una vida independiente en la vejez. En esta línea se han abordado problemas tales como la pasividad, la inactividad y el aislamiento social, la dependencia en actividades de la vida diaria, problemas psicológicos y de salud como depresión, insomnio, dolor crónico, y pérdidas cognitivas y sensoriales, etcétera.

Las áreas generales en las que se ha demostrado la utilidad de tales intervenciones son diversas. En primer lugar se encuentran las intervenciones enfocadas a una vejez saludable cuyo

objetivo principal es prevenir, demorar o compensar los cambios físicos, cognitivos, etcétera, asociados al envejecimiento normal (por ejemplo, programas para fomentar la práctica del ejercicio físico).

En segundo lugar se agrupan las intervenciones dirigidas a los problemas de salud, que incluyen tanto las actuaciones orientadas a facilitar la adaptación de las personas mayores ante las enfermedades crónicas, como aquellas dirigidas a tratar algunas consecuencias comportamentales de las enfermedades (por ejemplo, depresión tras un accidente cerebro-vascular, vómitos en la quimioterapia, problemas de conducta en la demencia, etcétera).

En tercer lugar se encuentran las intervenciones en problemas clínicos (por ejemplo, depresión y ansiedad) que se producen en cualquier grupo de edad, si bien determinadas circunstancias asociadas a la edad confieren a estos problemas algunas connotaciones particulares.

En un último grupo pueden integrarse las intervenciones dirigidas a la modificación del medio en el que vive la persona para lograr una mejor adaptación persona-ambiente. En esta área se incluyen por ejemplo, la formación de las personas que cuidan a familiares mayores dependientes, como promotoras de cambios positivos para la salud y del bienestar de sus propios familiares, o el diseño adecuado del entorno físico para promover la interacción social.

Las técnicas basadas en la terapia cognitivo-conductual son adaptables, con ligeras modificaciones, a muchos de los problemas específicos en la adultez mayor, esto en función de un entendimiento de los diversos cambios inherentes al proceso de envejecimiento, así como de reconocer que los adultos mayores crecieron en diferentes circunstancias socioculturales.

Una de las diversas formas de adaptar la terapia con adultos mayores, es que la velocidad de la conversación terapéutica sea lenta y con frases simples, de igual manera ajustar la cantidad de trabajo cognitivo, asegurarse de que el adulto mayor está recordando la información y

habilidades aprendidas durante la sesión (repetir la presentación de información utilizando diferentes modalidades), así como pedirle cuando es posible, que tome nota sobre puntos importantes en la sesión y que el terapeuta lo guíe para que haga conclusiones en vez de esperar que el adulto mayor infiera por sí mismo las aplicaciones de la terapia. También es importante invertir algo de tiempo en la terapia para hablar sobre el pasado de la persona (algo muy socorrido en terapia por los adultos mayores), para no enfocarse siempre en el tiempo presente (Knight & Satre, 1999).

También se sugiere utilizar en terapia materiales con textos de gran tamaño, mejorar la iluminación, empezar con objetivos sencillos y modificar el ritmo de la terapia para estar a la par con el progreso del adulto mayor, tener sesiones cortas y frecuentes, aumentar el conocimiento de los terapeutas sobre las enfermedades comunes y deterioro funcional en adultos mayores, establecer contacto con otros profesionales de la salud o miembros de la red de apoyo social del adulto mayor, así como visitarlo en su casa (Coon, DeVries & Gallagher-Thompson, 2004).

Desde el enfoque de la terapia cognitivo-conductual, se ha subrayado la importancia de que los individuos dispongan de una sensación de control sobre los sucesos significativos de sus vidas. Esta sensación de competencia o dominio actúa como un motivador central de la conducta. Aquí se incluye el experimentar control sobre el propio entorno para lograr un estado de bienestar psicológico (González-Celis, 2005). Las técnicas de la terapia cognitivo-conductual son eficaces y prometedoras con los adultos mayores; los resultados han puesto de manifiesto su efectividad para una amplia variedad de problemas tales como enfermedades crónicas, discapacidad, depresión, problemas sexuales, insomnio, ansiedad, incontinencia urinaria, entre otros, esto en contextos comunitarios, hospitales, asilos, etcétera (Izal & Montorio, 1999).

En la literatura se reportan diversos estudios donde se aplica la terapia cognitivo-conductual en problemas específicos de adultos mayores y con resultados alentadores. Por

ejemplo, 65 adultos mayores con insomnio crónico que habían tomado benzodiazepinas cada noche por más de tres meses, fueron reclutados para un estudio donde fueron asignados aleatoriamente a un grupo de tratamiento cognitivo-conductual aunado a una reducción gradual del medicamento (tratamiento combinado; n=35), y a un grupo de sólo reducción gradual (n=30). Inmediatamente después de completar el tratamiento, una gran proporción de los pacientes en el grupo de tratamiento combinado habían reducido completamente el uso de benzodiazepinas (77% en el grupo de tratamiento combinado *versus* 38% en el grupo de sólo reducción gradual). En el seguimiento a los 3 y 12 meses, el resultado favorable persistía (Baillaergeon, Landreville, Verreault, Beauchemin, Grégoire y Morin, 2003).

En otro estudio parecido, Morin et al. (2004) evaluaron la efectividad de un programa de reducción supervisada de benzodiazepinas, simple y combinada con terapia cognitivo-conductual, para la discontinuación de estos medicamentos en adultos mayores con insomnio crónico. Setenta y seis pacientes adultos mayores (38 mujeres y 38 hombres, con edad media de 62.5 años) con insomnio crónico y uso prolongado de benzodiazepinas para dormir (duración media de 19.3 años), fueron aleatoriamente asignados a una intervención de 10 semanas consistente de un programa de retiro supervisado de benzodiazepinas (n=25), terapia cognitivo-conductual para insomnio (n=24), o retiro supervisado mas terapia cognitivo-conductual (n=27). Se llevaron a cabo valoraciones de seguimiento a los 3 y 12 meses. La mayoría de los pacientes que recibieron retiro de medicamento más terapia cognitivo-conductual (85%) estuvieron libres de benzodiazepinas después de la intervención inicial, comparados con aquellos que sólo recibieron el retiro de medicamento (48%) y sólo terapia cognitivo-conductual (54%). Los pacientes en los dos grupos que recibieron terapia cognitivo-conductual, percibieron mas mejoras subjetivas en el sueño que aquellos que recibieron solamente retiro de medicación. No se asociaron síntomas significativos o eventos adversos con el retiro de las benzodiazepinas.

En un tercer estudio similar, Sivertsen et al. (2006) examinaron la eficacia clínica a corto y largo plazo de la terapia cognitivo-conductual y de un tratamiento farmacológico en adultos mayores con insomnio crónico. Se utilizó un diseño aleatorio, doble ciego y placebo-controlado de 46 adultos (edad media 60.8 años; 22 mujeres) con insomnio primario crónico, y se llevó a cabo entre enero del 2004 y diciembre del 2005 en una clínica noruega para adultos y ancianos. La intervención consistió en terapia cognitivo-conductual (higiene del sueño, restricción del sueño, control de estímulos, terapia cognitiva y relajación; n=18), medicamentos para dormir (7.5 mg. de Zopiclone cada noche; n=16), o medicamento placebo (n=12). La duración del tratamiento fue de 6 semanas con seguimiento a los 6 meses. La terapia cognitivo-conductual presentó mejoras a corto y largo plazo en comparación al Zopiclone en tres de los cuatro indicadores mencionados anteriormente. Los participantes que recibieron terapia cognitivo-conductual mejoraron su eficiencia del sueño del 81.4% en el pre-tratamiento al 90.1% al sexto mes de seguimiento, comparado con un decremento de 82.3% a 81.9% en el grupo de Zopiclone.

En un estudio diferente, Caballero, Gómez y López (2003) aplicaron un programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión, que consistía en un programa educativo y de entrenamiento en habilidades para el cuidado de la salud fundamentado en técnicas cognitivo-conductuales, el cual tuvo la finalidad de aumentar el conocimiento de la enfermedad, la adherencia al tratamiento médico, el estado de salud y la calidad de vida de los adultos mayores. Se empleó un diseño pre-experimental “*pretest-postest*”, en el que se trabajó por separado con los grupos. Los sujetos participaron voluntariamente en uno de los grupos: diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión. Al final, el grupo con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 estuvo conformado por ocho adultas mayores y dos con comorbilidad de diabetes e hipertensión, y el grupo de hipertensión por 19 adultas mayores con diagnóstico de hipertensión. Como resultado se obtuvo que el programa de atención

psicológica para adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión, aumentó el conocimiento de la enfermedad, la adherencia terapéutica, el estado de salud y la calidad de vida de las adultas mayores.

En otro estudio parecido, Moreno, Contreras, Martínez, Araya, Livacic-Rojas y Vera-Villaroel (2006), diseñaron una intervención psicológica breve para pacientes hipertensos y valorar sus efectos en la presión sanguínea. Se trabajó con 38 pacientes hipertensos (35 eran mujeres con un rango de edad de 63-77 años). Estos fueron aleatoriamente divididos en un grupo control y uno experimental. El grupo experimental recibió ocho sesiones de intervención cognitivo-conductual, con una duración de dos horas cada sesión durante un mes. En cada sesión, los sujetos fueron entrenados en técnicas de relajación, reestructuración cognitiva y psicoeducación. El principal resultado valorado fue un cambio en los niveles de presión sanguínea. En el grupo experimental, hubo una reducción significativa desde la línea base a la segunda medición posttest, en niveles de presión sanguínea sistólicas y diastólicas desde  $134\pm 9$  a  $123\pm 8$  mmHg y de  $87\pm 5$  a  $73\pm 6$  mmHg, respectivamente. La intervención psicológica utilizada en el presente estudio, logró reducciones significativas en los niveles de presión sanguínea en este grupo de sujetos hipertensos.

En el mismo sentido, Kocken y Voorham (1998) evaluaron el efecto de un programa de promoción de educación para la salud dirigido a personas de 55 a 79 años de edad. Se tuvo una muestra de 138 ancianos que participaron en el curso y 182 sujetos que sirvieron como control. Se trabajó en el grupo experimental para que las personas mayores tuvieran mayor participación social y promovieran su bienestar. La evaluación incluyó el efecto sobre su actitud hacia la vejez, la auto-eficacia, la percepción que tienen de la sociedad respecto al lugar que ocupan los ancianos en ella, participación social, percepción de apoyo social y bienestar. Se hicieron tres mediciones:

antes de comenzar el curso, inmediatamente después de terminado y dos meses más tarde. El curso resultó eficaz en el "empoderamiento" que se da a los ancianos para controlar su posición dentro de la sociedad, su participación social y su bienestar.

En otro estudio, Sterrett (1998) midió los cambios en auto-eficacia como resultado de bienestar en ocho sujetos adultos mayores que participaron en un "club de trabajo". Ellos se reunían dos veces por semana, tres horas cada día, durante cinco semanas. En cada sesión se planeaba una agenda de trabajo y este se asignaba para después de cada sesión. Los resultados revelaron aumentos en el desempeño a través de habilidades de logro, aprendizaje vicario y persuasión, y reducción de alteraciones fisiológicas.

También se llevó a cabo un estudio donde Schneider, Mercer, Hering, Smith y Prysak (2004) examinaron los efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre el ejercicio físico en adultos mayores. A todos los participantes se les enseñó ejercicios de duración, fortaleza y flexibilidad. El grupo control no recibió algún tratamiento adicional. Al grupo experimental se le entrenó para identificar pensamientos negativos relacionados al ejercicio y para sustituir estos con pensamientos más positivos. Se midió posteriormente la conducta de ejercicio y beneficios físicos en todos los participantes. La terapia cognitivo-conductual fue ampliamente efectiva al mejorar la mayoría de los aspectos físicos medidos. Los resultados indican que se puede entrenar a adultos mayores a identificar y modificar pensamientos que pueden interferir o reducir la conducta de ejercicio y por lo tanto mejorar el funcionamiento físico.

En otra investigación, Vergara (2009) evaluó la efectividad de una intervención cognitivo-conductual de grupo manualizada, en las ideas irracionales, la depresión, la ansiedad y el bienestar subjetivo de adultos mayores. Para ello creó un instrumento válido y confiable para medir ideas irracionales en adultos mayores, se adaptó un manual de intervención cognitivo-conductual para esta población y se aplicó a 24 sujetos con mediciones "pretest" y "posttest", dos



seguimientos y comparaciones con un grupo control. Los hallazgos encontrados sugieren la eficacia significativa de la intervención en la disminución de la ansiedad, la depresión y las ideas irracionales, y en el aumento del bienestar subjetivo y de algunas conductas de la vida diaria.

Por último, en un grupo de 22 adultos mayores y a través del establecimiento de comportamientos instrumentales y reestructuración de pensamientos y creencias disfuncionales, se mostraron cambios significativos en medidas de calidad de vida, autoeficacia y actividades diarias (González-Celis, 2002). Una conclusión general sobre la eficacia de estas intervenciones, es que los procedimientos básicos que son eficaces con los jóvenes o adultos, lo son también con los mayores. La evidencia empírica confirma, sin lugar a dudas, que las personas mayores responden satisfactoriamente a las intervenciones dirigidas al cambio cognitivo-conductual, aun cuando en ocasiones existen diferencias en la presentación del trastorno completo o en la capacidad de la persona mayor para seguir aspectos específicos de los procedimientos que se emplean. Una de las ventajas más reconocidas de estos tratamientos es, precisamente, que ofrecen la posibilidad de valorar su eficacia gracias a la viabilidad de investigación empírica y a la utilización de mediciones objetivas.

En la Tabla 3 se mencionan otras técnicas de la terapia cognitivo-conductual también utilizadas para abordar otros problemas conductuales en los adultos mayores. Como se mencionó anteriormente, la terapia cognitivo-conductual propone técnicas derivadas de tres clases principales de terapias que son los modelos de reestructuración cognitiva, modelos de habilidades de afrontamiento y modelos de solución de problemas, los cuales se complementan mutuamente con los procesos del modelo de selección, optimización y compensación en un contexto de aplicación con adultos mayores; es decir, estas técnicas de la terapia cognitivo-conductual, implícitamente ayudan a los adultos mayores a seleccionar, optimizar y compensar con fines de una mejor adaptación a las pérdidas en el envejecimiento.

Tabla 3. Técnicas utilizadas con adultos mayores en problemas habituales (Izal & Montorio, 1999)

<b>Problema Conductual</b>	<b>Técnicas</b>
Habilidades de autocuidado e higiene.	Modelado y moldeado.
Control de dolor.	Ejercicio físico, enfrentamiento y técnicas de distracción, solución de problemas, modificación de pensamientos disfuncionales y educación para mantener el ritmo de actividades.
Promoción de la interacción social.	Entrenamiento en habilidades sociales, diseño de ambientes propicios y eliminación de barreras físicas o sociales.
Ansiedad.	Relajación, exposición, auto instrucciones y otras técnicas cognitivas.
Depresión.	Educación, incremento de actividades satisfactorias, habilidades sociales, relajación, modificación de pensamientos negativos y lectura de manuales de auto ayuda.

Ejemplos específicos de técnicas en la terapia cognitivo-conductual que pueden ayudar a la selección, optimización y compensación en adultos mayores, son la programación de actividades de dominio y agrado en la terapia cognitiva de la depresión (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; 2000) dentro de un modelo de reestructuración cognitiva, y la terapia de resolución de conflictos (D'Zurilla, 1993) dentro de un modelo de solución de problemas.

### ***1.1.5 Programación de actividades de dominio y agrado***

Según Beck et al. (1979; 2000) muchos pacientes depresivos manifiestan pensamientos pesimistas cuando se encuentran física y socialmente inactivos. Se autocritican por ser pasivos y evitar a otras personas. Paradójicamente justifican su evitación argumentando que ser social carece de sentido. Interpretan su inactividad como evidencia de su “inutilidad”.

El depresivo evita la actividad o se detiene al encontrarse la más mínima dificultad. Sus pensamientos están a la base de su tendencia a darse por vencidos. Suelen decir: “Es inútil que lo intente”; cuando abordan actividades, maximizan dificultades y minimizan la capacidad para superarlas.

Los programas de actividades sirven para contrarrestar la escasa motivación del paciente y su inactividad. Planificar el tiempo del paciente lo mantiene ocupado e impide que regrese a su inmovilidad. Además, proporciona datos concretos para evaluar la capacidad funcional del paciente.

También el paciente se da cuenta de que la inactividad va asociada con una intensificación de sus emociones y pensamientos negativos. Por ello, se le pide al paciente que participe en un “experimento” para saber si la actividad hace que disminuyan sus preocupaciones y mejore su humor. Se puede empezar por registrar las actividades que de hecho tienen lugar a lo largo del día y después proporcionar al paciente un programa de actividades. La planificación de actividades le demuestra al paciente que es capaz de controlar el tiempo y trazar metas con sentido.

Es difícil que el paciente se comprometa para hacer el programa, por lo que se le debe explicar el fundamento teórico de que las personas funcionan mejor cuando tienen un programa que seguir; se refutan las objeciones del paciente y se le propone elaborar un programa en plan de experimento. El registro de las actividades diarias constituye la base para poner a prueba la idea recurrente del paciente de “No puedo hacer nada”. Sin ninguna evidencia específica, no se puede refutar de una manera realista y constructiva la creencia del paciente de que no es capaz de hacer nada.

Hipotéticamente hablando, las personas deprimidas a menudo se sienten mejor al empezar a hacer más cosas, esto por las siguientes posibles razones:

- Algunos tipos de actividades como el ejercicio, aumentan las sustancias químicas cerebrales que pueden hacer sentirse mejor.
- Cuando no se hace nada, a menudo se piensa una y otra vez en cosas negativas. La actividad ayuda a distraer de los pensamientos negativos.

- Las actividades dan la oportunidad de tener éxito (por ejemplo, organizar una habitación o un escritorio), hacer cosas agradables (por ejemplo, hablar con alguien que se quiera) o solucionar un problema (por ejemplo, estar trabajando en algo que tiene que hacerse). Cada una de estas experiencias (éxito, divertirse, solución de problemas) puede ayudar a sentirse mejor durante un rato.
- Las actividades parecen ayudar particularmente en la depresión, mucho más si implican algún placer o la posibilidad de conseguir algo (aunque sea algo muy pequeño). Sólo con aprender a buscar placeres o con realizar cosas, se puede sentir mejor.

Con respecto al dominio y agrado en algunas actividades, algunos pacientes depresivos realizan ciertas actividades, pero obtienen un escaso nivel de satisfacción o agrado. Este hecho suele ser consecuencia de:

- Un intento de abordar actividades que no les aportaban satisfacción ni siquiera antes del episodio depresivo.
- El predominio de las cogniciones negativas que anula toda posible sensación de agrado.
- La falta de atención hacia las sensaciones.

Cuando el paciente realiza varias actividades, es conveniente que considere el grado de dominio y de agrado asociado con cada una de ellas; el término dominio se refiere al sentido de logro obtenido al realizar una tarea determinada; el agrado se refiere a los sentimientos de placer, diversión o alegría derivados de una actividad. Al emplear una escala de evaluación para estimar el dominio y agrado, se induce al paciente a identificar éxitos parciales y niveles bajos de agrado.

### ***1.1.6 Modelo de solución de problemas***

Por otro lado y dentro de un modelo de solución de problemas, D'Zurilla (1993) trata de especificar cómo los sujetos pueden resolver conflictos (situaciones vitales que exigen una

respuesta para funcionar con efectividad), esto con el fin de maximizar su rendimiento. Este modelo tiene cinco componentes que son (1) la orientación del conflicto, que implica considerarse capaz de resolver conflictos, (2) la formulación y definición del conflicto, donde definir adecuadamente el mismo facilita la producción de soluciones relevantes, mejora la efectividad en la toma de decisiones y contribuye a la exactitud en la verificación de las soluciones, (3) la elaboración de soluciones alternativas, que implica elaborar tantas soluciones alternativas como sea posible para maximizar la probabilidad de que la mejor solución se encuentre entre ellas, (4) la toma de decisiones, que es evaluar (comparar y juzgar) las soluciones alternativas disponibles y seleccionar las mejores para utilizarlas en la situación conflictiva, y finalmente (5) la implementación de la solución y verificación.

Además, existe otra técnica dentro de la terapia cognitivo-conductual que puede fomentar en los adultos mayores la minimización de riesgos de enfermedad y discapacidad relacionada a ésta, y que redunde en un mayor bienestar subjetivo en esta población, así como lo establece el modelo de envejecimiento exitoso; esta técnica es la educación para la salud.

### ***1.1.7 Educación para la salud***

Costa y López (2000) definen la educación para la salud como “Un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje, orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables, y hacer difíciles las prácticas de riesgos”. Sin embargo, el conocimiento puede ser necesario, pero no suficiente para promover prácticas saludables. En ese sentido, el enfoque de capacitación o de competencia no ha de limitarse a proporcionar sólo información, sino ha de proveer también de: a) incentivos para que los individuos deseen estar sanos; b) recursos y entrenamiento para que el individuo tome decisiones informadas y sepa cómo hacerlo y, c) cambios en el entorno para que el individuo le resulte fácil actuar sanamente.

Hablando específicamente de la educación para la salud con adultos mayores, Montorio y Carrobles (2000) mencionan que los conocimientos actuales sobre la salud en la edad avanzada, las enfermedades características y sus manifestaciones, los factores de riesgo, las conductas que protegen la salud, así como los conocimientos sobre la interacción entre factores biológicos, sociales y psicológicos en esta edad, permiten afirmar sin lugar a dudas, que es posible mejorar la salud de las personas mayores. Otra cuestión es el momento en el que se debe actuar y el nivel de intervención necesario (prevención, promoción y tratamiento). Estos mismos autores describen algunas de las principales estrategias de prevención y promoción de la salud para distintas funciones y problemas asociados el envejecimiento:

- Reserva cardíaca: entrenamiento en ejercicios aeróbicos; eliminación de hábitos nocivos (tabaco).
- Capacidad respiratoria: eliminación de hábitos nocivos (tabaco); actividad física regular.
- Patrón de sueño: educación sobre sueño y envejecimiento; actividad física regular; limitación del tiempo de “sueño diurno”; mantenimiento de pautas adecuadas de higiene del sueño (rutinas de horarios de acostarse y levantarse, control de estimulantes y comidas abundantes, etcétera). Relajación y control emocional.
- Funcionamiento cognitivo: estilo de vida expuesto a ambientes estimulantes que optimicen el funcionamiento del sistema nervioso central mediante plasticidad y redundancia; potenciación de la actividad intelectual centrada en las habilidades menos influenciadas por el declive (juicio, pensamiento abstracto y capacidad de planificación); ejercicio físico regular.
- Respuesta inmune: ejercicio físico.
- Control de esfínteres: educación sobre incontinencia y envejecimiento; fomento de la movilidad; métodos conductuales (ejercicios de fortalecimiento de la musculatura pélvica,

hábito regular de vaciado); condiciones ambientales para uso apropiado del baño; control de efectos secundarios de fármacos; no reforzamiento de conductas de incontinencia (por ejemplo, uso sistemático de pañales).

- Dependencia y fragilidad: educación sobre dependencia y envejecimiento; promover hábitos saludables (ejercicio físico y dieta); fomentar relaciones simétricas de ayuda (cuidador-persona cuidada); control de fármacos (interacción, efectos secundarios y prescripciones adecuadas); fomento de sensación de control; promoción de ambiente social demandante; promoción de salud emocional.
- Efectos secundarios del consumo múltiple de fármacos: control regular de la medicación; enseñanza de habilidades sociales para solicitar información del personal de salud.
- Memoria: educación sobre memoria y envejecimiento; potenciar y descansar la memoria en las capacidades más preservadas (memoria semántica); entrenamiento en ayudas externas e internas; crear ambientes facilitadores.
- Bienestar emocional: controlar ingesta de fármacos y efectos secundarios; oportunidad para mantener contactos sociales; realizar actividades placenteras; control del dolor asociado a enfermedades crónicas; aprender a afrontar acontecimientos estresantes; ejercicio físico.
- Aislamiento/Soledad: promover habilidades sociales; activar apoyo social; activar la integración e implicación emocional; realizar actividades placenteras.

## **1.2 Planteamiento del problema**

Aún cuando en la literatura científica existen reportes de investigación sobre la aplicación y beneficios de la terapia cognitivo-conductual en adultos mayores, también existe un vacío notable en cuanto a investigaciones que evalúen los efectos de intervenciones psicológicas sobre las actividades de la vida diaria en adultos mayores, con base en modelos más precisos y propios del

envejecimiento tales como la teoría de la actividad, el modelo de envejecimiento exitoso y el modelo de selección, optimización y compensación.

Esto implica que el necesario tema de actividades de la vida diaria de adultos mayores y su relación con el bienestar subjetivo, siga sin ser cabalmente explicado. Por ello, en este trabajo se planteó la siguiente pregunta de investigación:

- ¿Cuáles son los efectos de un curso-taller con base en modelos de envejecimiento exitoso y en técnicas de la terapia cognitivo-conductual, sobre la frecuencia de actividades de la vida diaria, la satisfacción asociada a dicha frecuencia y, la intensidad de síntomas de depresión y ansiedad en adultos mayores?

### **1.3 Hipótesis**

Como respuesta tentativa al problema de investigación planteado anteriormente, se enunció la siguiente hipótesis:

- Si se aplica un curso-taller con base en modelos de envejecimiento exitoso y en técnicas de la terapia cognitivo-conductual en un grupo de adultos mayores, entonces aumentará la frecuencia de actividades de la vida diaria, la satisfacción asociada a dicha frecuencia y disminuirá la intensidad de síntomas de depresión y ansiedad en los participantes.

### **1.4 Justificación**

Como resultado del desarrollo humano y social, incluidos los avances biomédicos y tecnológicos en educación, salud, higiene, alimentación, etcétera, la duración de la vida a lo largo del siglo XX ha aumentado en todo el mundo, y en los países desarrollados la esperanza de vida al nacer se ha duplicado. Además, desde la segunda mitad del siglo XX, la tasa de fertilidad ha disminuido en todo el mundo hasta situarse por debajo del nivel de reemplazo en la mayor parte de los países desarrollados. Estos dos cambios demográficos han provocado un fuerte crecimiento del número



de personas mayores, tanto en cifras absolutas como relativas, en todo el mundo. El envejecimiento de la población puede considerarse como una de las revoluciones demográficas más importantes a lo largo de la historia de la humanidad (Fernández-Ballesteros, 2009).

Hoy en día, las personas no sólo tienen más probabilidades de vivir durante más tiempo, sino también de vivir en mejores condiciones biológicas, psicológicas y sociales (con sus diferencias entre países, regiones y continentes). Todo ello es debido al esfuerzo colectivo en procurar mejores condiciones de vida a través de políticas sociales y de salud, así como en promover mejores estilos y hábitos saludables a todo lo largo del ciclo vital, y también al compromiso individual en ello. Estos cambios desde el punto de vista demográfico e individual dieron paso a la existencia de nuevas perspectivas en el estudio de la vejez y las personas mayores, tal como el concepto de envejecimiento exitoso. Y es que promover políticas de salud, educación, empleo, protección de la familia, etcétera, también promueven el envejecimiento exitoso, que como afirma la Organización Mundial de la Salud (2002, en Fernández-Ballesteros, 2009), puede dar potencialmente los siguientes resultados:

1. Menor prevalencia de discapacidad y dependencia asociada a enfermedades crónicas en la vejez.
2. Mayor número de personas en condiciones de disfrutar de una adecuada calidad de vida y bienestar al envejecer.
3. Mayor número de personas en condiciones de participar activamente, a medida que envejecen, en acciones culturales, económicas y políticas, y desempeñar funciones, remuneradas y no remuneradas, participando en la vida familiar y comunitaria.
4. Un menor gasto relacionado con los tratamientos médicos y la atención para la salud.

La reducción de los factores de riesgo (de derrame cerebral, enfermedades cardiovasculares, diabetes, etcétera) y la promoción de los factores protectores y los cambios en los hábitos de vida (incremento de la actividad física e intelectual, mejora de la dieta, etcétera), pueden dar lugar a mejores expectativas en relación con la longevidad y el envejecimiento exitoso, con salud. La educación, el aprendizaje permanente, la actividad cognitiva, la percepción de control interno y la auto-eficacia, los modos adaptativos de hacer frente a las dificultades y la participación social son también factores personales que influyen en la salud y el bienestar en la vejez. Las sinergias entre todos estos factores parecen decisivas en la consecución de un envejecimiento más exitoso y saludable.

Específicamente en el contexto de la relación entre envejecimiento exitoso y actividades de la vida diaria, entender el cómo los adultos mayores invierten su día, proporciona una visión del mundo cotidiano de uno de los segmentos poblacionales de mayor crecimiento en la actualidad. Por lo tanto, identificar similitudes y diferencias en los patrones de actividad, así como entender la vasta heterogeneidad sobre el cómo se invierte un día, refuerza el punto de vista multidimensional de la vejez. Esto también proporciona datos sobre el cómo los recursos personales definen no sólo el cómo se invierte un día, sino también dónde y con quién se invierte. El reconocimiento de estos factores puede ayudar a la aplicación de estrategias que apoyen a la adaptación de un adulto mayor, en vista de la pérdida de recursos biofísicos, psicológicos y sociales asociados al envejecimiento.

De igual manera, indagar el efecto de intervenciones psicológicas basadas en modelos más precisos del envejecimiento sobre las actividades de la vida diaria de adultos mayores, redundaría en identificar el efecto de tales actividades sobre el bienestar subjetivo en esta población, específicamente en satisfacción con la vida, y la calidad misma durante la vejez. Ello posee un

importante valor teórico en vista del vacío notable que existe en cuanto a investigaciones que evalúen los efectos de este tipo de intervenciones psicológicas.

## **II. MÉTODO**

Este trabajo se dividió en dos estudios; con base en una metodología cualitativa a través de dos grupos focales y a partir de la revisión de la literatura científica y de las sugerencias de expertos en el trabajo con adultos mayores, inicialmente se construyó una versión preliminar de un inventario que mide la frecuencia de actividades de la vida diaria de adultos mayores (INACVIDIAM), en versión femenina y masculina, con la identificación simultánea de “satisfacción” y “dificultades” ante estas actividades, y posteriormente se examinaron sus propiedades psicométricas de confiabilidad y validez, para finalmente utilizar este instrumento de medición (aunado a uno más de depresión y ansiedad, respectivamente), en un curso-taller con adultos mayores y evaluar los efectos del mismo. Ambos estudios se describen a continuación.

### **2.1 Estudio I**

Las características específicas del primer estudio (objetivos, participantes, materiales, procedimiento y resultados), son las siguientes.

#### ***2.1.1 Grupos focales***

El primer objetivo en este estudio, fue el generar grupos de discusión organizados alrededor del tema de actividades de la vida diaria de adultos mayores a través de dos grupos focales, para identificar reactivos preliminares del Inventario de Actividades de la Vida Diaria de Adultos Mayores (Acosta & Gonzáles-Celis, 2009).

##### **2.1.1.1 Participantes**

Participaron ocho adultos mayores del grupo “Eterna Juventud” en Tlalnepantla, Estado de México, y 15 adultos mayores del Centro de Seguridad Social del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Navojoa, Sonora.

### 2.1.1.2 Materiales

Se utilizó una guía de temáticas-preguntas en ambos grupos focales, papel y lápiz para la redacción de las relatorías, una cámara de video y comestibles para los participantes durante el tiempo de receso de los grupos.

### 2.1.1.3 Procedimiento

En ambos grupos hubo un moderador y tres relatores donde se aplicó la guía de temáticas-preguntas; ésta consistió en nueve preguntas. Las primeras tres fueron meramente introductorias y la última fue de cierre; en ese sentido, los cuestionamientos medulares fueron de la pregunta número cuatro a la pregunta número ocho. Estas cinco preguntas se basaron en las dimensiones de la versión breve del Instrumento de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC Breve) (González-Celis, 2002; González-Celis & Martínez, 2009; Rodríguez & Pérez, 2006); las nueve preguntas en su totalidad son las siguientes:

1. *¿En qué aspectos positivos ha cambiado su vida por haber llegado a la vejez?*
2. *¿En qué aspectos negativos ha cambiado su vida por haber llegado a la vejez?*
3. *¿Sobre qué aspectos de su vida le gustaría recibir el apoyo de un psicólogo?*
4. *¿Qué actividades de independencia lleva a cabo usted? (actividades que puede hacer solo sin la ayuda de otra persona).*
5. *¿Qué actividades recreativas mentales lleva a cabo usted? (actividades de diversión que no implican esfuerzo o desgaste físico).*
6. *¿Qué actividades recreativas físicas lleva a cabo usted? (actividades de diversión que implican esfuerzo o desgaste físico).*
7. *¿Qué actividades sociales lleva a cabo usted? (actividades donde participan dos o más personas, y se da el contacto social).*

8. *¿Qué actividades de protección a la salud lleva a cabo usted? (actividades donde la persona protege y cuida su salud).*
9. *¿Qué aspectos o cosas le hacen sentirse satisfecho(a) con su vida actual como adulto mayor de 60 años?*

La dinámica funcional de los dos grupos fue la siguiente.

- Apertura e introducción.
- Planteamiento de las temáticas-preguntas (con un receso y ambigü de 15 minutos).
- Cierre y conclusiones.

#### 2.1.1.4 Resultados

A través de los grupos focales organizados alrededor del tema de actividades de la vida diaria de adultos mayores, y específicamente en función de la primera pregunta *¿En qué aspectos positivos ha cambiado su vida por haber llegado a la vejez?* y la segunda pregunta *¿En qué aspectos negativos ha cambiado su vida por haber llegado a la vejez?* en la guía de temáticas-preguntas, se obtuvieron respuestas de los participantes tales como:

- Tratar de ser amable con todos.
- Pensar siempre en estar activos, no sólo estar sentados y seguir adelante.
- Las cosas han cambiado, pero es importante seguir barriendo, preparar cosas, convivir, poder moverse.
- Pero también está la inactividad, ya que cuesta trabajo trasladarse de un lugar a otro pues algunos ya no podemos caminar bien.
- Hay más falta de respeto por parte de los niños y de adultos; ya no es la misma vida de antes.

Con respecto a la tercera pregunta *¿Sobre qué aspectos de su vida le gustaría recibir el apoyo de un psicólogo?* de la guía de temáticas-preguntas, se obtuvieron las siguientes respuestas por parte de los participantes:

- Para que nos oriente a través de la vida, para portarnos bien, por que luego nos cuesta tener buen comportamiento.
- Es provechoso a nuestra edad, nos ayuda mucho una plática con el psicólogo.
- Para saber más adelante cómo vamos a vivir, para salir adelante.
- Nuestros días son contados.
- Que viniera un psicólogo para que nos diera orientación de la vida.
- Cuando alguien fallece del grupo, para que nos ayude a recuperarnos emocionalmente. Para cuando se pierde un familiar.

De la pregunta 4 a la 8 en la guía de temáticas-preguntas, se registraron en una lista todos aquellos ejemplos de actividades que fueron proporcionados por los participantes, con lo que se obtuvo una muestra de actividades de la vida diaria destinadas como reactivos preliminares para el INACVIDIAM y las cuales fueron clasificadas en las mismas dimensiones del AeRAC Breve: “actividades de independencia”, “actividades recreativas mentales”, “actividades recreativas físicas”, “actividades sociales” y “actividades de protección a la salud”. Los ejemplos de actividades informadas por los participantes son los siguientes:

- Actividades de independencia: lavar ropa, ir de compras, lavar trastos, asear su habitación, cocinar, barrer y planchar ropa.
- Actividades recreativas mentales: ver televisión, leer, jugar juegos de mesa, hacer manualidades, pintar, dibujar o iluminar, hacer yoga, hacer costuras o bordar e ir al cine.

- Actividades recreativas físicas: hacer ejercicio, bailar o cantar, hacer jardinería, salir de viaje, jugar con niños, hacer reparaciones domésticas, jugar béisbol, nadar y pasear caminando.
- Actividades sociales: ir a fiestas, ir a la iglesia, platicar con familiares, platicar con vecinos o amigos, hablar por teléfono con familiares y/o amigos, convivir en grupos de adultos mayores y cuidar enfermos.
- Actividades de protección a la salud: ir al médico, comer fruta, verdura, pan, pescado, etcétera, tomar medicamentos, hacer siesta e ir al dentista.

Y finalmente, con respecto a la última pregunta *¿Qué aspectos o cosas le hacen sentirse satisfecho(a) con su vida actual como adulto mayor de 60 años?* de la guía de temáticas-preguntas, las respuestas de los participantes fueron las siguientes:

- Hacer cosas, hacer de comer, salir al mercado.
- La experiencia, nos sentimos felices por haber llegado a esta edad; está bien llegar a esta edad y no sentir ningún achaque.
- Cuando vienen todos nuestros compañeros nos ponemos felices, que nos visiten y que nos hagan de comer.
- Venir aquí por que da depresión si está uno encerrado; nos distraemos mucho cuando venimos.
- Que nos valemos por nosotros mismos, que todavía podemos servir.

Como producto de estos dos grupos focales, de la revisión de la literatura y de las sugerencias de expertos en el trabajo con adultos mayores, se propuso una versión preliminar femenina y una masculina del INACVIDIAM, con reactivos alusivos a actividades instrumentales, actividades propuestas por la teoría de la actividad y por el modelo de



envejecimiento exitoso. Esto se muestra en el plan de prueba de la versión femenina (Figura 6) y el plan de prueba de la versión masculina (Figura 7).

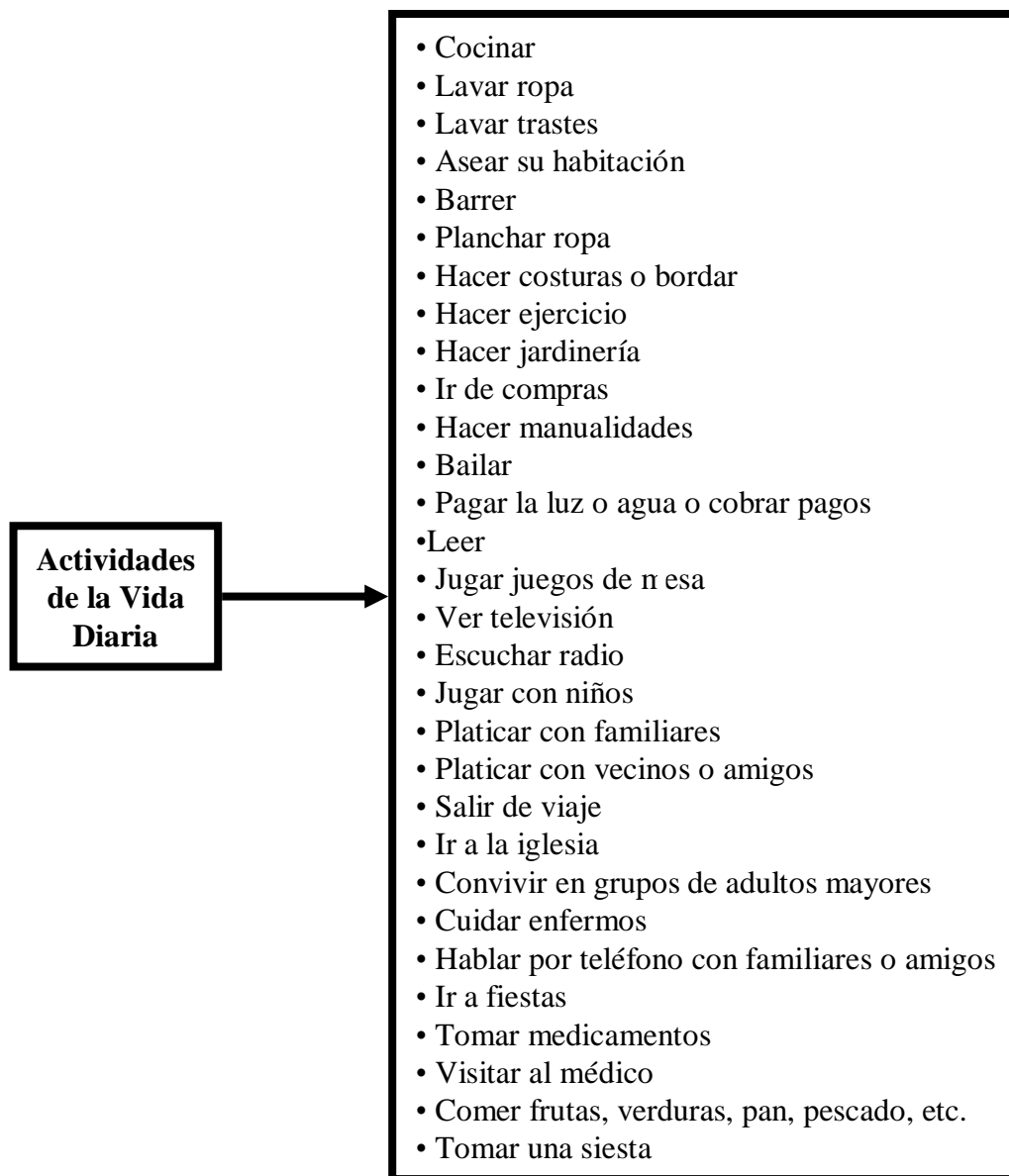


Figura 6. Plan de prueba del INACVIDIAM (versión femenina)

El diseño del INACVIDIAM utiliza dibujos que hacen alusión a actividades de la vida diaria, donde cada reactivo presenta un dibujo representativo de la actividad en cuestión (con variantes en el diseño del dibujo según se trate de la versión femenina o masculina del inventario) y aunado a ello muestra una pregunta que cuestiona al evaluado “qué tan seguido lleva a cabo

dicha actividad”. Para responder a esta primera pregunta sobre su frecuencia de actividades de la vida diaria, el adulto mayor tiene una escala de cuatro puntos que va desde “Nunca” a “Todos los días”, y figuras alusivas a cada opción de respuesta (Figura 8).

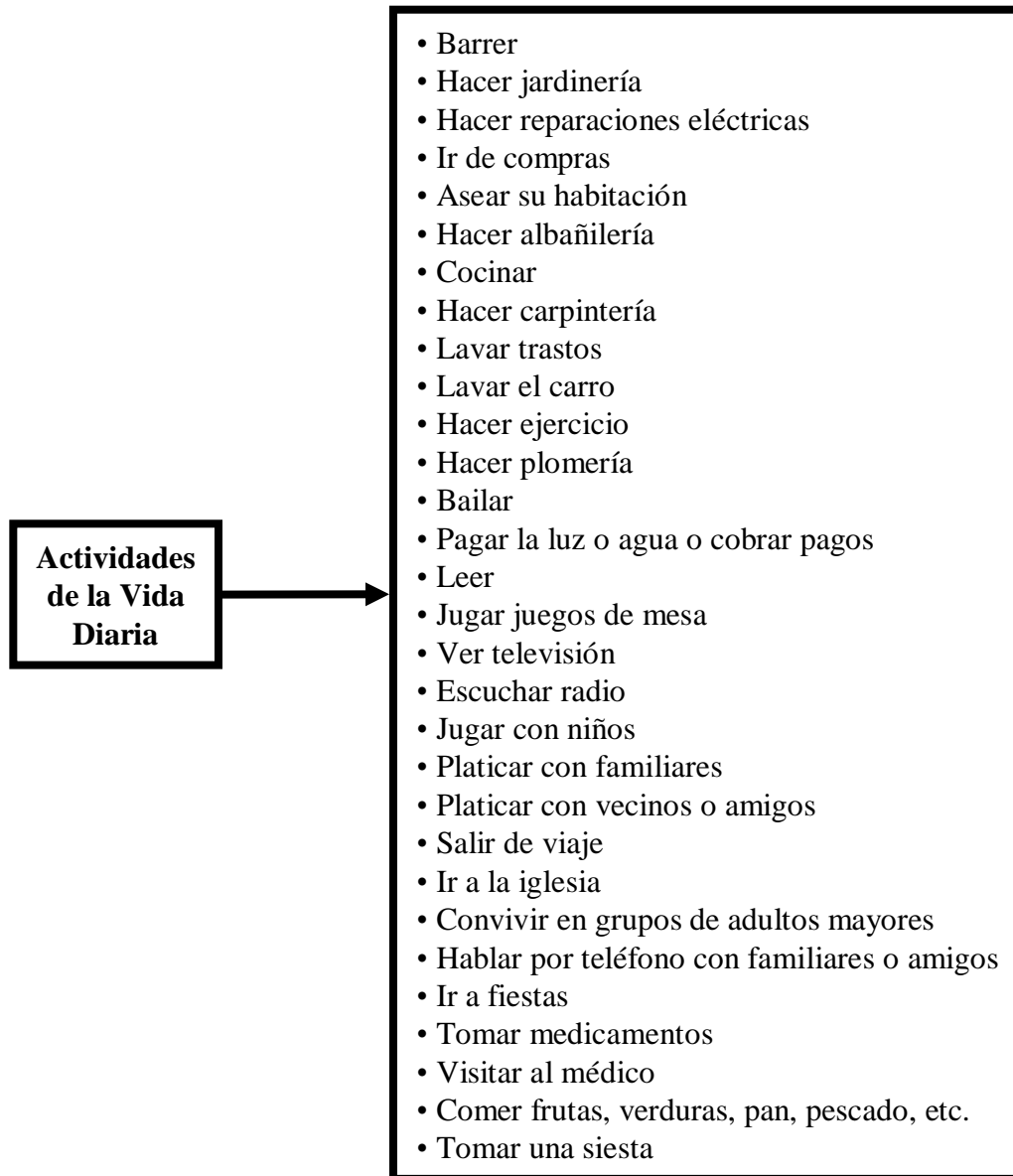


Figura 7. Plan de prueba del INACVIDIAM (versión masculina)

Enseguida, en el mismo dibujo se le cuestiona al sujeto si está satisfecho(a) por llevar a cabo tal actividad con determinada frecuencia, esto a través de la pregunta *¿Está satisfecho(a) por ello?*, y una escala de respuestas de dos puntos, Sí y No. Por último, se le cuestiona al adulto

mayor si presenta dificultades para llevar a cabo la actividad, esto a través de la pregunta *¿Tiene dificultades para hacer esta actividad?*, también con una escala de respuestas de dos puntos, Sí y No.



Figura 8. Escala de respuestas de frecuencia en el INACVIDIAM

Para identificar la aplicación de estrategias adaptativas de selección, optimización y/o compensación por parte del evaluado, se requiere de preguntas adicionales a las contenidas en el INACVIDIAM; por ejemplo, en toda aquella actividad que el evaluado responda afirmativamente a la pregunta *¿Tiene dificultades para realizar esta actividad?*, se le pide que responda a la pregunta *¿Ha cambiado la manera en que usted hace esta actividad?* A la persona que responda afirmativamente a esta pregunta, se le pide que elija de la siguiente lista de chequeo, los cambios que ha realizado en tal actividad:

- Selección
  - Llevar a cabo la actividad con menor frecuencia.
  - Evitar por completo llevar a cabo la actividad.
- Optimización
  - Invertir más tiempo o esfuerzo para llevar a cabo la actividad.

- Utilizar movimientos para evitar el dolor o rigidez.
  - Tener periodos de descanso.
  - Hacer ejercicio.
  - Planear la actividad.
- **Compensación**
    - Utilizar bastón, lentes, audífonos, andadera, etcétera.
    - Pedir ayuda a otras personas.
    - Sustituir una actividad u objeto por otro.

En total, se proponen 30 reactivos-dibujos para la versión femenina y masculina, respectivamente, alusivos a igual número de actividades y cada uno con sus respectivas preguntas sobre “frecuencia”, “satisfacción” y “dificultad”.

### ***2.1.2 Propiedades psicométricas del INACVIDIAM***

El segundo objetivo en este estudio fue el indagar si se confirman las dimensiones propuestas por la teoría de la actividad y el modelo de envejecimiento exitoso, por medio de la evaluación de las propiedades psicométricas del Inventario de Actividades de la Vida Diaria de Adultos Mayores (INACVIDIAM).

#### **2.1.2.1 Participantes**

Se llevó a cabo un piloteo del INACVIDIAM evaluándose a adultos mayores en tres municipios del sur de Sonora (Navojoa, Cajeme y Guaymas), captados en un grupo del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores y en sus respectivos hogares. La selección de los participantes se realizó de acuerdo con un muestreo no probabilístico, intencional y selectivo por participación voluntaria. A continuación se muestran las características sociodemográficas de dichos participantes.

Tabla 4. Características sociodemográficas de los participantes en el piloteo del INACVIDIAM

	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>	<b>Media(D.E.)</b>
Edad	60	92	70.07(7.12)
	<b>Frecuencia</b>		<b>Porcentaje</b>
Sexo			
<i>Masculino</i>	192		48.1%
<i>Femenino</i>	207		51.9%
Estado civil			
<i>Soltero</i>	53		13.3%
<i>Viudo o divorciado</i>	127		31.9%
<i>Casado o con pareja</i>	218		54.8%
Nivel de estudios			
<i>Sin estudios</i>	56		14.1%
<i>Primaria</i>	225		56.7%
<i>Secundaria o técnica</i>	71		17.9%
<i>Bachillerato</i>	17		4.3%
<i>Profesional</i>	27		6.8%
Actividad principal			
<i>Empleado</i>	46		11.7%
<i>Trabaja por su cuenta</i>	95		24.2%
<i>Retirado</i>	97		24.7%
<i>Labores de hogar</i>	133		33.9%
<i>Buscando trabajo</i>	3		.8%
<i>Otra</i>	17		4.3%

#### 2.1.2.2 Materiales

En el piloteo del INACVIDIAM, se aplicaron en los participantes los siguientes materiales:

- Una hoja de datos sociodemográficos con 14 preguntas que cuestionan aspectos relacionados a edad, sexo, estado civil, ingreso económico, vivienda, nivel de estudios, actividad principal, enfermedades, hábito de fumar y beber alcohol, etcétera (Apéndice A – Instrumentos de medición).

- La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en su versión corta en español con 15 reactivos (Brink & Yesavage, 1982) (Apéndice A – Instrumentos de medición) y, cuyas propiedades psicométricas en población del sur de Sonora (Acosta & García, 2007), se evaluaron en 82 participantes mayores de 60 años de edad. Esta escala mostró una consistencia interna de  $r = .84$ , a través del coeficiente de Kuder-Richardson.
- El WHOQoL-Breve para una medición breve de calidad de vida y salud, con 26 reactivos distribuidos en cinco áreas: física, psicológica, relaciones sociales, medio ambiente y general (Apéndice A – Instrumentos de medición). Sus propiedades psicométricas en adultos mayores mexicanos indican una consistencia interna con un alfa de Cronbach =  $.75$  (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006).
- Una versión preliminar femenina y masculina del INACVIDIAM.

### 2.1.2.3 Procedimiento

Para la evaluación de las propiedades psicométricas del INACVIDIAM, se hizo un análisis de reactivos a través de tres procedimientos generales:

- Método de grupos contrastados para evaluar la validez concurrente.
- Análisis factorial para evaluar la validez factorial e identificar si las dimensiones del INACVIDIAM corresponden con las mismas que se sugieren en la literatura en la teoría de la actividad y en el modelo de envejecimiento exitoso.
- Método correlacional para evaluar la consistencia interna del inventario y, su validez convergente en relación a la calidad de vida, validez divergente respecto la depresión y validez de constructo.

#### 2.1.2.4 Resultados

En la evaluación de las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez del INACVIDIAM, específicamente en los reactivos sobre frecuencia de actividades, para evaluar validez concurrente mediante grupos contrastados a través de la prueba estadística  $t$  para muestras independientes, con valores  $p$  asociados iguales o menores a .05, se identificaron los reactivos que cumplieron con el requisito de discriminar a aquellos participantes que obtienen puntajes bajos de los que obtienen puntajes altos. En la versión femenina, dos reactivos no cumplieron con dicho requisito, mientras que en la versión masculina, cuatro reactivos no lo hicieron (Tabla 5), por lo que dichos reactivos se eliminaron para futuras aplicaciones.

En el análisis factorial a la versión masculina del INACVIDIAM, se extraen y retienen los factores a partir del método de componentes principales, obteniéndose siete factores de los cuales sólo cinco poseen tres reactivos o más, donde estos últimos explican el 48.37% de la varianza total. Posteriormente, se graficó una matriz con los cinco componentes rotados ortogonalmente, donde se muestran los reactivos con sus respectivos pesos factoriales y, la varianza explicada y alfa de Cronbach en cada una de las dimensiones (Tabla 6). El alfa de Cronbach para el total de los reactivos en esta versión masculina del INACVIDIAM, fue de  $r = .843$ .

En el análisis factorial a la versión femenina del INACVIDIAM, se extraen y retienen los factores a partir del método de componentes principales, obteniéndose ocho factores de los cuales sólo cinco poseen tres reactivos o más, donde estos últimos explican el 40.68% de la varianza total. Posteriormente, se graficó una matriz con los cinco componentes rotados ortogonalmente, donde se muestran los reactivos con sus respectivos pesos factoriales y, la varianza explicada y alfa de Cronbach en cada una de las dimensiones (Tabla 7). El alfa de Cronbach para el total de los reactivos en esta versión femenina del INACVIDIAM, fue de  $r = .815$ . Se eliminó un reactivo de esta versión ya que presentaba una correlación elemento-total corregida negativa.

Tabla 5. Valores de *t* en la versión femenina y masculina del INACVIDIAM

Versión femenina (n=207)				Versión masculina (n=192)			
Reactivo	<i>t</i>	gl	Sig.	Reactivo	<i>t</i>	gl	Sig.
<i>Cocinar</i>	-6.672	58	.000	<i>barrer</i>	-6.610	98	.000
<i>Leer</i>	-3.843	103	.000	<i>leer</i>	-5.084	98	.000
<i>Jugarniños</i>	-5.260	103	.000	<i>jugarniños</i>	-6.749	98	.000
<i>Medicina</i>	-1.450	103	<b>.150*</b>	<i>medicina</i>	-1.871	98	<b>.064*</b>
<i>Lavaropa</i>	-4.795	86	.000	<i>jardineria</i>	-8.735	79	.000
<i>Jugarmesa</i>	-4.028	86	.000	<i>jugarmesa</i>	-1.323	98	<b>.189*</b>
<i>Platifamilia</i>	-5.075	62	.000	<i>platifamilia</i>	-6.378	82	.000
<i>Medico</i>	.360	103	<b>.720*</b>	<i>medico</i>	-.466	98	<b>.642*</b>
<i>Lavatrasto</i>	-6.611	53	.000	<i>electrico</i>	-7.793	68	.000
<i>Tele</i>	-4.966	72	.000	<i>tele</i>	-4.372	88	.000
<i>Plativecami</i>	-6.563	103	.000	<i>plativecami</i>	-3.475	98	.001
<i>Comer</i>	-3.002	103	.003	<i>comer</i>	-3.101	98	.003
<i>Asear</i>	-6.609	57	.000	<i>compras</i>	-9.340	98	.000
<i>Viaje</i>	-5.589	103	.000	<i>viaje</i>	-6.473	98	.000
<i>Siesta</i>	-2.010	103	.047	<i>siesta</i>	-1.067	98	<b>.289*</b>
<i>Barrer</i>	-6.949	76	.000	<i>asear</i>	-8.568	98	.000
<i>Iglesia</i>	-4.756	103	.000	<i>iglesia</i>	-3.956	98	.000
<i>Planchar</i>	-5.940	103	.000	<i>albañil</i>	-3.971	98	.000
<i>Convivir</i>	-4.500	103	.000	<i>convivir</i>	-2.850	98	.005
<i>Costuras</i>	-5.037	103	.000	<i>cocinar</i>	-5.811	98	.000
<i>Cuidar</i>	-5.229	103	.000	<i>telefono</i>	-9.656	98	.000
<i>Ejercicio</i>	-5.047	103	.000	<i>carpinteria</i>	-6.498	98	.000
<i>Teléfono</i>	-5.493	84	.000	<i>fiestas</i>	-5.410	98	.000
<i>Jardinería</i>	-5.412	103	.000	<i>lavatrasto</i>	-5.818	98	.000
<i>Fiestas</i>	-6.628	103	.000	<i>lavacarro</i>	-5.621	66	.000
<i>Compras</i>	-3.531	103	.001	<i>ejercicio</i>	-7.227	98	.000
<i>Manualid</i>	-6.539	74	.000	<i>plomeria</i>	-9.005	98	.000
<i>Bailar</i>	-4.834	103	.000	<i>bailar</i>	-4.265	98	.000
<i>Radio</i>	-3.711	103	.000	<i>radio</i>	-4.610	87	.000
<i>Pagocobro</i>	-4.811	103	.000	<i>pagocobro</i>	-8.615	98	.000

gl = grados de libertad

Sig. = significancia (bilateral)

\* Reactivos a eliminarse por obtener una significancia mayor a .05

De igual manera, tanto en la versión femenina como masculina del INACVIDIAM, se evaluó validez convergente a través de la prueba *r* de Pearson, entre los puntajes de los participantes en el INACVIDIAM y el WHOQoL-Breve (Tabla 8).



Tabla 6. Estructura factorial de la versión masculina del INACVIDIAM (n=192)

Reactivos	Dimensiones				
	Actividades instrumentales del hogar	Actividades instrumentales físicas	Actividades instrumentales cognitivas	Actividades sociales informales	Actividades sociales formales
20	.827				
16	.695				
1	.648				
12	.540				
22	.441				
6		.764			
18		.739			
23		.716			
14		.660			
21		.506			
17			.744		
7			.705		
26			.621		
10			.568		
24				.801	
19				.689	
11				.530	
5				.400	
3				.455	
8					.744
15					.700
9					.586
<b>Varianza explicada</b>	11.04%	10.81%	10.78%	8.87%	6.87%
<b>Alfa de Cronbach</b>	.766	.752	.731	.703	.486

También se evaluó validez divergente, tanto en la versión femenina como masculina del INACVIDIAM, a través de la prueba *r* de Pearson entre los puntajes de los participantes en el INACVIDIAM y la Escala de Depresión Geriátrica (Tabla 9).

Ya con una estructura factorial/dimensional definida en la versión femenina y masculina del INACVIDIAM, y con fines de reforzar la validez de constructo en el inventario, se llevó a cabo un análisis el cual tuvo como propósito probar los supuestos de la teoría de la actividad y

del modelo de envejecimiento exitoso, a través de identificar las actividades de la vida diaria de adultos mayores que presentan una mayor satisfacción asociada a su frecuencia. Se analizaron los datos de las 207 mujeres y de los 192 hombres mayores de 60 años de edad, que participaron en el análisis previo donde se evaluaron las propiedades psicométricas del INACVIDIAM. Los datos se obtuvieron de la versión femenina y masculina del INACVIDIAM.

Tabla 7. Estructura factorial de la versión femenina del INACVIDIAM (n=207)

Reactivos	Dimensiones				
	Actividades instrumentales del hogar	Actividades sociales informales	Actividades recreativas solitarias	Actividades instrumentales cognitivas	Actividades sociales formales
13	.807				
7	.742				
1	.715				
11	.679				
4	.666				
12		.663			
20		.647			
22		.576			
6		.439			
25			.665		
26			.575		
9			.568		
3			.521		
8			.406		
27				.688	
23				.637	
18				.418	
2					.754
14					.587
21					.473
16					.402
<b>Varianza explicada</b>	12.68%	7.58%	7.25%	7.13%	6.04%
<b>Alfa de Cronbach</b>	.817	.593	.562	.519	.469

Se establecieron correlaciones a través del coeficiente r de Pearson, entre la frecuencia de actividades de la vida diaria de adultos mayores y su satisfacción asociada a dicha frecuencia,

esto en las diversas dimensiones del INACVIDIAM, tanto en la versión masculina como femenina (Tabla 10 y Tabla 11).

Tabla 8. Validez convergente en ambas versiones del INACVIDIAM

INACVIDIAM	WHOQoL-Breve
Versión femenina	.416**
Versión masculina	.405**

\*\*  $p \leq .01$

Tabla 9. Validez divergente en ambas versiones del INACVIDIAM

INACVIDIAM	Escala de Depresión
Versión femenina	-.278***
Versión masculina	-.283***

\*\*\*  $p \leq .01$

Tabla 10. Correlación entre tipos de actividades y satisfacción en hombres (n=192)

Tipos de actividades	Satisfacción
Actividades sociales formales	.330***
Actividades instrumentales físicas	.383***
Actividades instrumentales del hogar	.474***
Actividades instrumentales cognitivas	.571***
Actividades sociales informales	.597***

\*\*\*  $p \leq .001$

Tabla 11. Correlación entre tipos de actividades y satisfacción en mujeres (n=207)

Tipos de actividades	Satisfacción
Actividades recreativas solitarias	.293***
Actividades instrumentales del hogar	.363***
Actividades sociales formales	.430***
Actividades instrumentales cognitivas	.448***
Actividades sociales informales	.450***

\*\*\*  $p \leq .001$

## 2.2 Estudio II

El objetivo de este estudio fue evaluar los efectos de un curso-taller basado en modelos de envejecimiento exitoso y en técnicas de la terapia cognitivo-conductual, sobre la frecuencia de

actividades de la vida diaria, la satisfacción asociada a dicha frecuencia y, la intensidad de síntomas de depresión y ansiedad en adultos mayores.

El diseño de investigación en este estudio fue pre-experimental, de un solo grupo, con “*pretest*” y “*posttest*” (Sierra, 2003); la variable independiente en el estudio fue un curso-taller con sesiones basadas en componentes de modelos de envejecimiento exitoso y de técnicas de la terapia cognitivo-conductual (ver Apéndice B – Cartas descriptivas). La variable dependiente en el estudio fue la frecuencia de actividades de la vida diaria, la satisfacción asociada a dicha frecuencia y, la intensidad de síntomas de depresión y ansiedad en adultos mayores.

### **2.2.1 Participantes**

Participó un grupo de 32 adultos mayores cuyas características sociodemográficas se muestran en la Tabla 12.

### **2.2.2. Materiales**

Se aplicaron en los participantes los siguientes materiales (ver Apéndice A – Instrumentos de medición):

- Lectura y firma de un consentimiento informado.
- Una hoja de datos sociodemográficos.
- La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en su versión corta en español (Brink & Yesavage, 1982).
- El Inventario de Ansiedad de Beck en su versión mexicana (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001), y cuyas propiedades psicométricas de confiabilidad y validez en población del sur de Sonora (Acosta & García, 2007), se evaluaron en 82 participantes mayores de 60 años de edad. Esta escala mostró una consistencia interna con una alfa de Cronbach de  $r = .88$ .

- La versión final femenina y masculina del INACVIDIAM, con sus propiedades psicométricas de confiabilidad y validez mencionadas en el subcapítulo anterior.

Tabla 12. Características sociodemográficas de los participantes del curso-taller

	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>	<b>Media(D.E.)</b>
Edad	58	86	69.53(6.84)
	<b>Frecuencia</b>		<b>Porcentaje</b>
Sexo			
<i>Masculino</i>	3		9.4%
<i>Femenino</i>	29		90.6%
Estado civil			
<i>Soltero</i>	5		15.6%
<i>Viudo o divorciado</i>	15		46.9%
<i>Casado o con pareja</i>	12		37.5%
Nivel de estudios			
<i>Sin estudios</i>	5		15.6%
<i>Primaria</i>	17		53.1%
<i>Secundaria o técnica</i>	8		25%
<i>Profesional</i>	2		6.3%
Actividad principal			
<i>Empleado</i>	2		6.3%
<i>Trabaja por su cuenta</i>	4		12.5%
<i>Retirado</i>	6		18.8%
<i>Labores de hogar</i>	18		56.3%
<i>Buscando trabajo</i>	2		6.3%

Aunado a ello, para la aplicación del curso-taller se utilizó un Manual del instructor, el cual describe detalladamente las actividades a realizar por parte de los instructores en las diferentes sesiones que componen el curso (ver Apéndice C – Manual del instructor). Adjunto a este Manual del instructor, viene un disco compacto con archivos de diapositivas en “powerpoint” que sirvieron de apoyo a las diversas exposiciones que se hicieron en las diferentes

sesiones, esto a través de computadora y cañón de proyección. De igual manera, se utilizó un Manual del participante, el cual contiene todos los formatos a llenar por parte de los participantes en los diversos ejercicios dentro de las diferentes sesiones que componen el curso (ver Apéndice D – Manual del participante).

### **2.2.3 Procedimiento**

Partiendo de la lógica del diseño de investigación en este estudio, se procedió de la siguiente manera:

1. Como medición “*pretest*”, se aplicaron en el grupo todos los instrumentos de medición del estudio en los participantes (ver Apéndice A – Instrumentos de medición).
2. Se aplicó el curso-taller en los participantes del grupo con base en las instrucciones precisas del Manual del instructor, el cual describe detalladamente las actividades a realizar por parte de los instructores en las diferentes sesiones que componen el curso (ver Apéndice C – Manual del instructor). Cinco instructores impartieron el curso-taller, con una duración aproximada para cada sesión de 90 minutos, con una sesión semanal en un tiempo aproximado de mes y medio; las ideas vertidas en el Manual del instructor se siguieron al pie de la letra.
3. Los participantes usaron un manual para contestar el material que se utilizó en las diferentes sesiones que componen el curso-taller (ver Apéndice D – Manual del participante). Los instructores del curso proporcionaron a los participantes las instrucciones para contestar los diferentes materiales durante las sesiones.
4. Al final del curso-taller, como medición “*posttest*” se aplicaron en el grupo los mismos instrumentos de medición del “*pretest*”, con excepción del consentimiento informado y de la hoja de datos sociodemográficos.

#### **2.2.4 Resultados**

Primero se llevó a cabo un piloteo del curso-taller, en un grupo de 60 adultos mayores pertenecientes al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), bajo la coordinación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en Navojoa, Sonora. Todos los participantes de este grupo piloto eran mayores de 60 años de edad, 50 mujeres y 10 hombres. Diez tesis de la Licenciatura en Psicología del Instituto Tecnológico de Sonora, Unidad Navojoa, aplicaron el curso-taller siguiendo las instrucciones precisas del Manual del instructor, con las siguientes nueve sesiones:

- Sesión de evaluación “*pretest*”: integración del grupo, encuadre general del curso-taller y evaluación.
- Sesión 1: modelo de envejecimiento exitoso y educación para la salud.
- Sesión 2: educación para la salud.
- Sesión 3: teoría de la actividad y jerarquización de actividades de dominio y agrado.
- Sesión 4: programación de actividades de dominio y agrado.
- Sesión 5: cambios asociados al envejecimiento.
- Sesión 6: modelo de selección, optimización y compensación.
- Sesión 7: modelo de solución de problemas.
- Sesión de evaluación “*postest*”: cierre del curso-taller y evaluación.

Como resultado de este piloteo, se identificaron cuatro situaciones importantes:

1. En cuanto a la sesión de evaluación “*pretest*”, se programó una reunión para la aplicación de los diversos materiales e instrumentos de medición; sin embargo, los participantes sólo pudieron contestar la mitad de los instrumentos, por lo que se utilizó una segunda reunión

para finalizar la aplicación. Se determinó programar dos reuniones para la sesión de evaluación “*pretest*” en aplicaciones futuras del curso-taller.

2. Se consideró que algunas sesiones podrían conjuntarse para lograr un “efecto de acarreo” partiendo de los contenidos de dichas sesiones. Por ejemplo, para aplicaciones futuras del curso-taller se podrían conjuntar la Sesión 1 y Sesión 2, así como la Sesión 3 y Sesión 4, y la Sesión 5 y Sesión 6.
3. Debido a la gran cantidad de participantes en este grupo piloto (60 adultos mayores), se tuvieron complicaciones al momento de evaluarlos y aplicarles los diversos ejercicios en las diferentes sesiones. Se determinó contar con un grupo no tan numeroso para aplicaciones futuras del curso-taller.
4. Finalmente, se identificó que este grupo piloto bajo la coordinación de INAPAM-DIF, tenía una gran cantidad de actividades programadas como parte de la asistencia social que reciben. Se propone para aplicaciones futuras del curso-taller, trabajar con grupos de adultos mayores que no tengan tantas actividades programadas, para ser grupos más “receptivos” a las características del curso-taller.

Partiendo de tales cambios propuestos, se aplicó el curso-taller en un grupo de 32 adultos mayores bajo la coordinación del DIF Municipal en Guaymas, Sonora. Todos los participantes de este grupo eran mayores de 60 años de edad, 29 mujeres y 3 hombres. Cinco tesistas del Instituto Tecnológico de Sonora, Unidad Guaymas, aplicaron el curso-taller siguiendo las instrucciones precisas del Manual del instructor, con las siguientes seis sesiones:

- Sesión de evaluación “*pretest*”: integración del grupo, encuadre general del curso-taller y evaluación.
- Sesión 1: modelo de envejecimiento exitoso y educación para la salud.



- Sesión 2: teoría de la actividad, jerarquización de actividades de dominio y agrado, y propuesta del día ideal.
- Sesión 3: cambios asociados al envejecimiento y modelo de selección, optimización y compensación.
- Sesión 4: modelo de solución de problemas.
- Sesión de evaluación “*postest*”: cierre del curso taller y evaluación.

Con el fin de responder tentativamente a la pregunta de investigación de cuáles son los efectos de este curso-taller sobre la frecuencia de actividades de la vida diaria, la satisfacción asociada a dicha frecuencia y, la intensidad de síntomas de depresión y ansiedad en adultos mayores, se planteó la hipótesis de que si se aplicaba dicho curso-taller, entonces aumentaría la frecuencia de actividades de la vida diaria, la satisfacción asociada a dicha frecuencia y disminuiría la intensidad de síntomas de depresión y ansiedad en los participantes. Para responder a la pregunta de investigación y someter a prueba la hipótesis, se llevaron a cabo los siguientes análisis de datos.

Con respecto al análisis sobre la frecuencia de actividades de la vida diaria, y con base en la versión femenina del Inventario de Actividades de la Vida Diaria de Adultos Mayores (INACVIDIAM), utilizando el total de los reactivos que cuestionan a la participante “qué tan seguido” lleva a cabo diversas actividades, con una escala de cuatro puntos que va desde “Nunca” a “Todos los días”, se comparó en las 29 mujeres participantes del curso-taller a través de la prueba *t* para muestras relacionadas, la media del puntaje total de la frecuencia de actividades de la vida diaria en el “*pretest*”, con la media de los puntajes totales de la frecuencia de actividades de la vida diaria en el “*postest*”; a continuación se muestran los resultados de dicho análisis.

Tabla 13. Comparación de medias de frecuencia total de actividades de la vida diaria (n=29)

<b>Medición</b>	<b>Media(D.E.)</b>	<b>t</b>
<i>Pretest</i>	44.93(9.97)	-2.034*
<i>Posttest</i>	46.69(9.04)	

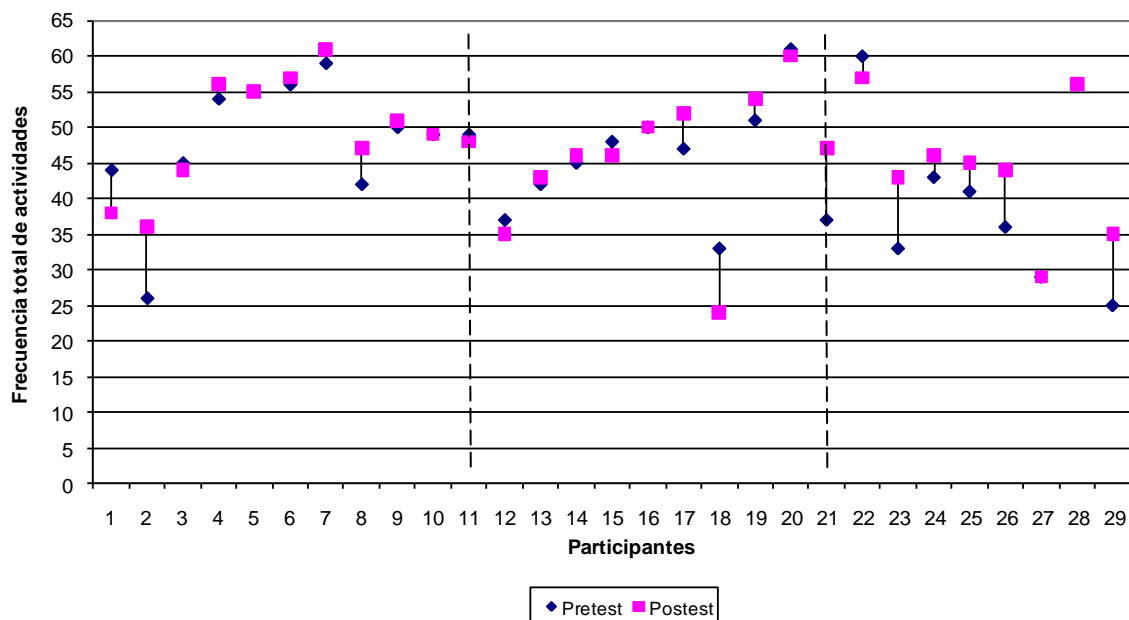
\* $p \leq .05$

La prueba estadística indica que hubo diferencias significativas entre la media de los puntajes totales de frecuencia de actividades de la vida diaria en el “*posttest*”, con respecto a la media de los puntajes totales de frecuencia de actividades de la vida diaria en el “*pretest*”. Sin embargo, se consideró pertinente hacer un análisis individual del comportamiento de los puntajes de frecuencia total de actividades de la vida diaria, esto para identificar cuál de los rangos diferentes de edad dentro del grupo de las participantes del curso-taller presentó más cambios, así como ver también los casos individuales que mostraron modificaciones.

En la Figura 9, referente a la frecuencia total de actividades en el INACVIDIAM, se muestra una representación visual, por cada participante en el curso-taller, del comportamiento de los puntajes de frecuencia de actividades de la vida diaria en el “*pretest*” y “*posttest*”, ordenadas por edad, donde las primeras 11 participantes corresponden al rango de 58 a 67 años (primer rango de edad), las siguientes diez participantes están en el rango de 69 a 74 años (segundo rango de edad), y las últimas ocho participantes corresponden al rango de 75-86 años (tercer rango de edad).

Ya con los puntajes individuales de frecuencia de actividades de la vida diaria en el “*pretest*” y el “*posttest*”, se obtuvo el índice de Cambio Clínico Objetivo (CCO) por cada participante, el cual se obtiene mediante la diferencia de las medidas del “*posttest*” y el “*pretest*” dividido entre “*pretest*”, con un punto de corte mayor o igual a .20 (Cardiel, 1994) como muestra de que ha ocurrido un CCO positivo. Un punto de corte menor o igual a .19 y mayor o igual a -

.19 significa que no hubo CCO; un punto de corte menor o igual a -.20, significa que hubo un CCO negativo.



Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
"Pretest"	44	<b>26</b>	45	54	55	56	59	42	50	49	49	37	42	45
"Posttest"	38	<b>36</b>	44	56	55	57	61	47	51	49	48	35	43	46
CCO	-.13	<b>.38*</b>	-.02	.03	0	.01	-.03	.11	.02	0	-.02	.05	.02	.02

Participante	15	16	17	<b>18</b>	19	20	<b>21</b>	22	<b>23</b>	24	25	<b>26</b>	27	28	<b>29</b>
"Pretest"	48	50	47	<b>33</b>	51	61	<b>37</b>	60	<b>33</b>	43	41	<b>36</b>	29	56	<b>25</b>
"Posttest"	46	50	52	<b>24</b>	54	60	<b>47</b>	57	<b>43</b>	46	45	<b>44</b>	29	56	<b>35</b>
CCO	-.04	0	.10	<b>-.27</b>	.05	-.01	<b>.27*</b>	-.05	<b>.30*</b>	.06	.09	<b>.22*</b>	0	0	<b>.40*</b>

\* Participantes que obtuvieron un CCO positivo

Figura 9. Cambios del "pretest" al "posttest" por participante en la frecuencia total de actividades en el INACVIDIAM (mujeres)

En la Figura 9, visualmente se aprecia que principalmente las participantes de mayor edad presentaron un aumento en los puntajes totales de frecuencia de actividades de la vida diaria. Específicamente tres participantes en el tercer rango de edad (participante 23, 26 y 29) obtuvieron un CCO positivo, aunado a un caso más de CCO positivo en las participantes del segundo rango de edad (participante 21), pero cuya edad específica de la participante es de 74 años (en el límite superior de este rango), aunque también hubo un caso de CCO negativo en este segundo rango de

edad (participante 18). Finalmente, hubo también un caso de CCO positivo en una participante del primer rango de edad (participante 2).

De igual manera y con respecto al análisis sobre la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades de la vida diaria, en base a la misma versión femenina del INACVIDIAM, utilizando el total de los reactivos que cuestionan a la participante si está satisfecha por llevar a cabo con determinada frecuencia las actividades de la vida diaria, con una escala de respuestas de dos puntos, Sí y No, se comparó en las mujeres participantes del curso-taller a través de la prueba *t* para muestras relacionadas, la media del puntaje total de la satisfacción asociada a la frecuencia total de actividades de la vida diaria en el “*pretest*”, con la media del puntaje total de la satisfacción asociada a la frecuencia total de actividades de la vida diaria en el “*posttest*”; a continuación se muestran los resultados de dicho análisis.

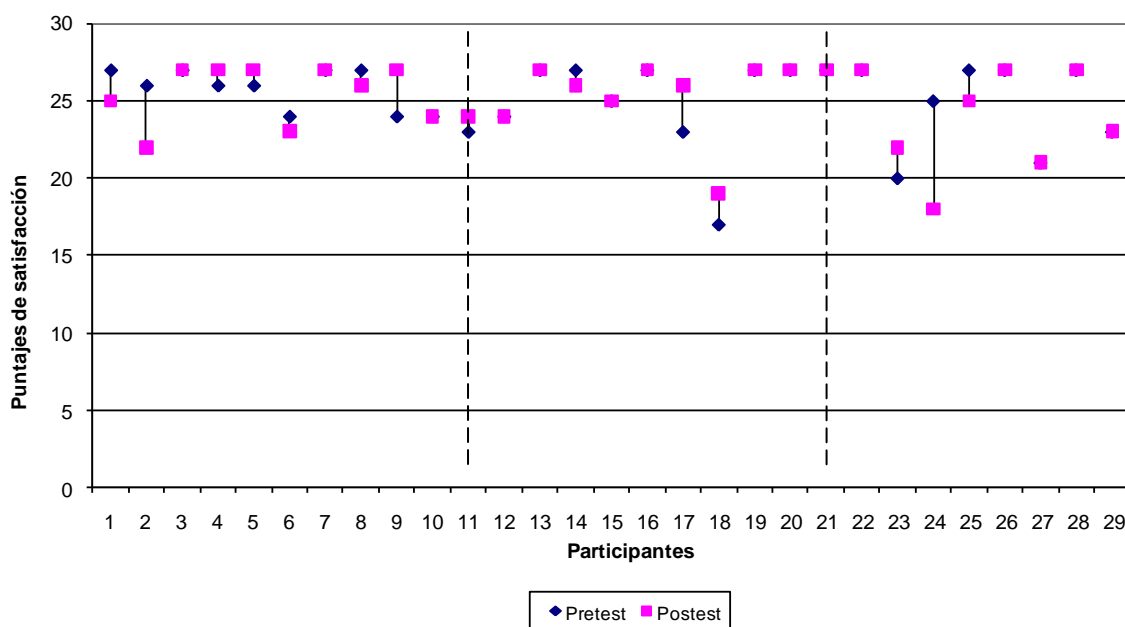
Tabla 14. Comparación de medias de satisfacción total asociada a la frecuencia total de actividades de la vida diaria (n=29)

<b>Medición</b>	<b>Media(D.E)</b>	<b>t</b>
<i>Pretest</i>	25.14(2.53)	.481
<i>Posttest</i>	24.97(2.57)	

\* $p \leq .05$

La prueba estadística indica que no hubo diferencias significativas entre la media de los puntajes totales de satisfacción total asociada a la frecuencia total de actividades de la vida diaria en el “*posttest*”, con respecto a la media de los puntajes totales de satisfacción asociada a la frecuencia total de actividades de la vida diaria en el “*pretest*”. Sin embargo, también se hizo un análisis individual del comportamiento de los puntajes de satisfacción total asociada a la frecuencia total de actividades de la vida diaria, esto para identificar cuál de los rangos diferentes de edad dentro del grupo de las participantes del curso-taller presentó más cambios, así como ver también los casos individuales que mostraron modificaciones.

En la Figura 10, referente a la satisfacción total asociada a la frecuencia total de actividades en el INACVIDIAM, visualmente se aprecia que no hubo un aumento en la satisfacción asociada a las ganancias en la frecuencia de actividades de la vida diaria en ninguno de los diferentes rangos de edad en las participantes del curso-taller, con puntajes de CCO  $\leq .19$  y  $\geq -.19$ , con excepción únicamente de la participante 24 que obtuvo un CCO negativo.



Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
"Pretest"	27	26	27	26	26	24	27	27	24	24	23	24	27	27
"Posttest"	25	22	27	27	27	23	27	26	27	24	24	24	27	26
CCO	-.07	-.15	0	.03	.03	-.04	0	-.03	.12	0	.04	0	0	-.03

Participante	15	16	17	18	19	20	21	22	23	<b>24</b>	25	26	27	28	29
"Pretest"	25	27	23	17	27	27	27	27	20	<b>25</b>	27	27	21	27	23
"Posttest"	25	27	26	19	27	27	27	27	22	<b>18</b>	25	27	21	27	23
CCO	0	0	.13	.11	0	0	0	0	.10	<b>-.28</b>	-.07	0	0	0	0

\* Participantes que obtuvieron un CCO positivo

Figura 10. Cambios del "pretest" al "posttest" por participante en la satisfacción total asociada a la frecuencia total de actividades en el INACVIDIAM (mujeres)

Sin embargo, es meritorio recordar que el INACVIDIAM, en su versión femenina, está conformado por las siguientes dimensiones: "Actividades instrumentales del hogar", "Actividades sociales informales", "Actividades solitarias", "Actividades instrumentales

cognitivas” y “Actividades sociales formales”. En ese sentido, se llevó a cabo también un análisis por dimensiones sobre la frecuencia de actividades de la vida diaria (Tabla 15) y la satisfacción asociada a dicha frecuencia (Tabla 16), en esta versión femenina del INACVIDIAM, comparando las respectivas medias del “*pretest*” y “*postest*” del curso-taller en cada dimensión.

Tabla 15. Comparación de medias por dimensión en la frecuencia de actividades de la vida diaria (n=29)

Dimensión	Medición	Media(D.E)	t
Actividades instrumentales del hogar	Pretest	11.90(2.55)	-2.166*
	Postest	12.97(2.17)	
Actividades sociales informales	Pretest	6.28(1.85)	2.353*
	Postest	5.76(1.74)	
Actividades recreativas solitarias	Pretest	8.86(2.15)	-.980
	Postest	9.21(1.80)	
Actividades instrumentales cognitivas	Pretest	4.10(1.52)	-.902
	Postest	4.31(1.87)	
Actividades sociales formales	Pretest	6.52(2.14)	-1.052
	Postest	6.79(2.11)	

\* $p < .05$

En la Tabla 15 se puede apreciar que sólo hubo cambios estadísticamente significativos, al comparar las medias del “*pretest*” y “*postest*” por dimensión en la frecuencia de actividades de la vida diaria del INACVIDIAM en su versión femenina, esto en las dimensiones de “actividades instrumentales del hogar” y de “actividades sociales informales”; en la primera dimensión se dio un aumento del “*pretest*” al “*postest*” en los puntajes de la frecuencia de actividades de la vida diaria, y en la segunda dimensión el cambio se dio en términos de una reducción del “*pretest*” al “*postest*” en los puntajes de la frecuencia de actividades de la vida. El resto de las dimensiones no mostraron cambios estadísticamente significativos del “*pretest*” al “*postest*” en los puntajes de la frecuencia de actividades de la vida diaria.

En la Tabla 16 se puede apreciar que no hubo cambios estadísticamente significativos en ninguna de las dimensiones del INACVIDIAM en su versión femenina, al comparar las medias del “*pretest*” y “*posttest*” por dimensión en la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades de la vida diaria.

Tabla 16. Comparación de medias por dimensión en la satisfacción asociada a actividades de la vida diaria (n=29)

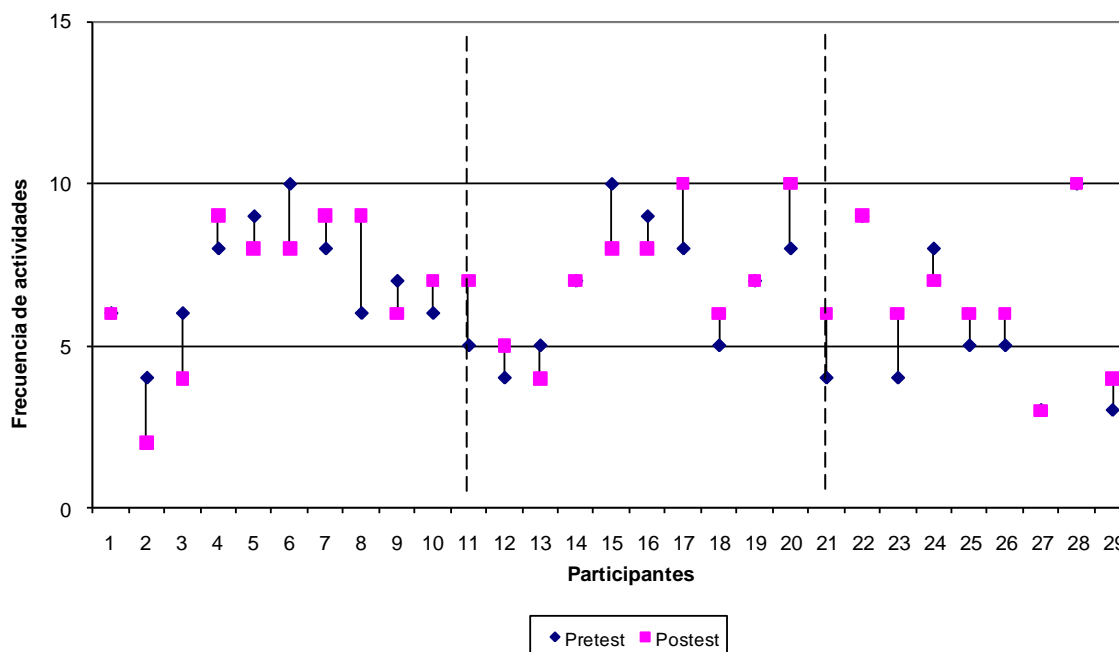
<b>Dimensión</b>	<b>Medición</b>	<b>Media(D.E.)</b>	<b>t</b>
Actividades instrumentales del hogar	Pretest	4.83(.468)	.000
	Postest	4.83(.468)	
Actividades sociales informales	Pretest	3.59(.780)	.626
	Postest	3.52(.871)	
Actividades recreativas solitarias	Pretest	4.72(.455)	.000
	Postest	4.72(.591)	
Actividades instrumentales cognitivas	Pretest	2.72(.591)	-1.279
	Postest	2.86(.351)	
Actividades sociales formales	Pretest	3.86(.351)	.701
	Postest	3.79(.491)	

\* $p < .05$

Sin embargo, también se hizo un análisis individual por dimensiones en el INACVIDIAM en su versión femenina, del comportamiento de los puntajes de frecuencia de actividades de la vida diaria, y de la satisfacción asociada a dicha frecuencia, esto para identificar cuál de los rangos diferentes de edad dentro del grupo de las participantes del curso-taller presentó más cambios, así como ver también los casos individuales que mostraron modificaciones.

En la Figura 11, referente a la frecuencia de actividades de actividades sociales formales, visualmente se aprecia que predominaron los casos de CCO positivo, con dos participantes en el primer rango de edad (participante 8 y 11), cinco el segundo (participante 12, 17, 18, 20 y 21), y cuatro en el tercero (participante 23, 25, 26 y 29). Pero hubo cinco participantes con CCO

negativo, esto en el primer rango de edad (participante 2, 3 y 6), y dos en el segundo (participante 13 y 15).



<i>Participante</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
<i>“Pretest”</i>	6	4	6	8	9	10	8	6	7	6	5	4	5	7	
<i>“Posttest”</i>	6	2	4	9	8	8	9	9	6	7	7	5	4	7	
<i>CCO</i>	0	-.50	-.33	.12	-.11	-.20	.12	.50*	-.14	.16	.40*	.25*	-.20	0	
<i>Participante</i>	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
<i>“Pretest”</i>	10	9	8	5	7	8	4	9	4	8	5	5	3	10	3
<i>“Posttest”</i>	8	8	10	6	7	10	6	9	6	7	6	6	3	10	4
<i>CCO</i>	-.20	-.11	.25*	.20*	0	.25*	.50*	0	.50*	-.12	.20*	.20*	0	0	.33*

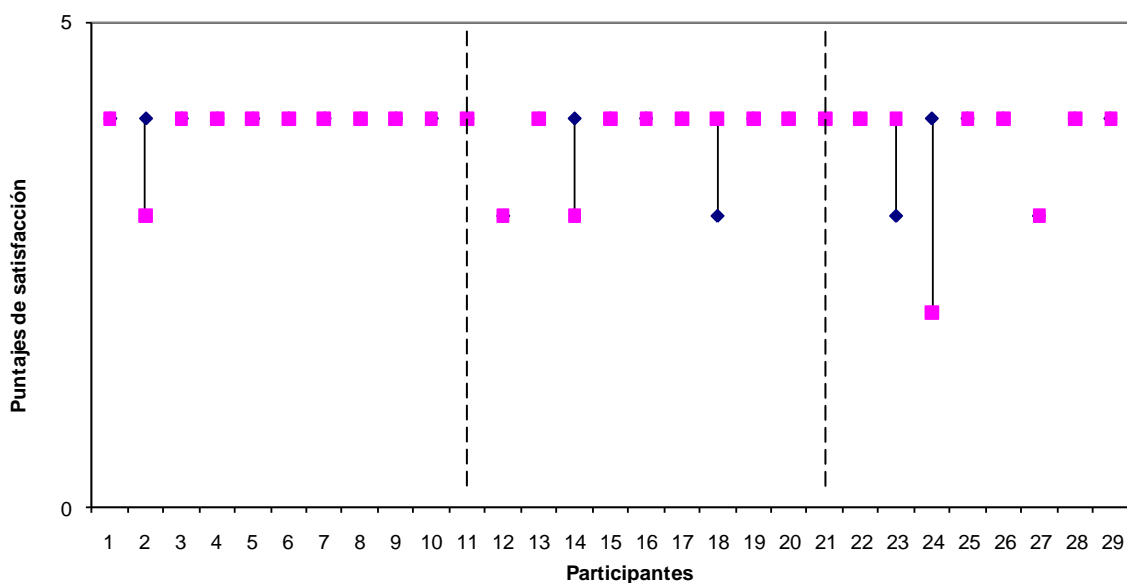
\* Participantes que obtuvieron un CCO positivo

Figura 11. Cambios del “pretest” al “posttest” por participante en la frecuencia de actividades sociales formales (mujeres)

En la Figura 12, referente a la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades sociales formales, visualmente se aprecia que existen dos participantes con CCO positivo en el segundo y tercer rango de edad. Pero hay una participante con CCO negativo en el primer, segundo y tercer rango de edad, respectivamente. En el caso de las participantes con CCO positivo, en el segundo rango de edad, la participante 18 muestra un aumento significativo en la frecuencia de actividades



sociales formales, mientras que en el tercero, la participante 23 muestra también un aumento significativo en la frecuencia de este tipo de actividades. En el caso de las participantes con CCO negativo, en el primer rango de edad, la participante 2 muestra una reducción significativa en la frecuencia de actividades sociales formales.



◆ Pretest ■ Posttest

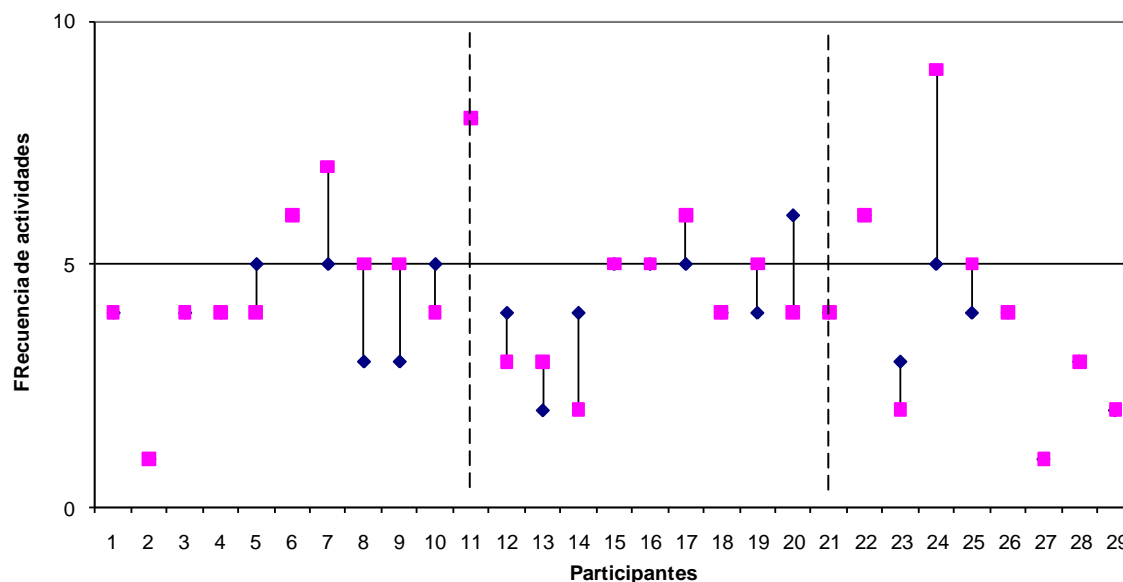
<b>Participante</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
<b>“Pretest”</b>	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	
<b>“Posttest”</b>	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	
<b>CCO</b>	0	-.25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-.25	
<b>Participante</b>	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
<b>“Pretest”</b>	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4
<b>“Posttest”</b>	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	3	4	4
<b>CCO</b>	0	0	0	.33*	0	0	0	0	.33*	-.50	0	0	0	0	0

\* Participantes que obtuvieron un CCO positivo

Figura 12. Cambios del “pretest” al “posttest” por participante en la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades sociales formales (mujeres)

En la Figura 13, referente a la frecuencia de actividades instrumentales cognitivas, visualmente se aprecia que predominaron los casos de CCO positivo, con tres participantes en el primer rango de edad (participante 7, 8 y 9), tres en el segundo (participante 13, 17 y 19), y dos

en el tercero (participante 24 y 25). Pero hubo dos participantes con CCO negativo, esto en el primer rango de edad (participante 5 y 10), tres en el segundo (participante 12, 14 y 20) y una en el tercero (participante 23).



	Participantes													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<b>Pretest</b>	4	1	4	4	5	6	5	3	3	5	8	4	2	4
<b>Posttest</b>	4	1	4	4	4	6	7	5	5	4	8	3	3	2
<b>CCO</b>	0	0	0	0	-.20	0	.40*	.66*	.66*	-.20	0	-.25	.50*	-.50

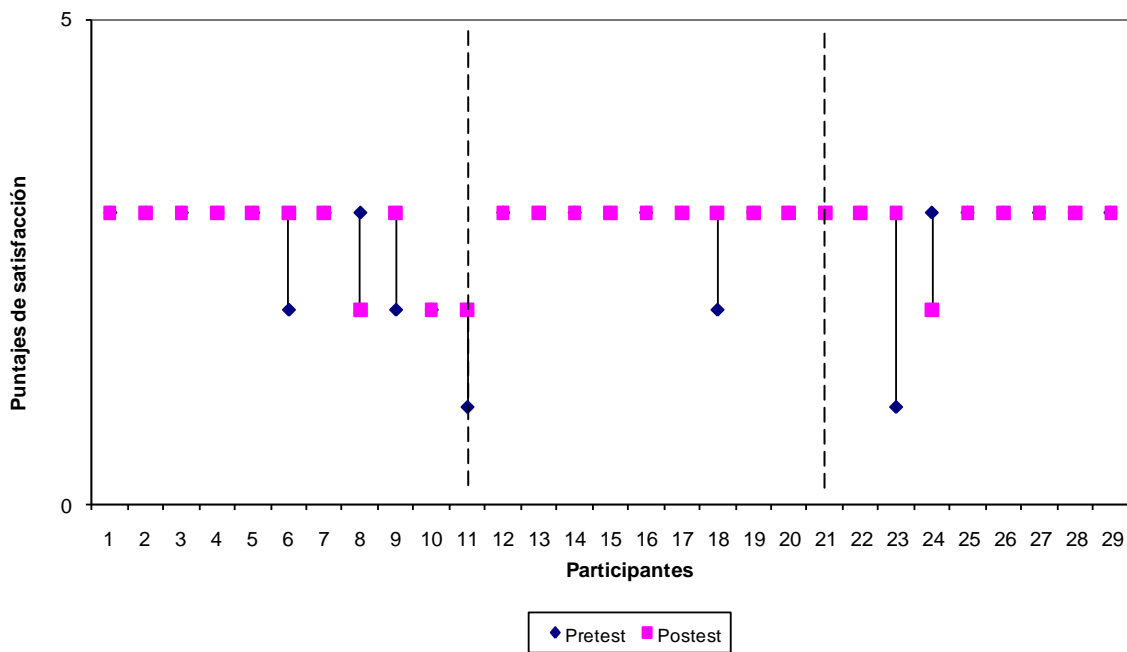
	Participantes														
	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
<b>Pretest</b>	5	5	5	4	4	6	4	6	3	5	4	4	1	3	2
<b>Posttest</b>	5	5	6	4	5	4	4	6	2	9	5	4	1	3	2
<b>CCO</b>	0	0	.20*	0	.25*	-.33	0	0	-.33	.80*	.25*	0	0	0	0

\* Participantes que obtuvieron un CCO positivo

Figura 13. Cambios del “pretest” al “posttest” por participante en la frecuencia de actividades instrumentales cognitivas (mujeres)

En la Figura 14, referente a la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades instrumentales cognitivas, visualmente se aprecia que existen tres participantes con CCO positivo en el primer rango de edad, y una participante respectivamente en el segundo y tercer rango. Pero hubo una participante con CCO negativo en el primer y tercer rango de edad, respectivamente. En el caso de las participantes con CCO positivo, en el primer rango de edad, la participante 9

muestra un aumento significativo en la frecuencia de actividades instrumentales cognitivas, mientras que en el tercero, la participante 23 muestra una reducción significativa en la frecuencia de este mismo tipo de actividades. En el caso de las participantes con CCO negativo, en el primer rango de edad, la participante 8 muestra un aumento significativo en la frecuencia de actividades instrumentales cognitivas, mientras que en el tercero, la participante 24 también muestra un aumento significativo en este tipo de actividades.

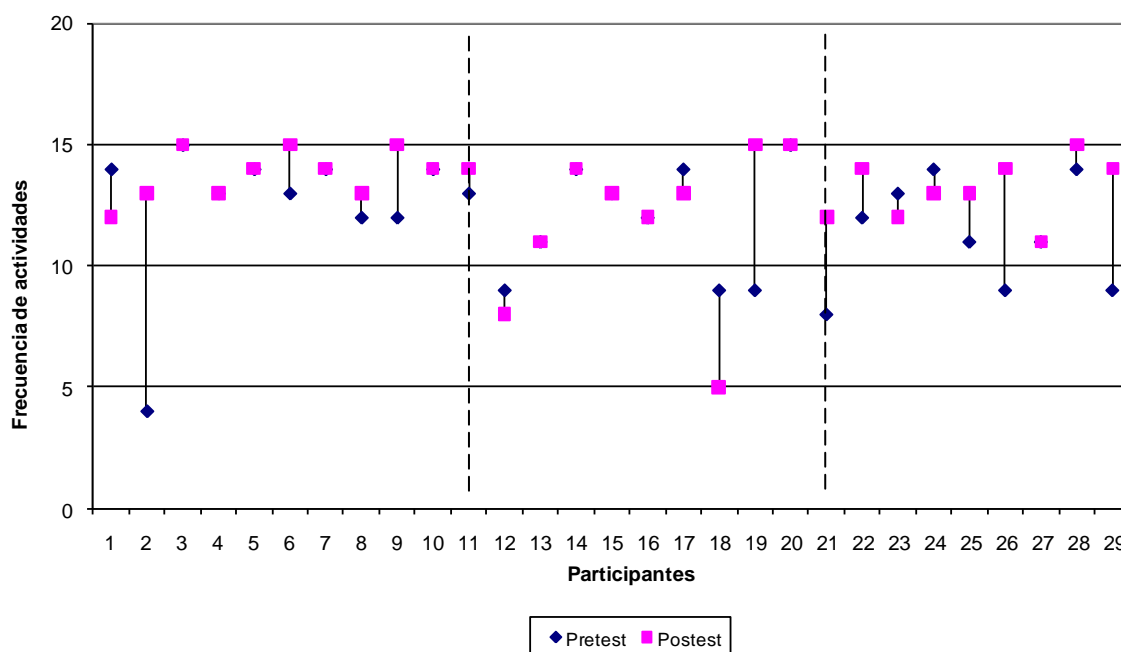


<i>Participante</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
<i>“Pretest”</i>	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	1	3	3	3	
<i>“Posttest”</i>	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	
<i>CCO</i>	0	0	0	0	0	.50*	0	-.33	.50*	0	1*	0	0	0	
<i>Participante</i>	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
<i>“Pretest”</i>	3	3	3	2	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3
<i>“Posttest”</i>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3
<i>CCO</i>	0	0	0	.50*	0	0	0	0	2*	-.33	0	0	0	0	0

\* Participantes que obtuvieron un CCO positivo

Figura 14. Cambios del “pretest” al “posttest” por participante en la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades instrumentales cognitivas (mujeres)

En la Figura 15, referente a la frecuencia de actividades instrumentales del hogar, visualmente se aprecia que predominaron los casos de CCO positivo, con dos participantes en el primer rango de edad (participante 2 y 9), dos en el segundo (participante 19 y 21), y dos en el tercero (participante 26 y 29). Pero hubo un participante con CCO negativo, esto en el segundo rango de edad (participante 18).



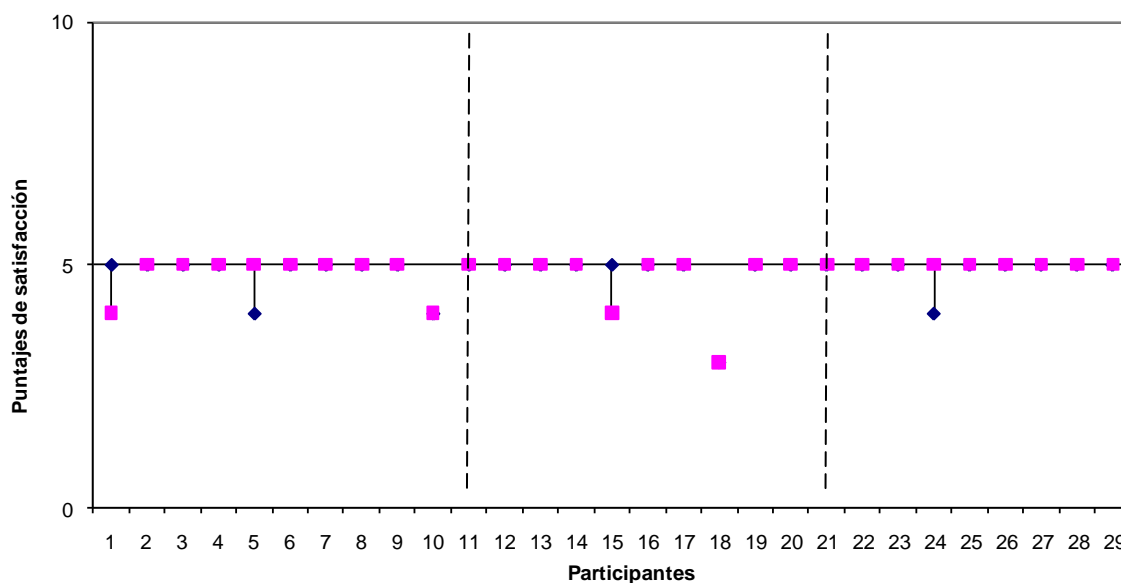
<i>Participante</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
<i>“Pretest”</i>	14	4	15	13	14	13	14	12	12	14	13	9	11	14	
<i>“Posttest”</i>	12	13	15	13	14	15	14	13	15	14	14	8	11	14	
<i>CCO</i>	-.14	2.25*	0	0	0	.15	0	.08	.25*	0	.07	-.11	0	0	
<i>Participante</i>	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
<i>“Pretest”</i>	13	12	14	9	9	15	8	12	13	14	11	9	11	14	9
<i>“Posttest”</i>	13	12	13	5	15	15	12	14	12	13	13	14	11	15	14
<i>CCO</i>	0	0	-.07	-.44	.66*	0	.50*	.16	-.07	-.07	.18	.55*	0	.07	.55*

\* Participantes que obtuvieron un CCO positivo

Figura 15. Cambios del “pretest” al “posttest” por participante en la frecuencia de actividades instrumentales del hogar (mujeres)

En la Figura 16, referente a la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades instrumentales del hogar, visualmente se aprecia que existe una participante con CCO positivo en

el primer y tercer rango de edad, respectivamente. Pero hubo una participante con CCO negativo en el primer y segundo rango de edad, respectivamente. Sin embargo, tanto en el caso de las participantes con CCO positivo, como en las participantes con CCO negativo, no hubo un aumento o reducción significativa en la frecuencia de actividades instrumentales del hogar.



◆ Pretest ■ Postest

<b>Participante</b>	<b>1</b>	2	3	4	<b>5</b>	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<b>"Pretest"</b>	<b>5</b>	5	5	5	<b>4</b>	5	5	5	5	4	5	5	5	5
<b>"Postest"</b>	<b>4</b>	5	5	5	<b>5</b>	5	5	5	5	4	5	5	5	5
<b>CCO</b>	<b>-.20</b>	0	0	0	<b>.25*</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0

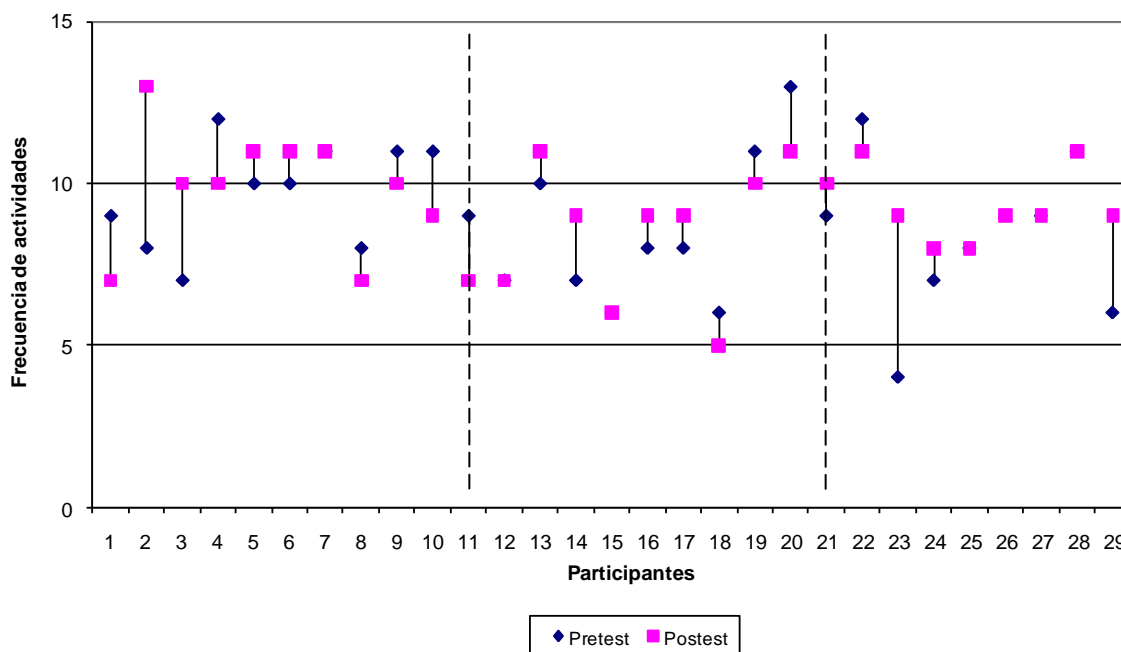
<b>Participante</b>	<b>15</b>	16	17	18	19	20	21	22	23	<b>24</b>	25	26	27	28	29
<b>"Pretest"</b>	<b>5</b>	5	5	3	5	5	5	5	5	<b>4</b>	5	5	5	5	5
<b>"Postest"</b>	<b>4</b>	5	5	3	5	5	5	5	5	<b>5</b>	5	5	5	5	5
<b>CCO</b>	<b>-.20</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>.25*</b>	0	0	0	0	0

\* Participantes que obtuvieron un CCO positivo

Figura 16. Cambios del "pretest" al "postest" por participante en la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades instrumentales del hogar (mujeres)

En la Figura 17, referente a la frecuencia de actividades recreativas solitarias, visualmente se aprecia que predominaron los casos de CCO positivo, con dos participantes en el primer rango de edad (participante 2 y 3), una en el segundo (participante 14), y dos en el tercero (participante

23 y 29). Pero hubo dos participantes con CCO negativo, esto en el primer rango de edad (participante 1 y participante 11).



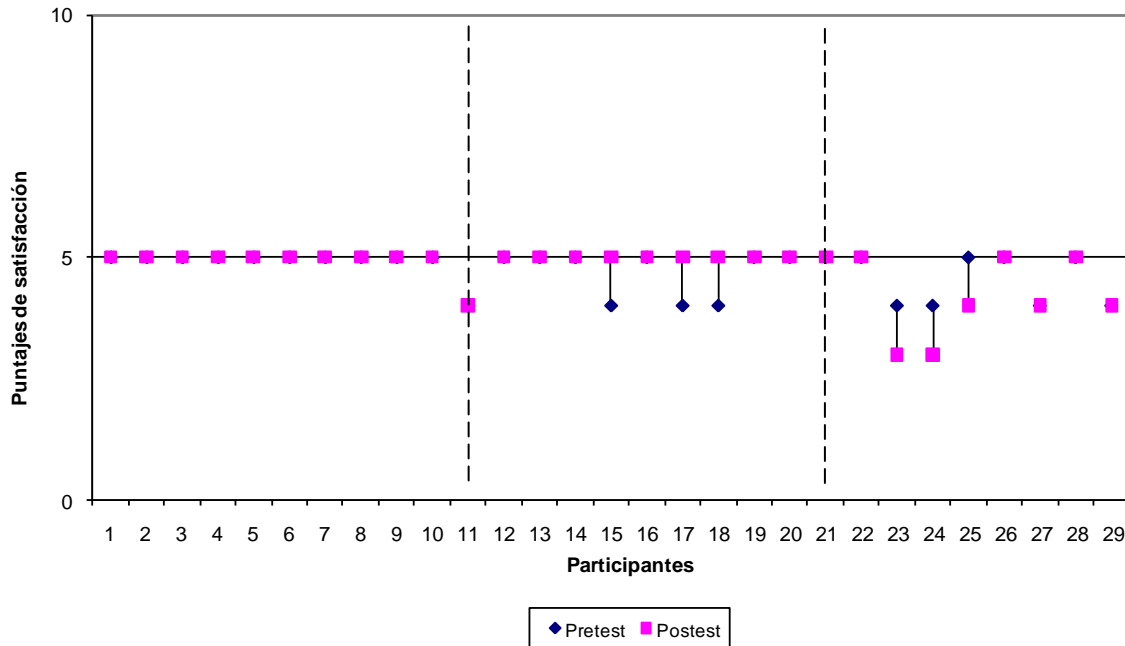
<i>Participante</i>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	
<i>“Pretest”</i>	9	8	7	12	10	10	11	8	11	11	9	7	10	7	
<i>“Posttest”</i>	7	13	10	10	11	11	11	7	10	9	7	7	11	9	
<i>CCO</i>	<b>-.22</b>	<b>.62*</b>	<b>.42*</b>	-.16	.10	.10	0	-.12	-.09	-.18	<b>-.22</b>	0	.10	<b>.28*</b>	
<i>Participante</i>	15	16	17	18	19	20	21	22	<b>23</b>	24	25	26	27	28	<b>29</b>
<i>“Pretest”</i>	6	8	8	6	11	13	9	12	<b>4</b>	7	8	9	9	11	<b>6</b>
<i>“Posttest”</i>	6	9	9	5	10	11	10	11	<b>9</b>	8	8	9	9	11	<b>9</b>
<i>CCO</i>	0	.12	.12	-.16	-.09	-.15	.11	-.08	<b>1.25*</b>	.14	0	0	0	0	<b>.50*</b>

\* Participantes que obtuvieron un CCO positivo

Figura 17. Cambios del “pretest” al “posttest” por participante en la frecuencia de actividades recreativas solitarias (mujeres)

En la Figura 18, referente a la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades solitarias, visualmente se aprecia que existen tres participantes con CCO positivo en el segundo rango de edad, pero también hay tres participantes con CCO negativo en el tercer rango de edad. En el caso de las participantes con CCO positivo, en el segundo rango de edad (participante 15, 17 y 18), ninguna muestra un aumento o reducción significativa en la frecuencia de actividades

solitarias. En el caso de las participantes con CCO negativo, en el tercer rango de edad, la participante 23 muestra un aumento significativo en la frecuencia de actividades solitarias.

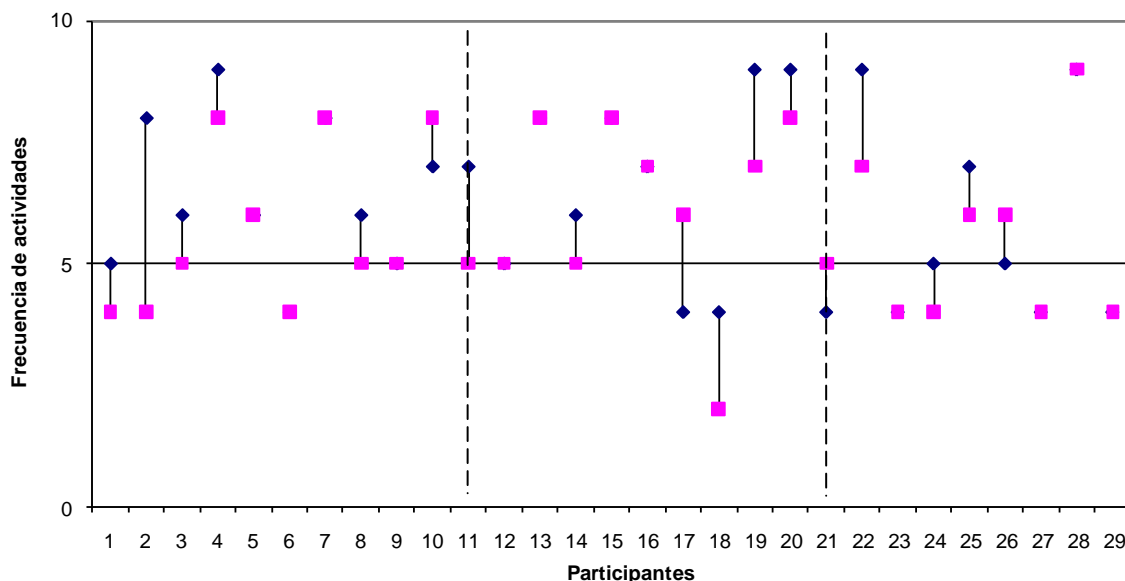


<i>Participante</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
<i>“Pretest”</i>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	
<i>“Postest”</i>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	
<i>CCO</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<i>Participante</i>	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
<i>“Pretest”</i>	4	5	4	4	5	5	5	5	4	4	5	5	4	5	4
<i>“Postest”</i>	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	4	5	4	5	4
<i>CCO</i>	.25*	0	.25*	.25*	0	0	0	0	-.25	-.25	-.20	0	0	0	0

\* Participantes que obtuvieron un CCO positivo

Figura 18. Cambios del “pretest” al “postest” por participante en la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades recreativas solitarias (mujeres)

En la Figura 19, referente a la frecuencia de actividades sociales informales, visualmente se aprecia que predominaron los casos de CCO negativo, con tres participantes en el primer rango de edad (participante 1, 2 y 11), dos en el segundo (participante 18 y 19), y dos en el tercero (participante 22 y 24). Pero hubo dos participantes con CCO positivo, esto en el segundo rango de edad (participante 17 y 21), y una en el tercero (participante 26).



Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
"Pretest"	5	8	6	9	6	4	8	6	5	7	7	5	8	6
"Posttest"	4	4	5	8	6	4	8	5	5	8	5	5	8	5
CCO	<b>-0.20</b>	<b>-0.50</b>	-0.16	-0.11	0	0	0	-0.16	0	.14	<b>-0.28</b>	0	0	-0.16

Participante	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
"Pretest"	8	7	4	4	9	9	4	9	4	5	7	5	4	9	4
"Posttest"	8	7	6	2	7	8	5	7	4	4	6	6	4	9	4
CCO	0	0	<b>.50*</b>	<b>-.50</b>	<b>-.22</b>	-0.11	<b>.25*</b>	<b>-.22</b>	0	<b>-.20</b>	-0.14	<b>.20*</b>	0	0	0

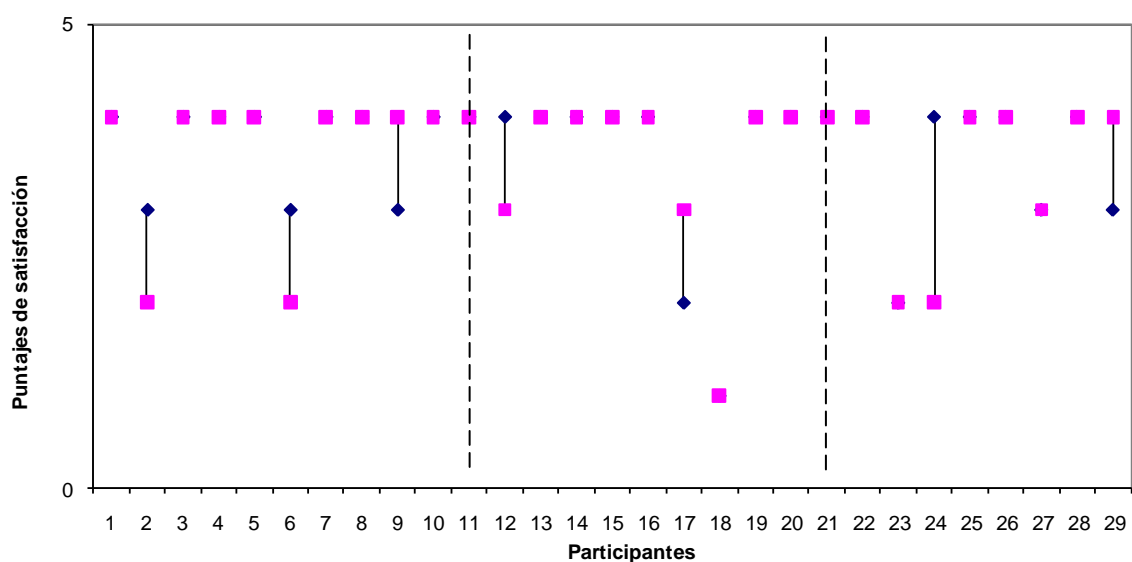
\* Participantes que obtuvieron un CCO positivo

Figura 19. Cambios del "pretest" al "posttest" por participante en la frecuencia de actividades sociales informales (mujeres)

En la Figura 20, referente a la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades sociales informales, visualmente se aprecia que existen dos participantes con CCO negativo en el primer rango de edad, y una participante en el segundo y tercer rango, respectivamente. Pero hubo una participante con CCO positivo en el primer, segundo y tercer rango de edad, respectivamente. En el caso de las participantes con CCO negativo, en el primer rango de edad, la participante 2 muestra una reducción significativa en la frecuencia de actividades sociales informales, mientras que en el tercero, la participante 24 también muestra una reducción significativa en la frecuencia



de este mismo tipo de actividades. En el caso de las participantes con CCO positivo, en el segundo rango de edad, la participante 17 muestra un incremento significativo en la frecuencia de actividades sociales informales.



	<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <span style="color: blue;">◆</span> Pretest                     <span style="color: magenta;">■</span> Posttest                 </div>														
<b>Participante</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
<b>“Pretest”</b>	4	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	
<b>“Posttest”</b>	4	2	4	4	4	2	4	4	4	4	4	3	4	4	
<b>CCO</b>	0	-.33	0	0	0	-.33	0	0	.33*	0	0	-.25	0	0	
<b>Participante</b>	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
<b>“Pretest”</b>	4	4	2	1	4	4	4	4	2	4	4	4	3	4	3
<b>“Posttest”</b>	4	4	3	1	4	4	4	4	2	2	4	4	3	4	4
<b>CCO</b>	0	0	.50*	0	0	0	0	0	0	-.50	0	0	0	0	.33*

\* Participantes que obtuvieron un CCO positivo

Figura 20. Cambios del “pretest” al “posttest” por participante en la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades sociales informales (mujeres)

A continuación se muestra una tabulación cruzada de los CCO en frecuencia de actividades y satisfacción ante dicha frecuencia, por cada participante del curso-taller, en cada dimensión del INACVIDIAM en su versión femenina (Tabla 17).

Tabla 17. Tabulación de CCO en frecuencia de actividades y satisfacción por dimensiones del INACVIDIAM (mujeres)

Participantes	Tipo de actividades										
	AIH <sup>1</sup>		ASI <sup>2</sup>		ARS <sup>3</sup>		AIC <sup>4</sup>		ASF <sup>5</sup>		
	F	S	F	S	F	S	F	S	F	S	
1	-	↓	↓	-	↓	-	-	-	-	-	-
2*	↑	-	↓	↓	↑	-	-	-	↓	↓	
3	-	-	-	-	↑	-	-	-	↓	-	
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
5	-	↑	-	-	-	-	↓	-	-	-	
6	-	-	-	↓	-	-	-	↑	↓	-	
7	-	-	-	-	-	-	↑	-	-	-	
8*	-	-	-	-	-	-	↑	↓	↑	-	
9*	↑	-	-	↑	-	-	↑	↑	-	-	
10	-	-	-	-	-	-	↓	-	-	-	
11	-	-	↓	-	↓	-	-	↑	↑	-	
12	-	-	-	↓	-	-	↓	-	↑	-	
13	-	-	-	-	-	-	↑	-	↓	-	
14	-	-	-	-	↑	-	↓	-	-	↓	
15	-	-	-	-	-	↑	-	-	↓	-	
16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
17*	-	-	↑	↑	-	↑	↑	-	↑	-	
18	↓	-	↓	-	-	↑	-	↑	↑	↑	
19*	↑	-	↓	-	-	-	↑	-	-	-	
20	-	-	-	-	-	-	↓	-	↑	-	
21*	↑	-	↑	-	-	-	-	-	↑	-	
22	-	-	↓	-	-	-	-	-	-	-	
23*	-	-	-	-	↑	↓	↓	↑	↑	↑	
24	-	↑	↓	↓	-	↓	↑	↓	-	↓	
25*	-	-	-	-	-	↓	↑	-	↑	-	
26*	↑	-	↑	-	-	-	-	-	↑	-	
27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
29*	↑	-	-	↑	↑	-	-	-	↑	-	

\* Participantes con cambios positivos mayores en su frecuencia total de actividades

F = Frecuencia; S = Satisfacción; ↑ CCO positivo; ↓ CCO negativo; - Sin CCO

<sup>1</sup> Actividades instrumentales del hogar

<sup>2</sup> Actividades sociales informales

<sup>3</sup> Actividades recreativas solitarias

<sup>4</sup> Actividades instrumentales cognitivas

<sup>5</sup> Actividades sociales formales

La Tabla 17 muestra que en cuanto a la frecuencia de actividades de la vida diaria por participante en el grupo, considerando un CCO positivo en dos o más dimensiones del INACVIDIAM, se dio un cambio mayor en la frecuencia de actividades en diez de las participantes (participante 2, 8, 9, 17, 19, 21, 23, 25, 26 y 29). Tres de estas participantes están el primer y segundo rango de edad, respectivamente, mientras que cuatro están en el tercero (la mitad de las mayores del grupo).

La mayor cantidad de CCO positivo se dio en la dimensión de actividades sociales formales, con dos participantes en el primer rango de edad, cinco en el segundo y cuatro en el tercero, seguida de la dimensión de actividades instrumentales cognitivas, con tres participantes en el primer y segundo rango de edad, respectivamente, y dos participantes en el tercero. La mayor cantidad de CCO negativo se dio en la dimensión de actividades sociales informales, con tres participantes en el primer rango de edad, y dos en el segundo y tercero, respectivamente.

Observando de nuevo la Tabla 17, se puede ver que de las diez participantes en que se dio un aumento mayor en términos de la frecuencia de actividades de la vida diaria, tomando en cuenta un CCO positivo en dos o más dimensiones del INACVIDIAM, tres participantes (9, 17 y 23) aumentaron significativamente su satisfacción ante el aumento de su frecuencia en actividades instrumentales cognitivas, actividades sociales formales y actividades sociales informales.

Además, en la participante 2 se observa una relación directamente proporcional entre la disminución de actividades sociales informales y de actividades sociales formales, y la disminución de la satisfacción en estas dos dimensiones. La participante 18 muestra un aumento en las actividades sociales formales, respectivamente, con un aumento también en la satisfacción en dicha dimensión. Por último, la participante 24 muestra una reducción en las actividades sociales informales, con una reducción de la satisfacción en dicha dimensión.

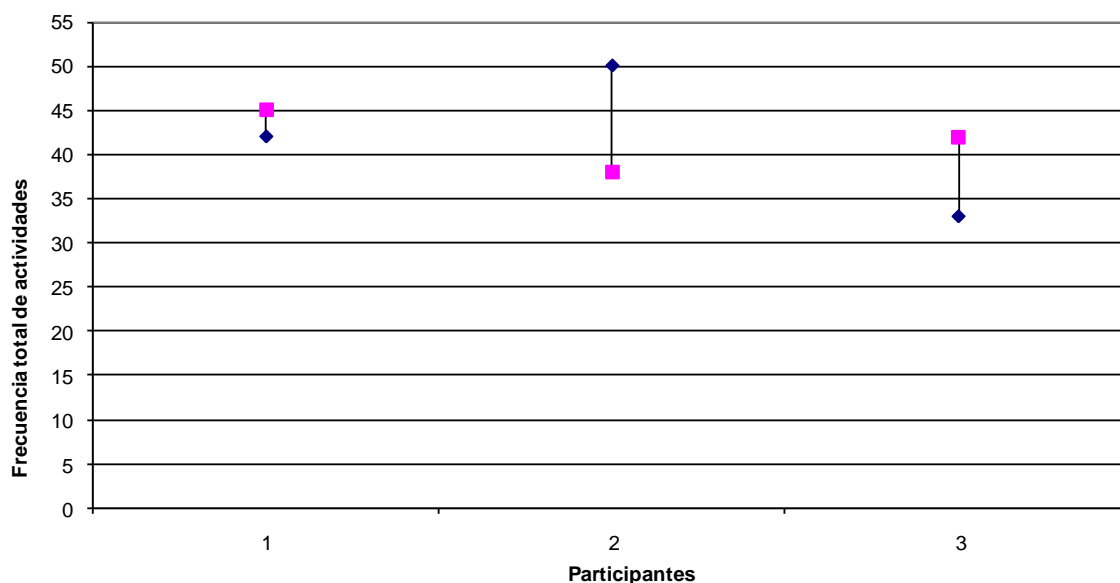
De igual manera, las participantes 2, 9, 19, 21, 26 y 29, presentan un aumento en la frecuencia de actividades instrumentales del hogar, sin aumentar la satisfacción asociada a dicha frecuencia. En el mismo sentido, la participante 18 presenta una disminución en la frecuencia de estas actividades, sin reducir la satisfacción asociada a dicha frecuencia. Similarmente, las participantes 2, 3, 14 y 29, presentan un aumento en la frecuencia de actividades recreativas solitarias, sin aumentar la satisfacción asociada a dicha frecuencia. En el mismo sentido, las participantes 1 y 11, presentan una disminución en la frecuencia de estas actividades, sin reducir la satisfacción asociada a dicha frecuencia.

Todos los análisis anteriores, se hicieron con el total de las mujeres participantes del curso-taller, obedeciendo al hecho de que el INACVIDIAM tiene dos versiones, una femenina y una masculina; sin embargo, también participaron tres hombres en el curso-taller, por lo que se llevaron a cabo análisis semejantes a los anteriores, pero específicamente con los hombres. El participante 1 se ubica en el primer rango de edad, y el participante 2 y 3 en el segundo.

Con respecto al análisis individual sobre la frecuencia total de actividades de la vida diaria, y con base en la versión masculina del INACVIDIAM, utilizando el total de los reactivos que cuestionan al participante “qué tan seguido” lleva a cabo diversas actividades, con una escala de cuatro puntos que va desde “Nunca” a “Todos los días”, en la Figura 21 visualmente se aprecia que los dos participantes del segundo rango de edad (participante 2 y 3), presentaron un CCO negativo y un CCO positivo, respectivamente.

De igual manera, y con respecto al análisis sobre la satisfacción total asociada a la frecuencia total de actividades de la vida diaria, en base a la misma versión masculina del INACVIDIAM, utilizando el total de los reactivos que cuestionan al participante si está satisfecho por llevar a cabo con determinada frecuencia las actividades de la vida diaria, con una escala de respuestas de dos puntos, Sí y No, En la Figura 22, referente a la satisfacción total

asociada a la frecuencia total de actividades en el INACVIDIAM, visualmente se aprecia que no hubo un aumento o reducción significativa en la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades de la vida diaria en ninguno de los dos rangos de edad en los participantes del curso-taller.



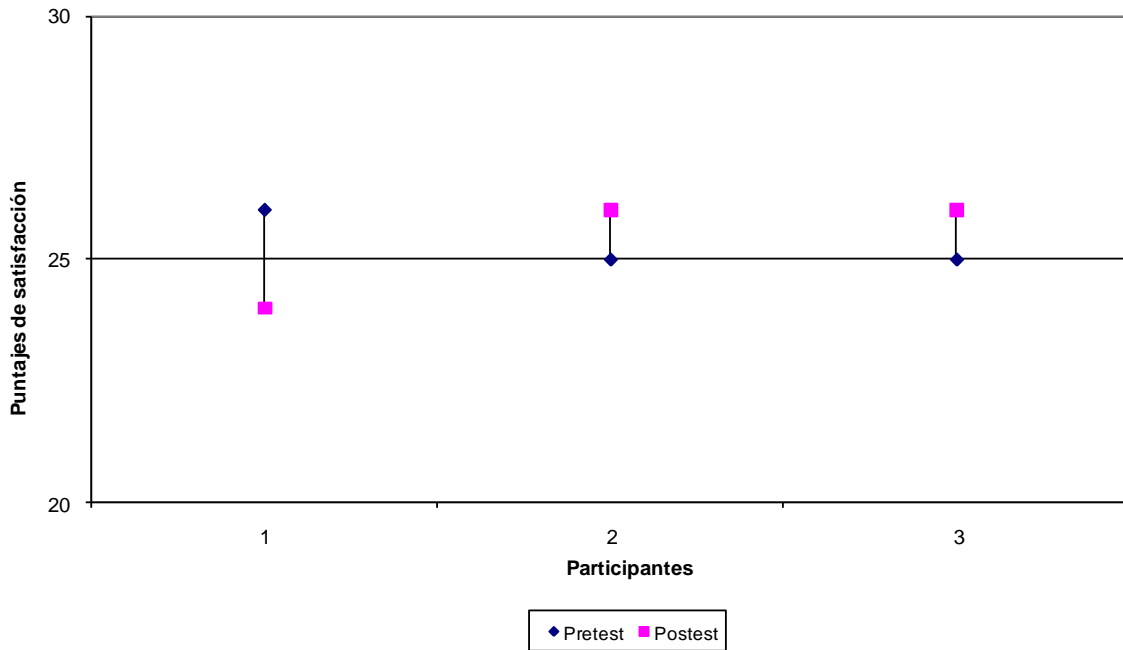
	1	2	3
<b>“Pretest”</b>	42	50	33
<b>“Posttest”</b>	45	38	42
<b>CCO</b>	.07	-.24	.27*

\* Participantes que obtuvieron un CCO positivo

Figura 21. Cambios del “pretest” al “posttest” por participante en la frecuencia total de actividades en el INACVIDIAM (hombres)

Sin embargo, es meritorio recordar que el INACVIDIAM, en su versión masculina, está conformado por las siguientes dimensiones: “Actividades instrumentales físicas”, “Actividades instrumentales del hogar”, “Actividades instrumentales cognitivas”, “Actividades sociales informales” y “Actividades sociales formales”, por lo que también se hizo un análisis individual por dimensiones en el INACVIDIAM en su versión masculina, del comportamiento de los

puntajes de frecuencia de actividades de la vida diaria, y de la satisfacción asociada a dicha frecuencia, esto para identificar cuál de los rangos diferentes de edad dentro del grupo de los participantes del curso-taller presentó más cambios, así como ver también los casos individuales que mostraron modificaciones.



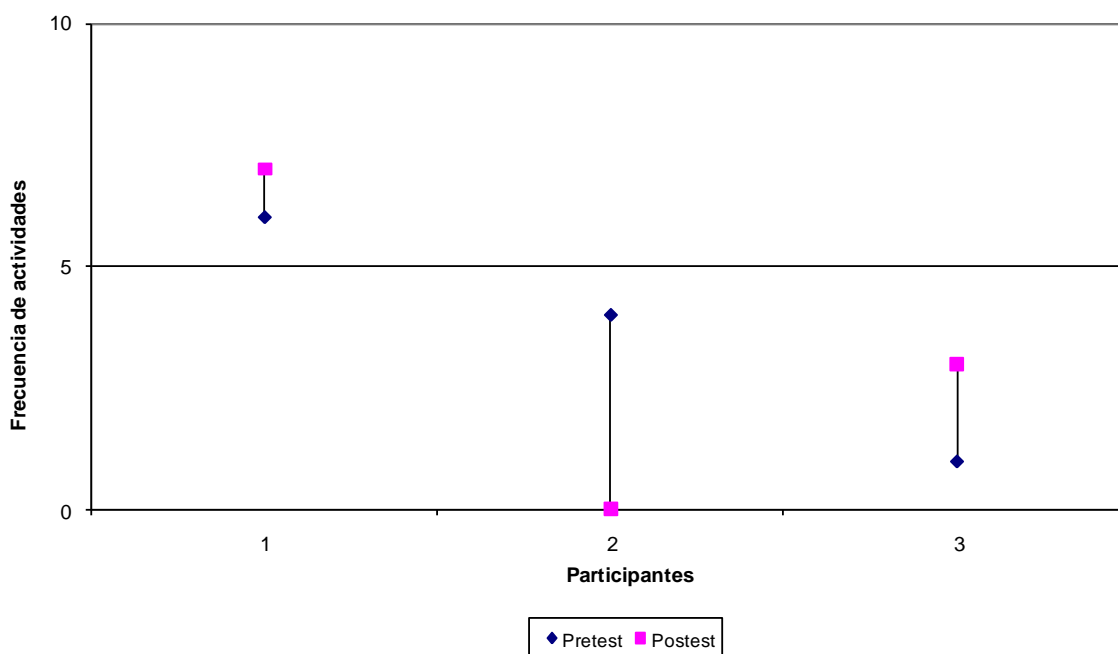
<i>Participante</i>	1	2	3
<i>“Pretest”</i>	26	25	25
<i>“Postest”</i>	24	26	26
<i>CCO</i>	-.07	.04	.04

\* Participantes que obtuvieron un CCO positivo

Figura 22. Cambios del “pretest” al “postest” por participante en la satisfacción total asociada a la frecuencia total de actividades en el INACVIDIAM (hombres)

En la Figura 23, referente a la frecuencia de actividades instrumentales físicas, visualmente se aprecia que los dos participantes del segundo rango de edad (participante 2 y 3), presentaron un CCO negativo y un CCO positivo, respectivamente. En la Figura 24, referente a la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades instrumentales físicas, visualmente se aprecia que los dos participantes del segundo rango de edad presentan un CCO positivo. En el caso de

estos participantes, el participante 2 muestra una reducción significativa en la frecuencia de actividades instrumentales físicas, mientras que el participante 3 muestra un aumento significativo en este tipo de actividades.



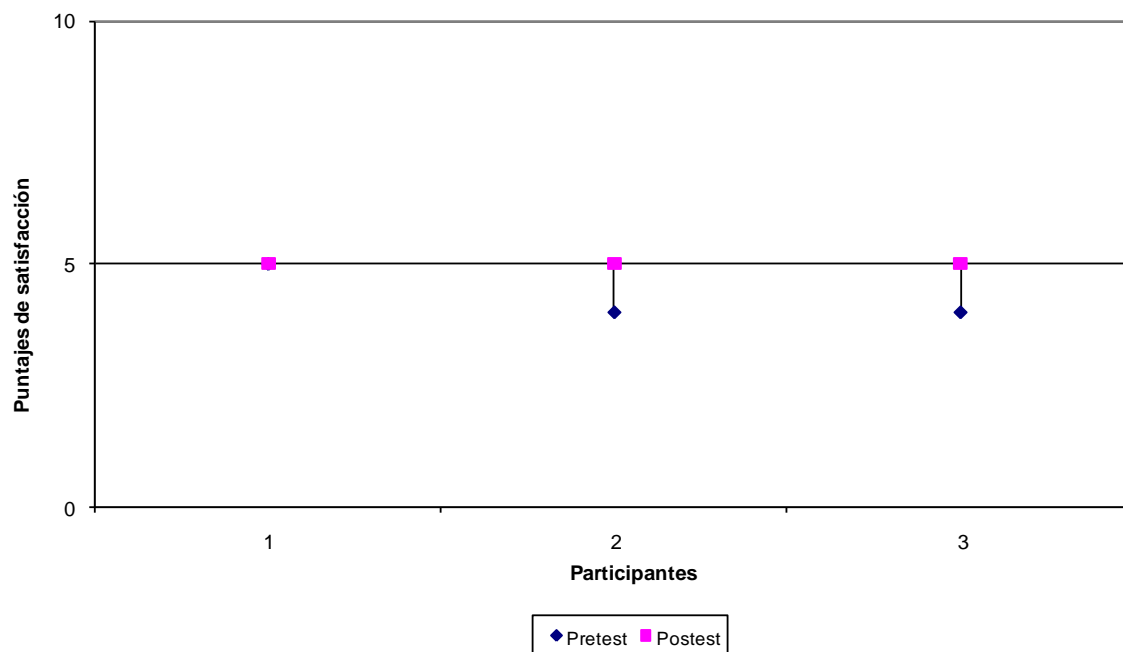
<i>Participante</i>	1	2	3
<i>“Pretest”</i>	6	4	1
<i>“Posttest”</i>	7	0	3
<i>CCO</i>	.16	-1	2*

\* Participantes que obtuvieron un CCO positivo

Figura 23. Cambios del “pretest” al “posttest” por participante en la frecuencia de actividades instrumentales físicas (hombres)

En la Figura 25, referente a la frecuencia de actividades instrumentales del hogar, visualmente se aprecia que los dos participantes del segundo rango de edad (participante 2 y 3), presentaron un CCO negativo y un CCO positivo, respectivamente. En la Figura 26, referente a la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades instrumentales del hogar, visualmente se aprecia que existe un participante con CCO negativo en el primer rango de edad. En el caso de

este participante con CCO negativo (participante 1), este no muestra un aumento o reducción significativa en la frecuencia de actividades instrumentales del hogar.



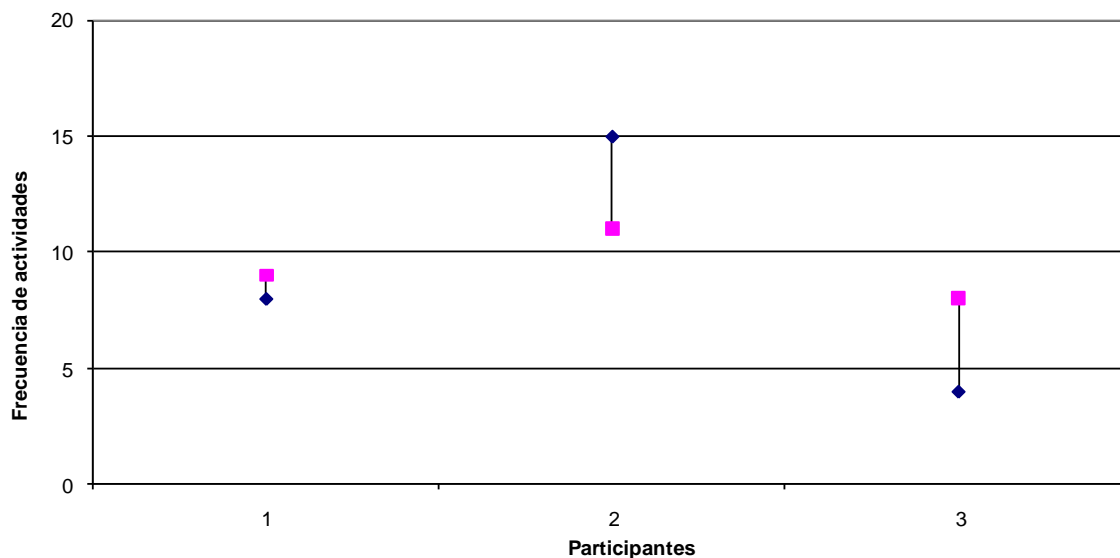
<i>Participante</i>	1	2	3
<i>“Pretest”</i>	5	4	4
<i>“Postest”</i>	5	5	5
<i>CCO</i>	0	.25*	.25*

\* Participantes que obtuvieron un CCO positivo

Figura 24. Cambios del “pretest” al “postest” por participante en la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades instrumentales físicas (hombres)

En la Figura 27, referente a la frecuencia de actividades cognitivas, visualmente se aprecia que uno de los participantes del segundo rango de edad (participante 3), presenta un CCO positivo. En la Figura 28, referente a la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades instrumentales cognitivas, visualmente se aprecia que un participante del primer rango de edad presenta un CCO negativo. En el caso de este participante con CCO negativo (participante 1), este no muestra un aumento o reducción significativa en la frecuencia de actividades instrumentales cognitivas.





<i>Participante</i>	1	2	3
<i>“Pretest”</i>	8	15	4
<i>“Postest”</i>	9	11	8
<i>CCO</i>	.12	-.26	1*

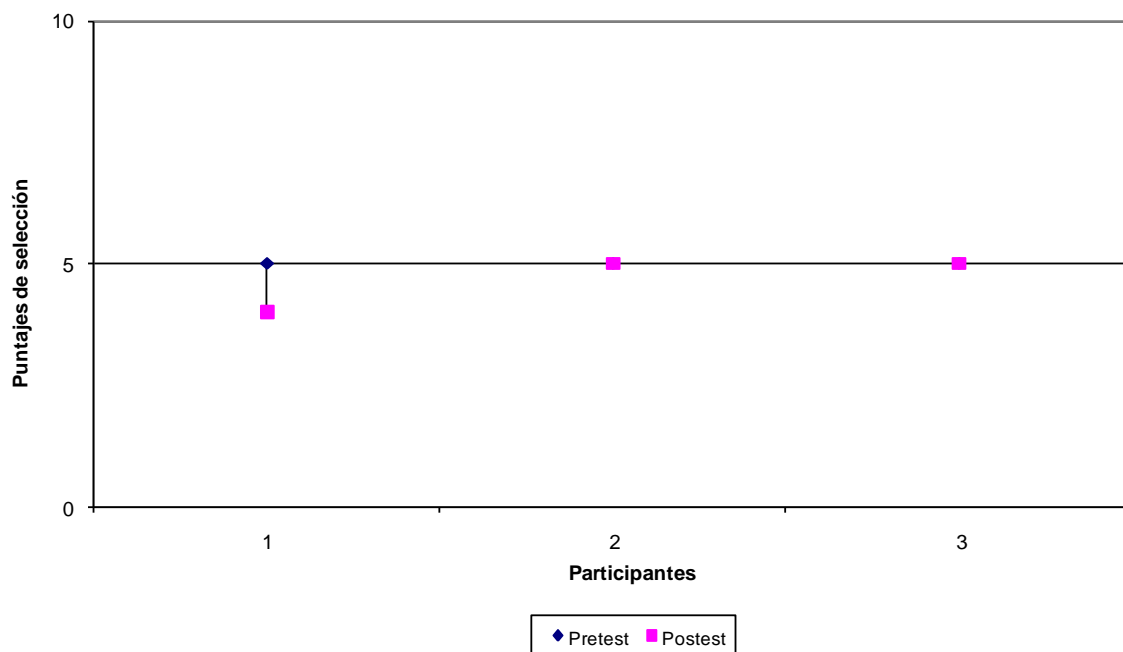
\* *Participantes que obtuvieron un CCO positivo*

Figura 25. Cambios del “pretest” al “postest” por participante en la frecuencia de actividades instrumentales del hogar (hombres)

En la Figura 29, referente a la frecuencia de actividades sociales informales, visualmente se aprecia que ninguno de los tres participantes, en ambos rangos de edad, presentó CCO. En la Figura 30, referente a la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades sociales informales, visualmente se aprecia que ninguno de los tres participantes, en ambos rangos de edad, presentó CCO.

En la Figura 31, referente a la frecuencia de actividades sociales formales, visualmente se aprecia que uno de los participantes del segundo rango de edad (participante 2), presentó un CCO negativo. En la Figura 32, referente a la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades sociales formales, visualmente se aprecia que los tres participantes, en ambos rangos de edad,

mostraron un CCO positivo. Específicamente el participante 2, muestra una reducción significativa en la frecuencia de actividades sociales formales.

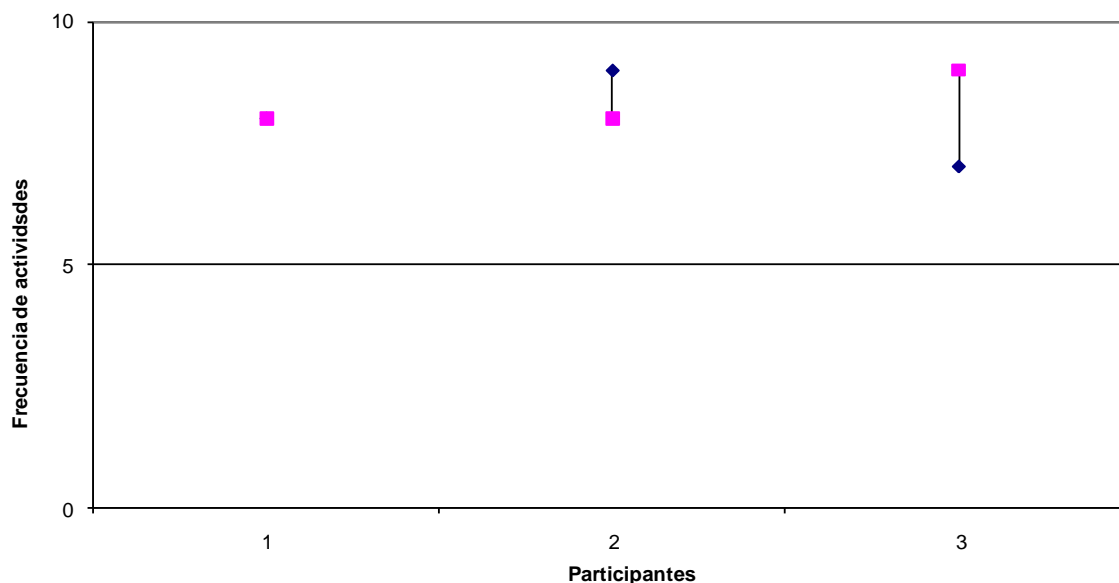


<i>Participante</i>	<b>1</b>	2	3
<i>“Pretest”</i>	<b>5</b>	5	5
<i>“Posttest”</i>	<b>4</b>	5	5
<i>CCO</i>	<b>-.20</b>	0	0

\* Participantes que obtuvieron un CCO positivo

Figura 26. Cambios del “pretest” al “posttest” por participante en la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades instrumentales del hogar (hombres)

La Tabla 18 muestra una tabulación cruzada de los CCO en frecuencia de actividades y satisfacción ante dicha frecuencia, por cada participante del curso-taller, en cada dimensión del INACVIDIAM en su versión masculina. Se observa que en cuanto a la frecuencia de actividades de la vida diaria por participante en el grupo, considerando un CCO positivo en dos o más dimensiones del INACVIDIAM, se dio un cambio mayor en la frecuencia de actividades en el participante 3, el cual se ubica en el segundo rango de edad.

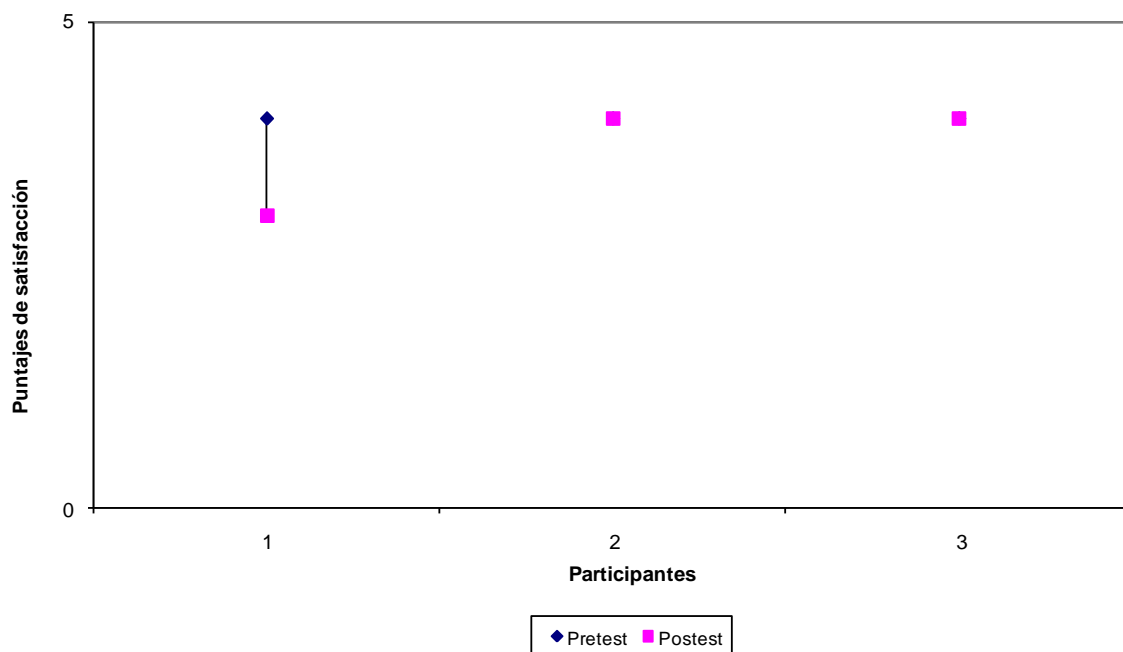


<i>Participante</i>	1	2	3
<i>“Pretest”</i>	8	9	7
<i>“Posttest”</i>	8	8	9
<i>CCO</i>	0	-.11	.28*

\* Participantes que obtuvieron un CCO positivo

Figura 27. Cambios del “pretest” al “posttest” por participante en la frecuencia de actividades instrumentales cognitivas (hombres)

En este participante, el CCO positivo se dio en las dimensiones de actividades instrumentales físicas, actividades instrumentales del hogar y actividades instrumentales cognitivas. No se observa una relación directamente proporcional entre el aumento de las actividades instrumentales y de las actividades instrumentales del hogar, con un aumento en la satisfacción asociada a dicha frecuencia en ambas dimensiones. Sólo se observa un aumento en las actividades instrumentales físicas y un aumento en la satisfacción asociada a dicha frecuencia en este tipo de actividades.



<i>Participante</i>	1	2	3
<i>“Pretest”</i>	4	4	4
<i>“Posttest”</i>	3	4	4
<i>CCO</i>	<b>-0.25</b>	0	0

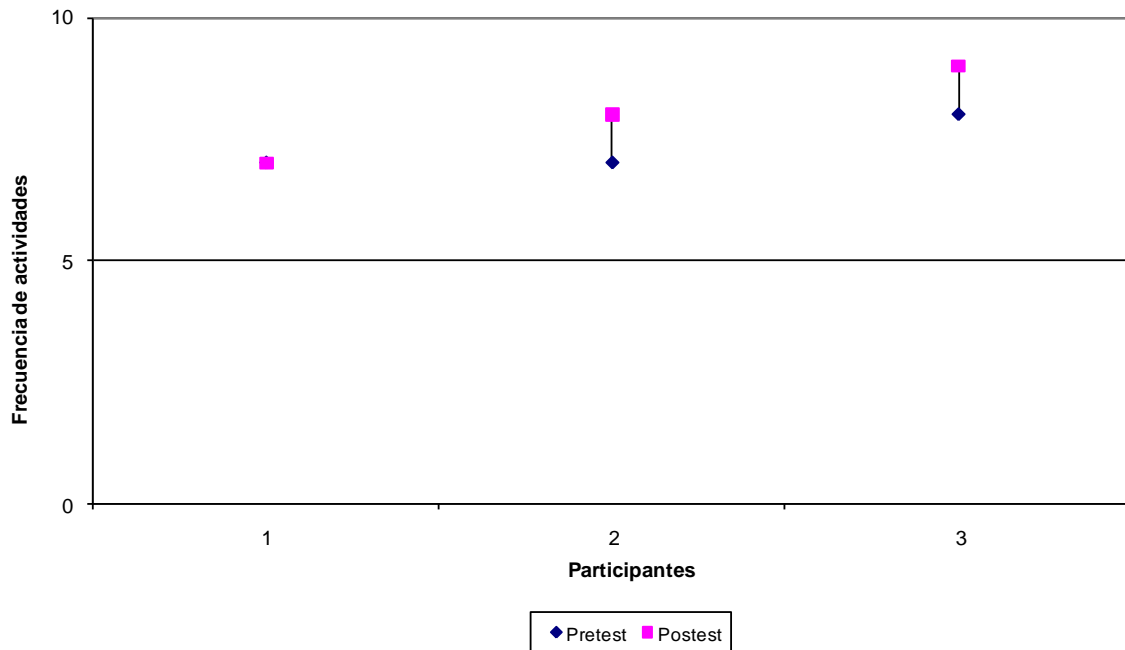
\* Participantes que obtuvieron un CCO positivo

Figura 28. Cambios del “pretest” al “posttest” por participante en la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades instrumentales cognitivas (hombres)

Tabla 18. Tabulación de CCO en frecuencia de actividades y satisfacción por dimensiones del INACVIDIAM (hombres)

<i>Tipo de actividades</i>	<b>Participantes</b>					
	<i>1</i>		<i>2</i>		<i>3*</i>	
	<i>F</i>	<i>S</i>	<i>F</i>	<i>S</i>	<i>F</i>	<i>S</i>
<i>Actividades instrumentales físicas</i>	-	-	↓	↑	↑	↑
<i>Actividades instrumentales del hogar</i>	-	↓	↓	-	↑	-
<i>Actividades instrumentales cognitivas</i>	-	↓	-	-	↑	-
<i>Actividades sociales informales</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Actividades sociales formales</i>	-	↑	↓	↑	-	↑

\* Participantes con cambios positivos mayores en su frecuencia total de actividades  
*F* = Frecuencia; *S* = Satisfacción; ↑ CCO positivo; ↓ CCO negativo; - Sin CCO



<i>Participante</i>	1	2	3
<i>“Pretest”</i>	7	7	8
<i>“Posttest”</i>	7	8	9
<i>CCO</i>	0	.14	.12

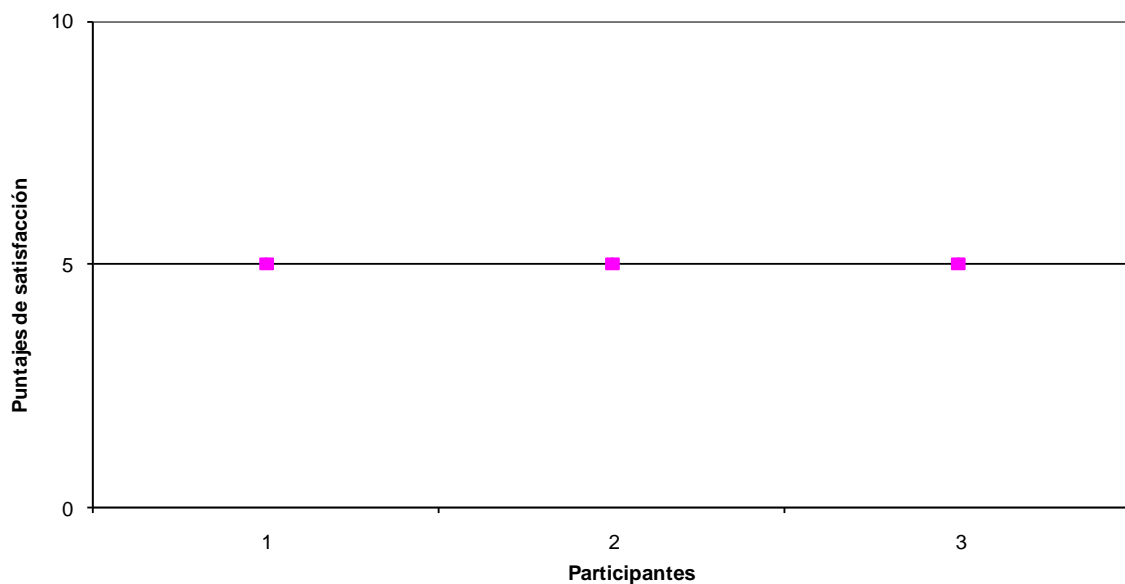
\* Participantes que obtuvieron un CCO positivo

Figura 29. Cambios del “pretest” al “posttest” por participante en la frecuencia de actividades sociales informales (hombres)

Finalmente, la pregunta de investigación en este estudio también cuestiona sobre cuáles son los efectos de este curso-taller sobre la presencia de síntomas de depresión y la intensidad de síntomas de ansiedad en adultos mayores, donde se planteó la hipótesis de que si se aplicaba dicho curso-taller, entonces disminuiría la presencia de síntomas de depresión y la intensidad de síntomas de ansiedad en los participantes.

Con respecto al análisis sobre la presencia de síntomas de depresión en los 32 participantes del curso-taller, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage utilizada señala un punto de corte igual o mayor a cinco síntomas para indicar un estado depresivo en el sujeto. La Figura 33 muestra visualmente, el cambio en el número de síntomas depresivos del “pretest” al

“*postest*” en cada participante. Se observa que 21 participantes permanecieron con un número menor de cinco síntomas depresivos, mientras que siete participantes permanecieron con un número igual o mayor de cinco síntomas depresivos, aunque dos de ellos redujeron siete y cuatro síntomas depresivos, respectivamente, sin llegar por debajo de los cinco síntomas. Un participante con más de cinco síntomas, redujo el número de éstos a menos de cinco, y tres participantes con menos de cinco síntomas, aumentaron el número de estos a cinco o más. Cabe mencionar que de los diez participantes que informaron cinco o más síntomas depresivos en el “*postest*”, seis no mostraron cambios significativos positivos en la frecuencia de actividades de la vida diaria.

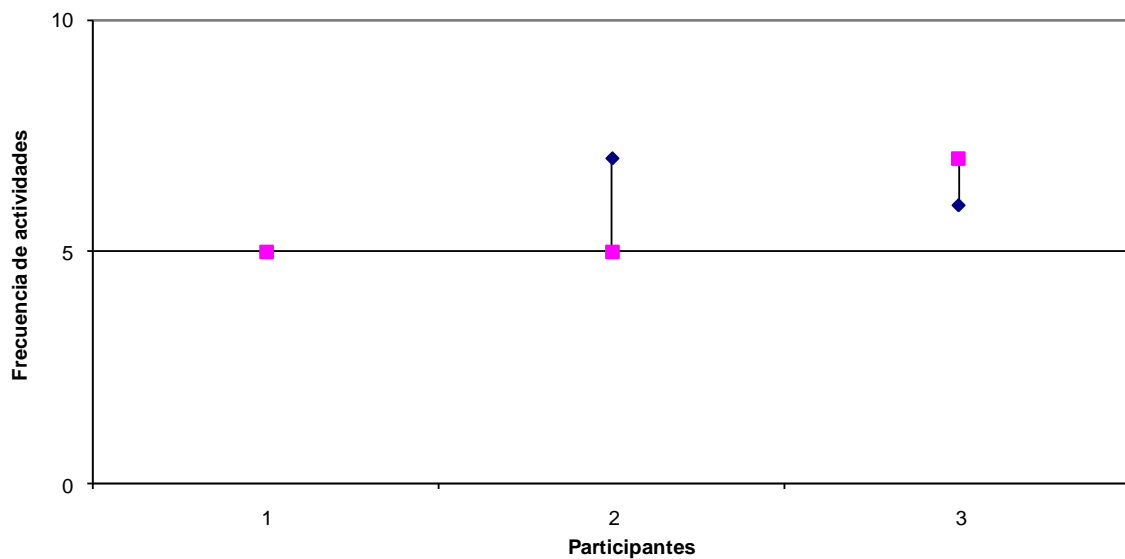


	◆ Pretest	■ Postest	
<b><i>Participante</i></b>	1	2	3
<b><i>“Pretest”</i></b>	5	5	5
<b><i>“Postest”</i></b>	5	5	5
<b><i>CCO</i></b>	0	0	0

\* *Participantes que obtuvieron un CCO positivo*

Figura 30. Cambios del “*pretest*” al “*postest*” por participante en la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades sociales informales (hombres)

En relación al análisis de la intensidad de síntomas de ansiedad, utilizando para ello el Inventario de Ansiedad de Beck, el cual se modificó de 21 a 23 reactivos, y cuyas opciones de respuesta que van de “Poco o nada” a “Severamente”, se modificaron de “Nada” a “Mucho”, con calificaciones que van de un nivel de ansiedad “Mínima” a un nivel de ansiedad “Severa”, se comparó a través de la prueba *t* para muestras relacionadas, la media del puntaje total de la intensidad de síntomas de ansiedad en el “*pretest*”, con la media del puntaje total de la intensidad de síntomas de ansiedad en el “*postest*”. En la Tabla 19 se muestran los resultados de dicho análisis, los cuales indican que hubo un incremento significativo en la media de la intensidad de síntomas de ansiedad del “*postest*” con respecto al “*pretest*”.



<i>Participante</i>	1	2	3
<i>“Pretest”</i>	5	7	6
<i>“Postest”</i>	5	5	7
<i>CCO</i>	0	-.28	.16

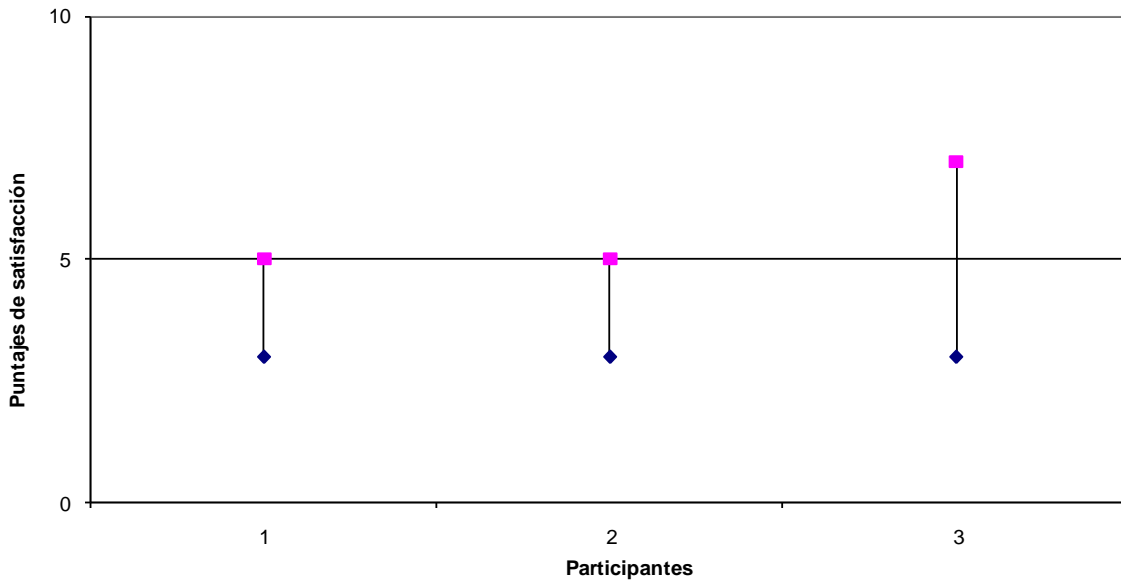
\* *Participantes que obtuvieron un CCO positivo*

Figura 31. Cambios del “*pretest*” al “*postest*” por participante en la frecuencia de actividades sociales formales (hombres)

Tabla 19. Comparación de medias de intensidad de síntomas de ansiedad (n=32)

Medición	Media(D.E)	t
Pretest	15.75(12.25)	-2.646*
Postest	20.28(14.24)	

\*  $p < .05$



◆ Pretest    ■ Postest

Participante	1	2	3
“Pretest”	3	3	3
“Postest”	5	5	7
CCO	.66*	.66*	1.33*

\* Participantes que obtuvieron un CCO positivo

Figura 32. Cambios del “pretest” al “postest” por participante en la satisfacción asociada a la frecuencia de actividades sociales formales (hombres)

La Figura 34 muestra visualmente, el cambio en la intensidad de síntomas de ansiedad del “pretest” al “postest” en cada participante. Se observa que cuatro participantes permanecieron en un nivel de ansiedad mínima, y tres participantes pasaron de un nivel mínimo a leve, de leve a mínimo, y permanecieron en leve, respectivamente. Se observa también que seis participantes pasaron de un nivel leve a moderado, siete permanecieron en un nivel moderado, y uno pasó de



nivel mínimo a moderado. Cuatro participantes pasaron de un nivel moderado a severo, y finalmente un participante se mantuvo en nivel severo. Cabe mencionar que de los 19 participantes que informaron un nivel de ansiedad moderado o mayor en el “*postest*”, 13 no mostraron cambios significativos positivos en la frecuencia de actividades de la vida diaria.

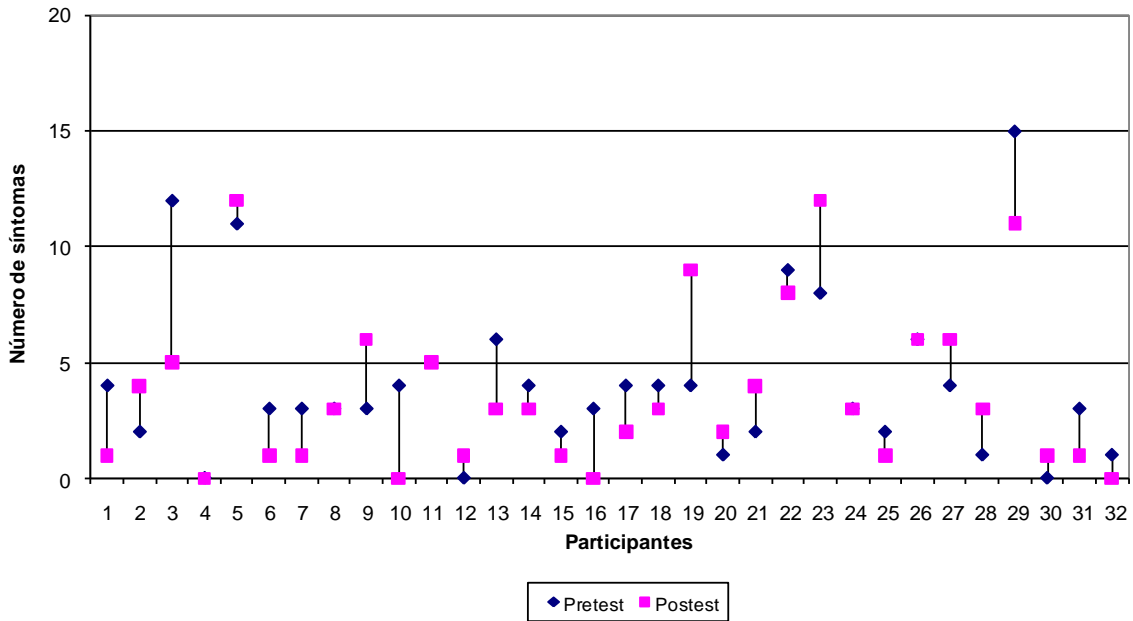


Figura 33. Presencia de síntomas depresivos del “*pretest*” al “*postest*” en los participantes del curso-taller

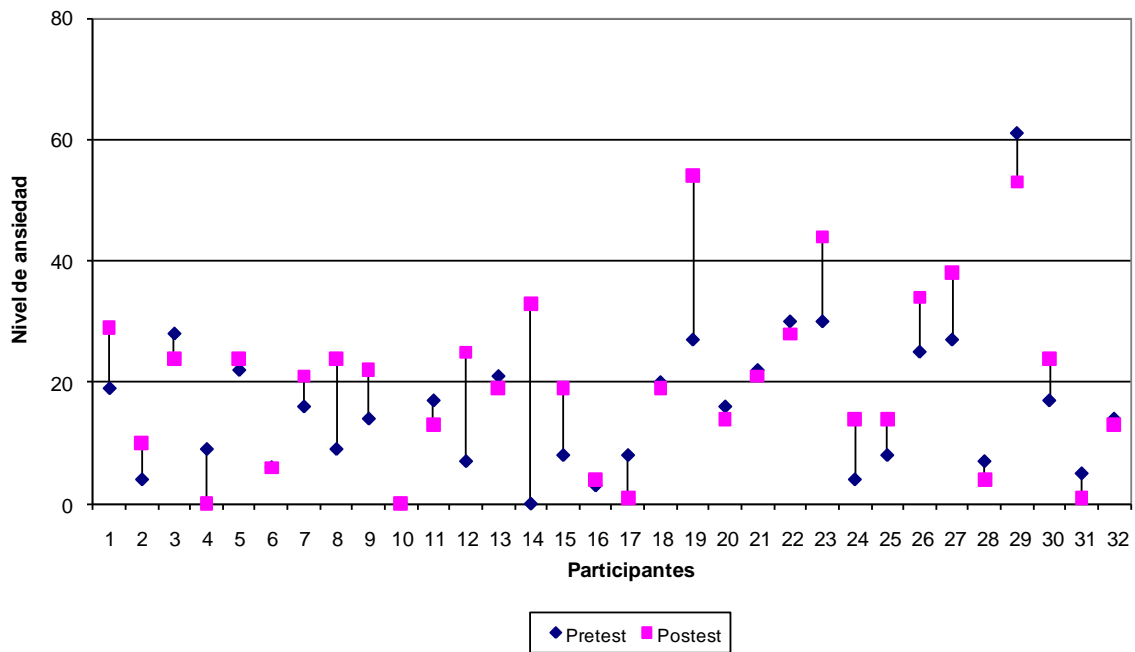


Figura 34. Intensidad de síntomas de ansiedad del “pretest” al “posttest” en los participantes del curso-taller

### **III. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

En la pregunta de investigación en este trabajo, se cuestionó sobre cuáles serían los efectos de un curso-taller con base en modelos de envejecimiento exitoso y en técnicas de la terapia cognitivo-conductual, sobre la frecuencia de actividades de la vida diaria, la satisfacción asociada a dicha frecuencia y, la intensidad de síntomas de depresión y ansiedad en adultos mayores.

Para responder a dicha pregunta, se llevó a cabo un primer estudio para construir y establecer las propiedades psicométricas de un Inventario de Actividades de la Vida Diaria de Adultos Mayores (INACVIDIAM). El objetivo principal de este primer estudio, se propuso explorar en adultos mayores del sur de Sonora, si se confirmaba la estructura factorial del INACVIDIAM según las dimensiones propuestas por la teoría de la actividad (Lemon et al., 1972) y por el modelo de envejecimiento exitoso de Rowe y Kahn (1997), esto mediante un análisis factorial.

Como se mencionó en la introducción de este trabajo, la teoría de la actividad argumenta que las actividades de la vida diaria en su relación positiva con el bienestar subjetivo en los adultos mayores, se clasifican en tres dominios: actividades sociales informales, actividades sociales formales y actividades solitarias (Lemon et al., 1972). También se menciona que las actividades sociales informales se relacionan más al bienestar subjetivo que las actividades sociales formales, y que éstas últimas se relacionan más al bienestar subjetivo que las actividades solitarias (Menec, 2003).

Por su parte, el modelo de envejecimiento exitoso de Rowe y Kahn (1997), considera a este como aquel que combina (1) baja probabilidad de enfermedad, (2) capacidad funcional cognitiva y física con base en actividades instrumentales físicas y actividades instrumentales cognitivas en el hogar y en la comunidad, y (3) una participación activa en la vida a través de relaciones interpersonales (Strawbridge et al., 2002). Adicionalmente, Fernández-Ballesteros

(2003, en Fernández-Ballesteros, 2009), menciona que los dominios del envejecimiento exitoso son (1) salud conductual y forma física, (2) funcionamiento cognitivo, (3) afecto positivo y afrontamiento de problemas, y (4) participación social.

Los resultados confirman la correspondencia entre la estructura empírica y teórica del INACVIDIAM. Se identificaron en las dos versiones (masculina y femenina) del inventario, las dimensiones de “actividades instrumentales del hogar” y “actividades instrumentales cognitivas”, y específicamente en la versión masculina las “actividades instrumentales físicas”, así como lo establece el modelo de envejecimiento exitoso en su segundo componente que habla sobre capacidad funcional cognitiva y física con base en actividades instrumentales físicas y actividades instrumentales cognitivas en el hogar y en la comunidad (Rowe & Kahn, 1997; Strawbridge et al., 2002).

De igual manera, en ambas versiones del inventario se reflejan las dimensiones de “actividades sociales informales” y “actividades sociales formales”, así como lo establece la clasificación de actividades en diversos dominios propuesta por Lemon et al. (1972) en la teoría de la actividad. Estas actividades sociales también aluden al tercer componente del modelo de envejecimiento exitoso de Rowe y Kahn (1997), es decir, una participación activa en la vida a través de relaciones interpersonales, y al cuarto dominio del envejecimiento exitoso, es decir, participación y compromiso social, propuesto por Fernández-Ballesteros (2003, en Fernández Ballesteros, 2009).

Además, con fines de reforzar la validez de constructo del INACVIDIAM, un análisis posterior se propuso identificar en adultos mayores, aquellas actividades de la vida diaria que presentan una mayor satisfacción asociada a su frecuencia, esto mediante la correlación de la frecuencia de actividades en las diversas dimensiones de la versión femenina y masculina del INACVIDIAM, con la satisfacción asociada a dicha frecuencia.

Los resultados confirman uno de los supuestos establecidos por Lemon et al. (1972) y Menec (2003) en la teoría de la actividad, el cual menciona el predominio de las actividades sociales informales sobre las actividades sociales formales y actividades recreativas solitarias, ya que los datos en ambas versiones del INACVIDIAM, señalan a las actividades sociales informales (jugar con niños, platicar con familiares, salir de viaje, etcétera), como aquellas actividades de la vida diaria de adultos mayores cuya frecuencia se asocia más a satisfacción. Los datos indican una correlación positiva, significativa y moderada.

En ese orden, en ambas versiones del INACVIDIAM, los resultados indican que después de las actividades sociales informales, están las actividades instrumentales cognitivas (manejar dinero para hacer compras, pagar recibos de servicios de agua y luz, etcétera), como aquellas actividades de la vida diaria en adultos mayores, cuya frecuencia se asocia más a satisfacción. Los datos indican una correlación positiva, significativa y moderada. Estas actividades también requieren de capacidades físicas, pero en esencia aluden a recursos cognitivos complejos, lo cual sugiere que el adulto mayor que se sepa capaz de realizar estas actividades, está considerablemente satisfecho por ello. Tales actividades aluden a las actividades instrumentales cognitivas en el hogar y en la comunidad, propuestas por el modelo de envejecimiento exitoso (Rowe & Kahn, 1997; Strawbridge et al., 2002), y al segundo dominio del envejecimiento exitoso, es decir, el óptimo funcionamiento cognitivo, propuesto por Fernández-Ballesteros (2003, en Fernández Ballesteros, 2009).

En la versión femenina del INACVIDIAM, se confirma otro de los supuestos de la teoría de la actividad propuestos por Lemon et al. (1972) y Menec (2003), el cual menciona el predominio de las actividades sociales formales sobre las actividades recreativas solitarias, ya que los datos señalan a las actividades sociales formales (participar en actividades de la iglesia, convivir en grupos de adultos mayores, etcétera), como aquellas actividades de la vida diaria de

adultos mayores cuya frecuencia se asocia más a satisfacción, en comparación con actividades recreativas solitarias (ver televisión, escuchar radio, etcétera). Las actividades sociales informales y las actividades recreativas solitarias, presentan una correlación positiva, significativa y moderada, y una correlación positiva, significativa y baja, respectivamente, con satisfacción. Cabe mencionar que en los datos de la versión masculina del INACVIDIAM, las actividades sociales formales presentan una correlación positiva, significativa y baja con satisfacción, esto quizá debido al hecho de que la participación de hombres ancianos en actividades de la iglesia, en grupos de adultos mayores, etcétera, es muy poca.

Es importante mencionar que en ambas versiones del INACVIDIAM, la frecuencia de actividades instrumentales del hogar (barrer, lavar platos, cocinar, etcétera), tuvo un comportamiento particular en la satisfacción asociada a dicha frecuencia. En la versión femenina, la frecuencia de actividades instrumentales del hogar, tuvo una correlación positiva baja con satisfacción, en comparación a la correlación positiva moderada de la frecuencia de estas actividades con la satisfacción, en la versión masculina. Esto parece indicar la importancia de las actividades físicas para la población masculina de adultos mayores, aún cuando se trate de actividades propias del hogar, actividades que finalmente aluden al funcionamiento físico a través de actividades instrumentales en el hogar y en la comunidad, citadas en el modelo de envejecimiento exitoso (Rowe & Kahn, 1997; Strawbridge et al., 2002).

Esta misma idea de la importancia de las actividades físicas para la población masculina de adultos mayores, se refuerza con la presencia de una dimensión de actividades instrumentales físicas (hacer reparaciones eléctricas, lavar el coche, etcétera) en la versión masculina del INACVIDIAM, que aún cuando la frecuencia de estas actividades presenta una correlación positiva baja con la satisfacción asociada a dicha frecuencia, resulta ser una dimensión presente sólo en la versión masculina y no en la versión femenina del INACVIDIAM.

Los resultados obtenidos en este estudio, tienen implicaciones prácticas en la aplicación de intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de adultos mayores. En primera instancia, se deben reforzar en el adulto mayor sus interacciones sociales y relaciones interpersonales. Estas actividades hacen alusión a las actividades sociales informales y actividades sociales formales que mencionan la teoría de la actividad (Lemon et al., 1972), al tercer componente del modelo de envejecimiento exitoso, que es la participación activa en la vida a través de relaciones interpersonales (Rowe & Kahn, 1997), y al cuarto dominio del envejecimiento exitoso, es decir, participación y compromiso social, que busca promover el funcionamiento psicosocial a través de la conducta, participación e implicación social de los adultos mayores (Fernández-Ballesteros, 2003 en Fernández Ballesteros, 2009). En este estudio, se comprueba la considerable relación entre la frecuencia de estas actividades y la satisfacción asociada a dicha frecuencia.

De igual manera, parece importante reforzar en los adultos mayores, a través de las técnicas disponibles para ello, las actividades instrumentales cognitivas que exijan recursos cognitivos complejos. Estas actividades hacen alusión en parte al segundo componente del modelo de envejecimiento exitoso, que es que es el funcionamiento cognitivo a través de actividades instrumentales en el hogar y en la comunidad (Rowe & Kahn, 1997; Strawbridge et al., 2002). La idea es promover los factores protectores del buen funcionamiento cognitivo en adultos mayores a través de programas de alfabetización, de educación continua, de ejercicios cognitivos, de tareas intelectualmente demandantes y de ejercitar habilidades verbales y de comunicación, así como lo establece el segundo dominio del envejecimiento exitoso, que es el óptimo funcionamiento cognitivo (Fernández-Ballesteros, 2003 en Fernández Ballesteros, 2009). En este estudio, se comprueba la considerable relación entre la frecuencia de estas actividades y la satisfacción asociada a dicha frecuencia.

Por otro lado, los datos indican una aceptable consistencia interna del INACVIDIAM en sus dos versiones, mientras que en su validez convergente con calidad de vida, ambas versiones muestran una correlación positiva, significativa y con magnitud moderada. Con relación a su validez divergente con depresión, ambas versiones muestran una correlación negativa, significativa, pero de magnitud baja, esto posiblemente debido a que se evaluó a sujetos relativamente sanos y funcionales, lo cual puede sugerir para estudios posteriores, evaluar también a adultos mayores clínicamente deprimidos, donde se haga más evidente una mayor magnitud en la relación inversa entre la frecuencia de actividades de la vida diaria y la depresión. La varianza total explicada en ambas versiones del INACVIDIAM es baja, esto quizá en relación al concepto mismo de actividades de la vida diaria, el cual implica una gran cantidad de actividades, más en ambas versiones del INACVIDIAM se miden poco menos de 30 actividades. Una mayor cantidad de actividades muestreadas en el INACVIDIAM, posiblemente hubieran dado cuenta de una mayor cantidad de varianza explicada.

En el segundo y último estudio que se llevó a cabo para responder propiamente a la pregunta de investigación, se planteó la hipótesis de que si se aplicaba un curso-taller con base en modelos de envejecimiento exitoso y en técnicas de la terapia cognitivo-conductual en adultos mayores, entonces aumentaría la frecuencia de actividades de la vida diaria, la satisfacción asociada a dicha frecuencia y disminuiría la intensidad de síntomas de depresión y ansiedad en los participantes. Se aplicó el curso-taller y se evaluaron los efectos posibles del mismo sobre las variables mencionadas anteriormente.

Con respecto a la frecuencia total de actividades de la vida diaria en las 29 mujeres participantes del curso-taller, se identificó una diferencia estadísticamente significativa entre la media de los puntajes totales del “*pretest*” y el “*posttest*”, lo que parece probar la hipótesis de que aumentaría la frecuencia de actividades de la vida diaria en las participantes después de



aplicado el curso-taller; sin embargo, al comparar las medias de satisfacción total asociada a la frecuencia total de actividades de la vida diaria, no se identifican diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes totales del “*pretest*” y el “*postest*”, lo que parece indicar que no obstante el aumento significativo de la frecuencia total de actividades de la vida diaria de las participantes, no se refleja una satisfacción significativa derivada de ello.

Por ello, se consideró pertinente hacer un análisis por cada uno de los 32 participantes en el grupo, para observar individualmente los cambios en la frecuencia de actividades de la vida diaria y la satisfacción asociada a dicha frecuencia, esto en cada dimensión del INACVIDIAM. El criterio principal fue identificar el cambio clínico objetivo (Cardiel, 1994), ya sea positivo, negativo o sin cambio, en estas dos variables. De igual manera, se clasificaron a los participantes del grupo en tres rangos de edad, de 58 a 67 años de edad (primer rango), de 69 a 74 años (segundo rango) y de 75 a 86 años (tercer rango), esto para observar en cual rango se dieron más los cambios en términos de frecuencia de actividades y satisfacción asociada a dicha frecuencia.

Con base a los datos mostrados en la Tabla 17 y Tabla 18, en 11 de los participantes se dio un aumento mayor en términos de la frecuencia de actividades de la vida diaria, tomando en cuenta un CCO positivo en dos o más dimensiones del INACVIDIAM, donde en el segundo y tercer rango de edad presentaron más participantes con cambios. La mayor cantidad de CCO positivo se dio en las actividades sociales formales y las actividades instrumentales cognitivas; por el contrario, la mayor cantidad de CCO negativo se dio en la dimensión de actividades sociales informales.

En términos generales, el que se haya dado un aumento en la frecuencia de actividades sociales formales y de actividades instrumentales cognitivas, y una disminución en la frecuencia de actividades informales, puede indicar un mecanismo compensatorio, en razón de invertir más

tiempo del día en unas actividades e invertir menos tiempo en otras. Sin embargo, esto puede contextualizarse dentro de un modelo teórico que ayude a explicarlo.

El modelo de selección, optimización y compensación, visto desde una perspectiva de teoría-acción (Baltes, 1997; Freund & Baltes, 2002; Jopp & Smith, 2006), intenta explicar estos ajustes que lleva a cabo el adulto mayor, para adaptarse a los cambios asociados al envejecimiento. Cuando un adulto mayor experimenta pérdidas asociadas al envejecimiento, sobre todo pérdidas físicas, usualmente invierte más tiempo y más esfuerzo a las actividades para seguir funcionando del mismo modo que antes (optimización) y/o se apoya en aparatos, dispositivos o la tecnología (lentes, bastones, amplificadores de sonido, etcétera) o en sus recursos sociales para seguir funcionando igual que antes (compensación). Sin embargo, cuando las pérdidas son tan significativas en el adulto mayor, que ni optimizando ni compensando se puede funcionar igual que antes, entonces el adulto mayor se ve obligado a seleccionar unas cuantas actividades de todo su repertorio, sobre todo aquellas que les resulten significativas, y seguir funcionando pero ahora de una manera más especializada (selección electiva o selección basada en pérdidas).

En este contexto de seleccionar y especializarse en actividades que resulten significativas, se puede explicar el hecho de que los participantes del grupo hayan aumentado su frecuencia de actividades sociales formales y de actividades instrumentales cognitivas, mientras que hayan reducido su frecuencia en otras. Es importante recordar, que en el contexto de la teoría de la actividad, a las actividades sociales formales se les considera con una fuerte relación al bienestar subjetivo del adulto mayor (Lemon et al., 1972; Menec, 2003), mientras que las actividades instrumentales cognitivas forman parte del modelo de envejecimiento exitoso, en su segundo componente (Rowe & Kahn, 1997; Strawbridge et al., 2002), y como segundo dominio del envejecimiento exitoso, es decir, el funcionamiento cognitivo, desde la perspectiva de Fernández-

Ballesteros (2003 en Fernández Ballesteros, 2009). Lo significativo de estos dos tipos de actividades, también se muestra en la Tabla 10 y Tabla 11 en la correlación entre tipos de actividades y satisfacción en hombres y mujeres.

Observando de nuevo la Tabla 17 y la Tabla 18, se puede ver que de los 11 participantes en que se dio un aumento mayor en términos de la frecuencia de actividades de la vida diaria, tomando en cuenta un CCO positivo en dos o más dimensiones del INACVIDIAM, tres participantes aumentaron significativamente su satisfacción ante el aumento de su frecuencia en actividades establecidas teóricamente como dimensiones con una considerable relación a satisfacción (actividades instrumentales cognitivas, actividades sociales formales y actividades sociales informales). Además, en términos de la satisfacción asociada la frecuencia de cierto tipo de actividades, con base a la relación teórica establecida entre las actividades sociales formales y las actividades sociales informales con el bienestar subjetivo en adultos mayores (Lemon et al., 1972; Menec, 2003), así como la importancia de las actividades instrumentales cognitivas (Rowe & Kahn, 1997; Strawbridge et al., 2002), seis participantes del grupo muestran una relación directamente proporcional entre estos tres tipos de actividades y la satisfacción asociada a dicha frecuencia, ya que al aumentar significativamente la frecuencia de estas actividades, aumenta también significativamente la satisfacción asociada a dicha frecuencia, y viceversa, al disminuir significativamente la frecuencia de estas actividades, disminuye también significativamente la satisfacción asociada a dicha frecuencia.

Por otro lado, la frecuencia de ciertas actividades en siete de los participantes del grupo, como lo son las actividades instrumentales del hogar y las actividades recreativas solitarias, no presentan asociación alguna con satisfacción, así como lo establece la teoría de la actividad (Lemon et al., 1972; Menec, 2003), la cual menciona la baja relación entre las actividades

solitarias y el bienestar subjetivo en adultos mayores. De igual forma, la Tabla 11 muestra la baja correlación que existe entre estos dos tipos de actividades y su satisfacción asociada.

Finalmente, la pregunta de investigación en este estudio también cuestiona sobre cuáles son los efectos de este curso-taller sobre la presencia de síntomas de depresión y la intensidad de síntomas de ansiedad en adultos mayores, donde se planteó la hipótesis de que si se aplicaba dicho curso-taller, entonces disminuiría la presencia de síntomas de depresión y la intensidad de síntomas de ansiedad en los participantes.

Con respecto al análisis sobre la presencia de síntomas de depresión en los 32 participantes del curso-taller, diez participantes informaron cinco o más síntomas depresivos en el “*postest*” (aunque dos de ellos redujeron siete y cuatro síntomas depresivos, respectivamente, sin llegar por debajo de los cinco síntomas), lo que sugiere que casi una tercera parte de los participantes terminaron el curso-taller con un número significativo de síntomas depresivos, donde el componente de la teoría de la actividad, jerarquización de actividades de dominio y agrado, y propuesta del día ideal del curso-taller, no tuvo los efectos deseados en estos participantes, esto quizá con respecto al dominio y agrado en algunas actividades.

Beck et al. (1979; 2000) sugieren que algunos depresivos realizan ciertas actividades, pero obtienen un escaso nivel de satisfacción o agrado. Este hecho suele ser consecuencia de un intento de abordar actividades que no les aportaban satisfacción ni siquiera antes del episodio depresivo, y/o del predominio de cogniciones negativas que anulan toda posible sensación de agrado, y/o la falta de atención hacia las sensaciones. Seis de estos diez participantes no mostraron cambios positivos significativos en la frecuencia de actividades de la vida diaria. Beck y sus colaboradores argumentan ante ello que el depresivo evita la actividad o se detiene al encontrarse la más mínima dificultad. Sus pensamientos están a la base de su tendencia a darse

por vencidos. Suelen decir “Es inútil que lo intente”; cuando abordan actividades, maximizan dificultades y minimizan la capacidad para superarlas.

Cabe mencionar también que los síntomas depresivos presentes en los participantes del curso-taller, pueden ser síntomas propios del envejecimiento, o deberse a la presencia de eventos significativos en la cotidianeidad de los participantes, que pudieron incrementar la aparición de éstos síntomas.

En relación al análisis sobre la intensidad de síntomas de ansiedad en los 32 participantes del curso-taller, 19 participantes presentaron un nivel de ansiedad moderada o mayor en el “*postest*”, participantes que terminaron el curso-taller con un nivel de ansiedad significativo. Esto indica que los diferentes componentes del curso-taller no tuvieron los efectos deseados sobre estos participantes. Estos componentes del curso-taller, no son técnicas psicológicas que en la literatura científica se mencione que tengan un efecto positivo sobre estados ansiosos, como lo pueden ser las técnicas de relajación, las cuales no estaban presentes en los componentes del curso-taller. Quizá el entrenamiento en relajación en sus diferentes modalidades hubiera tenido un efecto positivo en los participantes, y el número de participantes afectados se hubiera reducido.

Además, los incrementos de ansiedad en algunos de los participantes pudieron deberse a los numerosos ejercicios realizados por los participantes en el curso-taller, donde los participantes pudieron percibirse constantemente evaluados (aunado al hecho de que muchos de ellos son de un nivel escolar bajo y de zonas rurales y semi-rurales), y esto aumentaría sus indicadores fisiológicos de ansiedad. Cabe recordar que 13 de los 19 participantes no mostraron cambios significativos positivos en la frecuencia de actividades de la vida diaria.

A partir de los datos obtenidos en el segundo y último estudio, y con fines de revisar la hipótesis de investigación en este trabajo la cual menciona que si se aplica un curso-taller con

base en modelos de envejecimiento exitoso y en técnicas de la terapia cognitivo-conductual en un grupo de adultos mayores, entonces aumentará la frecuencia de actividades de la vida diaria, la satisfacción asociada a dicha frecuencia y disminuirá la intensidad de síntomas de depresión y ansiedad en los participantes, se establece lo siguiente:

- Con respecto a aumentar la frecuencia de actividades de la vida diaria en los participantes del curso-taller, esto se logra ya que 11 participantes (33% del grupo), aumentaron significativamente su frecuencia de actividades de la vida diaria, siendo los participantes mayores de 69 años de edad los más beneficiados.
- En relación a aumentar la satisfacción asociada al aumento en la frecuencia de actividades de la vida diaria, esto se logra ya que de los 11 participantes que aumentaron significativamente su frecuencia de actividades de la vida diaria, tres aumentaron significativamente su satisfacción ante el aumento de su frecuencia en dimensiones establecidas teóricamente como dimensiones con una considerable relación a satisfacción.
- Referente a la presencia de síntomas de depresión, de los ocho participantes que ingresaron al curso-taller con un estado depresivo con cinco síntomas o más, sólo uno pudo reducir sus síntomas a menos de cinco, mientras que tres participantes con menos de cinco síntomas, aumentaron a cinco o más sus síntomas. Por lo tanto, no se disminuyó la presencia de síntomas de depresión en los participantes.
- Finalmente, con respecto a la intensidad de síntomas de ansiedad, de los 12 participantes que ingresaron al curso-taller con un nivel de ansiedad moderado o mayor, ninguno pudo reducir su nivel de ansiedad a leve o mínimo, mientras que siete participantes pasaron de un nivel de ansiedad leve a moderado. Por lo tanto, no se disminuyó la intensidad de síntomas de ansiedad en los participantes.

#### **IV. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

No obstante los vacíos teórico-conceptuales, metodológicos y técnicos, así como las dificultades intrínsecas en la investigación con adultos mayores, este trabajo resulta ser un importante primer acercamiento en el apoyo psicológico a adultos mayores de zonas rurales y semi-rurales en el sur del estado de Sonora, en México.

El ejercicio de los grupos focales proporcionó una visión general de las actividades de la vida diaria de adultos mayores de esta región, lo cual habla de qué actividades llevan a cabo, dónde y con quién. A partir de ello, el construir un Inventario de Actividades de la Vida Diaria de Adultos Mayores (INACVIDIAM), es también un importante acercamiento a la medición de variables de interés como lo son la frecuencia de actividades instrumentales y sociales, así como la satisfacción asociada a dicha frecuencia y las dificultades presentes para realizar tales actividades. Todo ello sustentado conceptualmente por “teorías” o “modelos” que tratan de explicar el cómo se envejece satisfactoriamente, con base en actividades cotidianas y tomando en cuenta los cambios y pérdidas asociados al envejecimiento.

El INACVIDIAM mostró ser un instrumento de medición confiable y válido, aunque esta última característica presentó algunas deficiencias sobre todo en términos de validez divergente y varianza explicada, así como escasa sensibilidad en sus opciones de respuesta al medir satisfacción ante la frecuencia de actividades. Se recomienda para estudios posteriores, aumentar el número de actividades de la vida diaria que mida el instrumento, así como aumentar a cuatro las opciones de respuesta para medir satisfacción.

De igual manera, falta indagar la estabilidad temporal del INACVIDIAM mediante la técnica *test-retest*, ya que se midió a los participantes del estudio en una sola ocasión. También se debe investigar su validez discriminante entre muestras de población de adultos mayores en general y clínicas, y evaluar también a adultos mayores clínicamente deprimidos, donde se haga

más evidente una mayor magnitud en la relación inversa entre la frecuencia de actividades de la vida diaria y la depresión, esto para evaluar validez divergente. Finalmente, se debe incluir una mayor cantidad de estrategias adaptativas de selección, optimización y compensación en la lista de chequeo derivada de los reactivos que cuestionan sobre dificultades para llevar a cabo actividades de la vida diaria, esto para obtener una imagen más amplia de la manera en cómo una persona mayor se adapta a las circunstancias asociadas al envejecimiento.

Pero principalmente, la aplicación del curso-taller en adultos mayores del sur de Sonora, fue quizá la parte fundamental de este trabajo, ya que evaluó una forma particular de intervención psicológica, con fines de promover actividades que teórica y empíricamente se consideran relevantes en la cotidianidad de los adultos mayores. Los 11 participantes del grupo que resultaron más beneficiados en términos de aumentar significativamente su frecuencia de actividades de la vida diaria en dos o más dimensiones del INACVIDIAM, pueden convertirse como voluntarios y socializadores en ese mismo grupo u otro, con fines de promover los beneficios del curso-taller en los demás participantes. Estos 11 participantes más beneficiados del grupo, son principalmente los de mayor edad en el grupo del curso-taller, los cuales aumentaron y redujeron respectivamente su frecuencia en cierto tipo de actividades. Esto habla de la aplicación de estrategias adaptativas de selección electiva o selección basada en pérdidas, algo característico en las edades más avanzadas.

Es importante recalcar que este curso-taller con sus respectivas características, no había sido aplicado anteriormente en esta población rural y semi-rural del estado de Sonora, por lo que se convierte en pionero del área y abre la posibilidad de seguir trabajando sistemáticamente con esta población, en busca de generar y aplicar conocimiento con base en investigación que intente describir, explicar y solucionar problemas psicosociales relevantes.



Sin embargo, los efectos esperados del curso-taller sobre las variables de interés, no se dieron en la mayoría de éstas. Especialmente en las variables de naturaleza psicológica como la depresión y ansiedad, cuyos valores significativos presentes en parte del grupo de participantes del curso-taller, no pudieron reducirse. Esto sugiere incluir en el curso-taller, para aplicaciones futuras, componentes de naturaleza psicológica que estén sustentados en la literatura científica, como lo son las técnicas de relajación e invertir más sesiones en el desarrollo de técnicas como la programación de actividades de dominio y agrado, ya que resalta el hecho de que el curso-taller que se impartió, no está diseñado como una intervención clínica que ayude a reducir síntomas de depresión y ansiedad en los participantes, pues no cuenta con módulos específicos para este tipo de problemas. En ese sentido, está la responsabilidad ética de canalizar los casos significativos de depresión y ansiedad en el grupo, para ser atendidos psicológicamente bajo una intervención clínica propiamente.

De igual manera, para aplicaciones futuras de un curso-taller como este, que parte conceptualmente de modelos de envejecimiento exitoso, pero ahora través de diseños de investigación controlados y aleatorizados, se sugiere incluir más sesiones dirigidas a promover aspectos puntuales como los propuestos por Fernández-Ballesteros (2003, en Fernández-Ballesteros, 2009):

1. Reducir los factores asociados con las enfermedades prevalentes e incrementar los factores que promueven la salud conductual y el buen funcionamiento físico, esto a través de una adecuada nutrición, prevenir el uso del tabaco y promover el uso saludable del alcohol, del cumplimiento del uso de la medicación, de la correcta adherencia a los tratamientos y de la actividad física.

2. Promover los factores protectores del buen funcionamiento cognitivo a través de programas de alfabetización y de educación continua, así como promover el uso de ejercicios cognitivos en la vejez, del compromiso con tareas intelectualmente demandantes, y el ejercitarse en habilidades verbales y de comunicación.
3. Promover el afecto positivo y las estrategias de afrontamiento, a través de la realización de actividades reforzantes como acciones preventivas de la depresión y la soledad, de estrategias de afrontamiento al estrés, la ansiedad y las situaciones conflictivas, de la percepción de creencias de auto-eficacia y, del pensamiento positivo y el sentido de control.
4. Promover el funcionamiento psicosocial y la participación social a través de favorecer el empoderamiento de las personas mayores y combatir los estereotipos negativos sobre la vejez y los mayores, fomentar las creencias de eficacia colectiva de las personas mayores, y promover la conducta pro-social en las personas mayores, y la participación e implicación social.

## REFERENCIAS

- Acosta, Ch. (2009). El inventario de actividades de la vida diaria en adultos mayores y su relación con la calidad de vida. En R. A. L. González-Celis (Coord.): *Evaluación en psicogerontología*. México: El Manual Moderno.
- Acosta, Ch. & García, R. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 17(2), 291-300.
- Acosta, Ch. & González-Celis, A. (2009). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Psicología y Salud*, 19(2), 289-293.
- Baillargeon, L., Landreville, Ph., Verreault, R., Beauchemin, J., Grégoire, P. & Morin, Ch. (2003). Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. *Canadian Medical Association*, 169(10), 1015-20.
- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380.
- Baltes, M. (1997). Coping with age. *World Health*, 50(4), 10-11.
- Baltes, P. & Singer, T. (2001). Plasticity and the ageing mind. An exemplar of the bio-cultural orchestration of brain and behaviour. *European Review*, 9(1), 59-76.
- Barberger-Gateu, P., Fabrigoule, C., Rouch, I., Letenneur, L. & Dartigues, J. (1999). Neuropsychological correlates of self-reported performance in instrumental activities of daily living and prediction of dementia. *The Journals of Gerontology*. 54(5), 293-303.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G (1979/2000). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Belsky, J. (2001). *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Paraninfo.
- Brandolín, A. (2006). Estereotipos sobre la vejez en noticieros televisivos. *UNIREvista*, 1(3), 1-17.
- Brink, T. & Yesavage, J. (1982). Screening test for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37-43.
- Burnett-Wolle, S. & Godbey, G. (2007). Refining research on older adults' leisure. Implications of selection, optimization, and compensation and socioemotional selectivity theories. *Journal of Leisure Research*, 39(3), 498-513.
- Caballero, N., Gómez, L. & López, S. (2003). *Diseño, aplicación y evaluación del Programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, U.N.A.M: México.
- Cahn-Weiner, D., Tomaszewski, S., Julian, L., Harvey, D., Kramer, J., Reed, B., Mungas, D., Wetzel, M. & Chui, H. (2007). Cognitive and neuroimaging predictors of instrumental activities of daily living. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 13, 747-757.
- Cardiel, R. M. (1994). La medición de la Calidad de Vida (Measuring Quality of Life). En: L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.) *Epidemiología Clínica* (Pp. 189-199). México: Interamericana-McGraw Hill.
- Coon, D., DeVries, H. & Gallagher-Thompson, D. (2004). Cognitive behavioural therapy with suicidal older adults. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 481-493.
- Costa, M. & López, E. (2000). *Educación para la salud, Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- D'Zurilla, T. (1993). *Terapia de resolución de conflictos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of Life: Concept and assessment. En Adair, J., Belanger, D. y Dion K. (eds.) *Advances in Psychological Science*. East Sussex, U.K: Psychology Press.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo, Contribuciones de la psicología*. Madrid: Pirámide.
- Freund, A. & Baltes, P. (1998). Selection, optimization and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13(4), 531-543.
- Freund, A. & Baltes, P. (2002). Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 642-662.
- Galasko, D., Schmitt, F., Thomas, R., Jin, S., Bennett, D. & Ferris, S. (2005). Detailed assessment of activities of daily living in moderate to severe Alzheimer's disease. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 11, 446-453.
- Gignac, M. Cott, Ch. & Badley, E. (2002). Adaptation to disability: Applying selective with compensation to the behaviors of older adults with osteoarthritis. *Psychology and Aging*, 17(3), 520-524.
- Gildengers, A., Butters, M., Chisbolm, D., Rogers, J., Holm, M., Bhalla, R., Seligman, K., Dew, M., Reynolds, Ch., Kupfer, D. & Mulsant, B. (2007). Cognitive functioning and instrumental activities of daily living in late-life bipolar disorder. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 15(2), 174-179.

- González-Celis, A. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, U.N.A.M.: México.
- González-Celis, A. (2005). Aportaciones del enfoque cognitivo-conductual a la psicología del envejecimiento. En Reidl, L., Matute, E. y Alcaraz, V. (Coord.). *Las Aportaciones Mexicanas a la Psicología, La Perspectiva de la Investigación en la Década 1995-2005*. UNAM, U. de Guadalajara, U. Veracruzana: México.
- Harper, A. & Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQoL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Hao, Y. (2008). Productive activities and psychological well-being among older adults. *The Journals of Gerontology*. 63(2), 64-72.
- Horgas, A., Wilms, H. & Baltes, M. (1998). Daily life in very old age. Everyday activities as expression of successful aging. *The Gerontologist*. 38(5), 556-567.
- Izal, M. & Montorio, I. (1999). Aplicación de la terapia de conducta en la edad avanzada. En Izal, M. & Montorio, I. (eds.). *Gerontología conductual, Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.
- Jefferson, A., Byerly, L., Vanderbilt, S., Lambe, S., Wong, S., Ozonoff, A. & Karlawish, J. (2008). Characterizations of activities of daily living in individuals with mild cognitive impairment. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 16(5), 375-383.
- Jopp, D. & Smith, J. (2006). Resources and life management strategies as determinants of successful aging: On the protective effect of selection, optimization, and compensation. *Psychology and Aging*, 21(2), 253-265.

- Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B. & Jaffe, M. (1963). A standardized measure of biological and psychological function. *Journal of the American Medical Association*. 185, 914-919.
- Knight, B. & Satre, D. (1999). Cognitive behavioral psychotherapy with older adults. *Clinical Psychology*, 6(2), 188-203.
- Kocken, P. & Voorham, A. (1998). Effects of a peer-led senior health education program. *Patient Education & Counseling*. 34(1), 15-23.
- Lang, F., Rieckmann, N. & Baltes, M. (2002). Adapting to aging losses. Do resources facilitate strategies of selection, compensation, and optimization in everyday functioning? *The Journals of Gerontology*, 57(6), 501-509.
- Lawton M. & Brody, E. (1969). Assessment of older people. Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 9, 179-186.
- Lega, L., Caballo, V. & Ellis, A. (1994). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Lehr, U. & Thomae, H. (2003). *Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Herder.
- Lemon, W., Bengston, V. & Peterson, J. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27, 511-523.
- McGee, C. & Mathiowetz, V. (2003). The relationship between upper extremity strength and instrumental activities of daily living performance among elderly women. *OTJR*. 23(4), 143-154.

- Menec, V. (2003). The relation between everyday activities and successful aging. A 6-year longitudinal study. *The Journals of Gerontology*, 58(2), 74-82.
- Montorio, I. & Carrobbles, J. (2000). Comportamiento y salud, Promoción de la salud. En Montorio, I. e Izal, M. (eds.). *Intervención psicológica en la vejez, Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Montorio, I. & Izal, M. (1999). Cambios asociados al proceso de envejecimiento. En Izal, M. y Montorio, I. (eds.). *Gerontología conductual, Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.
- Moreno, M., Contreras, D., Martínez, N., Araya, P., Livacic-Rojas, P. & Vera-Villaroel, P. (2006). Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico. *Rev Méd Chile*, 134, 433-440.
- Morin, Ch., Bastien, Célyne., Guay, Bernard., Radouco-Thomas, M., Leblanc, J. & Vallières, A. (2004). Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *American Journal of Psychiatry*, 161, 332-342.
- Motte, C. & Muñoz, J. (2002). Envejecimiento social. En Muñoz, J. (ed.). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide.
- Muñoz, J. & Motte, C. (2002). Psicología del envejecimiento e intervención psicosocial. En Muñoz, J. (ed.). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide.
- Naik, A., Burnett, J., Pickens-Pace, S. & Dyer, C. (2008). Impairment in instrumental activities of daily living and the geriatric syndrome of self-neglect. *The Gerontologist*, 48(3), 388-392.



- Nourhashémi, F., Andrieu, S., Gillete-Guyonnet, S., Vellas, B., Albaréde, J. & Grandjean, H. (2001). Instrumental activities of daily living as a potencial marker of frailty. A study of 7364 community-dwelling elderly women (the EPIDOS Study). *The Journals of Gerontology*. 56(7), 448-453.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 211-217.
- Rodríguez, T. & Pérez, J. (2006). *La calidad de vida en el adulto mayor asociada a la autoeficacia y los comportamientos saludables*. Tesis de Licenciatura. FES Iztacala, U.N.A.M: México.
- Rowe, J. & Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*. 37(4), 433-440.
- Sánchez-Sosa, J. & González-Celis, A. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En Caballo, V. (Coord.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. España: Pirámide.
- Schneider, J., Mercer, G., Herning, M., Smith, C. y Prysak, M. (2004). Promoting exercise behavior in older adults, using a cognitive behavioral intervention. *Journal of Gerontological Nursing*, 25, 45-53.
- Sierra, R. (2003). *Técnicas de investigación social, Teoría y ejercicios*. Madrid: Paraninfo.
- Sivertsen, B., Omvik, S., Pallesen, S., Havik, O., Kvale, G., Nielsen, G. & Nordhus, I. (2006). Cognitive behavioral therapy vs Zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: A randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 295(24), 2851-2858.
- Sterrett, E. (1998). Use of a job club to increase self-efficacy: A case study of return to work. *Journal of Employment Counseling*, 35(2), 69-78.

- Strawbridge, W., Wallhagen, M. & Cohen, R. (2002). Successful aging and well-being. Self-rated compared with Rowe and Cohen. *The Gerontologist*. 42(6), 727-733.
- Sveen, U., Thommessen, B., Bautz-Holter, E., Wyller, T. & Laake, K. (2004). Well-being and instrumental activities of daily living after stroke. *Clinical Rehabilitation*. 18, 267-274.
- Tate, R., Lah, L. & Cuddy, E. (2003). Definition of successful aging by elderly canadian males. The Manitoba Follow-up Study. *The Gerontologist*. 43(5), 735-744.
- Tong, A. & Man, D. (2002). The validation of the Hong Kong Chinese version of the Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale for institutionalized elderly persons. *OTJR*. 22(4), 132-142.
- Tze-Pin, N., Mathew, N., Peak-Chiang, Ch. & Ee-Heok, K. (2006). Physical and cognitive domains of the instrumental activities of daily living. Validation in a multiethnic population of asian older adults. *The Journals of Gerontology*. 61(7), 726-735.
- Young, L., Baltes, B. & Pratt, A. (2007). Using selection, optimization, and compensation to reduce job/family stressors. Effective when it matters. *Journal of Business and Psychology*, 21(4), 511-539.
- Vergara, S. (2009). *Intervención cognitivo-conductual en adultos mayores: retos y dificultades en la adaptación de una terapia de grupo manualizada*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, U.N.A.M: México.
- Wadley, V., Okonkwo, O., Crowe, M. & Ross-Meadows, L. (2008). Mild cognitive impairment and everyday function. Evidence or reduced speed in performing instrumental activities of daily living. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 16(5), 416-424.
- Wiener, J., Hanley, R., Clark, R. & Van Nostrand, J. (1990). Measuring the activities of daily living. Comparisons across national surveys. *Journal of Gerontology*. 45(6), 229-237.

## **Apéndice A**

### ***Instrumentos de medición***

- ***Consentimiento informado.***
- ***Hoja de datos sociodemográficos.***
- ***Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en su versión corta en español.***
- ***Inventario de Ansiedad de Beck en su versión mexicana.***
- ***WHOQoL-Breve.***
- ***Inventario de Actividades de la Vida Diaria de Adultos Mayores.***

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Estimado usuario(a):**

**Se le invita a participar en un curso con fines de mejorar aspectos en su salud, en su relación con otras personas, en sus actividades de entretenimiento y también para mejorar su capacidad de solucionar problemas de la vida diaria. El curso tendrá una duración de un mes y medio, con una reunión por semana. Usted puede participar en todas las reuniones o abandonar el curso en el momento que desee. Por favor, marque con una cruz (X), si acepta participar o no en el curso.**

**Acepto  
participar**

**No acepto  
participar**

**Nombre:** .....

## HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**Instrucciones - Por favor, conteste las siguientes preguntas:**

1. ¿Cuál es su nombre? .....

2. ¿Qué edad tiene? .....

3. ¿Cuál es su sexo?

Masculino  Femenino

4. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero  Viudo o divorciado  Casado o con pareja

5. ¿Actualmente con quien vive?

Solo  Con su pareja o cónyuge  Con hijos  Con algún familiar

6. ¿Cuál es su ingreso mensual personal? .....

7. ¿La vivienda que usted habita es...?

Propia  Rentada  Prestada

8. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios?

- Sin estudios  Primaria  Secundaria o Técnica   
Bachillerato  Profesional

9. ¿Cuál es su actividad principal actualmente?

- Empleado  Trabaja por su cuenta  Retirado   
Labores del hogar  Buscando trabajo  Otra  ¿Cuál? .....

10. ¿Está enfermo(a) actualmente? .....

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué enfermedad(es)?

.....  
.....

11. Mencione los tres problemas o preocupaciones más significativas que vive en este momento:

- .....
- .....
- .....

12. ¿Tiene el hábito de fumar? .....

13. ¿Tiene el hábito de tomar (cerveza, licor, etc.)? .....

## ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA

**Instrucciones: marque con una cruz (X) la respuesta SI o NO, después de cada pregunta**

**1. ¿Está satisfecho con su vida?**

Si  No

**2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?**

Si  No

**3. ¿Siente que su vida está vacía?**

Si  No

**4. ¿Se encuentra aburrido?**

Si  No

**5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?**

Si  No

**6. ¿Teme que le ocurra algo malo?**

Si  No

**7. ¿Se siente feliz muchas veces?**

Si  No

**8. ¿Se siente a menudo abandonado?**

Si  No

**9. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir?**

Si  No

**10. ¿Nota más problemas de memoria en usted que en los demás?**

Si  No

**11. ¿Piensa que vivir es maravilloso?**

Si  No

**12. ¿Se siente usted inútil?**

Si  No

**13. ¿Se siente usted lleno de energía?**

Si  No

**14. ¿Cree que su situación es desesperada?**

Si  No

**15. ¿Cree que el resto de la gente está mejor que usted?**

Si  No



## INVENTARIO DE ANSIEDAD

**Instrucciones:** abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación e indique cuanto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una cruz (X) según la intensidad de la molestia.

**1. Entumecimiento, hormigueo**

Nada  Poco  Regular  Mucho

**2. Sentir oleadas de calor (bochornos)**

Nada  Poco  Regular  Mucho

**3. Debilitamiento de las piernas**

Nada  Poco  Regular  Mucho

**4. Dificultad para relajarse**

Nada  Poco  Regular  Mucho

**5. Miedo a que pase lo peor**

Nada  Poco  Regular  Mucho

**6. Sensación de mareo**

Nada  Poco  Regular  Mucho

**7. Opresión en el pecho**

Nada  Poco  Regular  Mucho

**8. Latidos acelerados**

Nada  Poco  Regular  Mucho

**9. Inseguridad**

Nada  Poco  Regular  Mucho

**10. Terror**

Nada  Poco  Regular  Mucho

**11. Nerviosismo**

Nada  Poco  Regular  Mucho

**12. Sensación de ahogo**

Nada  Poco  Regular  Mucho

**13. Manos temblorosas**

Nada  Poco  Regular  Mucho

**14. Cuerpo tembloroso**

Nada  Poco  Regular  Mucho

**15. Miedo a perder el control**

Nada  Poco  Regular  Mucho

**16. Dificultad para respirar**

Nada  Poco  Regular  Mucho

**17. Miedo a morir**

Nada  Poco  Regular  Mucho

**18. Asustado(a)**

Nada  Poco  Regular  Mucho

**19. Indigestión**

Nada  Poco  Regular  Mucho

**20. Malestar estomacal**

Nada  Poco  Regular  Mucho

**21. Debilidad**

Nada  Poco  Regular  Mucho

**22. Ruborizarse, sonrojamiento**

Nada  Poco  Regular  Mucho

**23. Sudoración (no debida al calor)**

Nada  Poco  Regular  Mucho



	No en Absoluto	No Mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros?	1	2	3	4	5

Usted deberá poner un círculo en el número que mejor corresponde de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera encerraría en un círculo el número 4 si usted hubiera recibido un gran apoyo de otros. O encerraría con un círculo el número 1 si no recibió el apoyo de otros que usted necesitaba en las dos últimas semanas.

Por favor lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos y encierre en un círculo sólo un número, de la opción de respuesta que mejor lo describa.

Ahora puede comenzar:

		Muy Pobre	Pobre	Ni Pobre Ni Buena	Buena	Muy Buena
1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni Satisfecho Ni Insatisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a **cuanto** ha experimentado sobre ciertos aspectos en las dos últimas semanas:

		Nada en lo Absoluto	Un Poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	5	4	3	2	1
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	5	4	3	2	1
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	1	2	3	4	5

*Envejecimiento exitoso y actividades de la vida diaria de adultos mayores*

6	¿Hasta dónde siente que la vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5

		Nada en lo Absoluto	Un Poco	Moderadamente	La Mayor Parte del Tiempo	Completamente
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia personal?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren que **tan bien o satisfecho** se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las dos últimas semanas:

		<b>Ni Satisfecho</b>				
		<b>Muy Insatisfecho</b>	<b>Insatisfecho</b>	<b>Ni Insatisfecho</b>	<b>Satisfecho</b>	<b>Muy Satisfecho</b>
<b>16</b>	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>17</b>	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>18</b>	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>19</b>	¿Se siente satisfecho con su vida?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>20</b>	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>21</b>	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>22</b>	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>23</b>	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>24</b>	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>25</b>	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

La siguiente pregunta se refiere con qué **frecuencia** usted ha sentido o experimentado en las dos últimas semanas:

		<b>Nunca</b>	<b>Rara Vez</b>	<b>Con Frecuencia</b>	<b>Muy Seguido</b>	<b>Siempre</b>
<b>26</b>	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

¿Le ayudó alguien a usted a llenar este formulario? \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo le llevó completar este formulario? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún comentario acerca de la evaluación? \_\_\_\_\_

**GRACIAS POR SU AYUDA**



## **Apéndice B**

### ***Cartas descriptivas***

**SESIÓN DE EVALUACIÓN “PRETEST”**

Integración del grupo, encuadre general del curso-taller y evaluación

**Objetivo de la sesión:**

Los instructores y participantes del grupo se presentarán y darán a conocer sus expectativas ante el curso-taller; además los participantes conocerán un encuadre general del mismo y serán evaluados como medición “pretest”

<i>Duración</i>	<i>Actividad</i>	<i>Técnica Didáctica</i>	<i>Actividades principales</i>		<i>Materiales</i>
			<i>Instructores</i>	<i>Participantes</i>	
10 minutos	Presentación y expectativas (ver Manual del instructor).	Dinámica “La pelota preguntona”.	Presentación de los instructores y exposición de sus expectativas.	Presentación de los participantes y exposición de sus expectativas.	Una pelota y gafetes.
10 minutos	Encuadre general del curso-taller (ver Manual del instructor).	Exposición.	Describir un encuadre general del curso-taller y aclarar dudas.	Escuchar y exponer dudas.	
60 minutos	Evaluación “pretest” (ver Manual del instructor).	Exposición y aplicación.	Mencionar el objetivo de la evaluación, entregar a cada participante los materiales e instrumentos de medición, dar instrucciones para contestarlos y apoyar a quienes se les dificulte leer y escribir.	Contestar los materiales e instrumentos de medición.	Consentimiento informado, Hoja de datos sociodemográficos, Escala de Depresión Geriátrica, Inventario de Ansiedad, Inventario de Actividades de la Vida Diaria de Adultos Mayores y lápices.
10 minutos	Cierre de la sesión (ver Manual del instructor).	Exposición	Generar una lista de asistencia, establecer los días y horarios de reunión del grupo para el curso-taller y aclarar dudas.	Escuchar y exponer dudas.	

**SESIÓN 1**

Modelo de envejecimiento exitoso y educación para la salud

**Objetivo de la sesión:**

Con base en los supuestos del modelo de envejecimiento exitoso, los participantes del grupo identificarán aquellas conductas de protección a la salud que promueven una vejez exitosa

<i>Duración</i>	<i>Actividad</i>	<i>Técnica Didáctica</i>	<i>Actividades principales</i>		<i>Materiales</i>
			<i>Instructores</i>	<i>Participantes</i>	
5 minutos	Lista de asistencia (ver Manual del instructor).		Toma de lista de asistencia.	Respuesta al pase de lista.	Lista de asistencia.
5 minutos	Objetivo de la sesión (ver Manual del instructor).	Exposición.	Exponer el objetivo de la sesión y aclarar dudas.	Escuchar y exponer dudas.	Computadora y cañón de proyección.
5 minutos	Modelo de envejecimiento exitoso (ver Manual del instructor).	Exposición.	Describir generalidades en términos simples de los supuestos del modelo de envejecimiento exitoso y aclarar dudas.	Escuchar y exponer dudas.	Computadora y cañón de proyección.
15 minutos	Introducción a la educación para la salud (ver Manual del instructor).	Dinámica “El cajón de las sorpresas”.	Explicar la dinámica a los participantes.	Escuchar y exponer dudas.	Una caja de zapatos con tapa.
25 minutos	Hábitos de vida relacionados con la salud (ver Manual del instructor).	Exposición.	Describir generalidades en términos simples de los hábitos de la vida relacionados con un mejor estado de salud y aclarar dudas.	Escuchar y exponer dudas.	Computadora y cañón de proyección.
25 minutos	Prevención primaria (ver Manual del instructor).	Exposición.	Describir generalidades en términos simples de los supuestos de la prevención primaria de enfermedades y aclarar dudas.	Escuchar y exponer dudas.	Computadora y cañón de proyección.
5 minutos	Comentarios sobre los temas vistos (ver Manual del instructor).		Solicitar comentarios sobre los temas vistos a un mínimo de cinco participantes.	Exponer comentarios.	
5 minutos	Cierre de la sesión (ver Manual del instructor).	Exposición	Aclarar dudas y concertar cita para la siguiente sesión.	Escuchar y exponer dudas.	

**SESIÓN 2**

Teoría de la actividad, jerarquización de actividades de dominio y agrado, y propuesta del día ideal

**Objetivo de la sesión:**

Con base en los supuestos de la teoría de la actividad, los participantes del grupo jerarquizarán actividades de dominio y agrado a través del análisis de definiciones y programarán dichas actividades haciendo una propuesta del día ideal.

<i>Duración</i>	<i>Actividad</i>	<i>Técnica Didáctica</i>	<i>Actividades principales</i>		<i>Materiales</i>
			<i>Instructores</i>	<i>Participantes</i>	
5 minutos	Lista de asistencia (ver Manual del instructor).		Toma de lista de asistencia.	Respuesta al pase de lista.	Lista de asistencia.
5 minutos	Revisión de la sesión anterior (ver Manual del instructor).	Interrogativa.	Solicitar a un mínimo de cinco participantes, un resumen de la sesión anterior, aclarándoles información sobre dudas.	Proporcionar un resumen y plantear dudas.	
5 minutos	Objetivo de la sesión (ver Manual del instructor).	Exposición.	Exponer el objetivo de la sesión y aclarar dudas.	Escuchar y exponer dudas.	Computadora y cañón de proyección.
10 minutos	Teoría de la actividad (ver Manual del instructor).	Exposición.	Describir generalidades en términos simples de los supuestos de la teoría de la actividad y aclarar dudas.	Escuchar y exponer dudas.	Computadora y cañón de proyección.
25 minutos	Jerarquización de actividades de dominio y agrado (ver Manual del instructor).	Exposición y aplicación.	Explicar el llenado de la Hoja de jerarquización de actividades (ver Manual del participante).	Contestar la Hoja de jerarquización de actividades.	Computadora, cañón de proyección, Hoja de jerarquización de actividades y lápices.
5 minutos	Comentarios sobre el ejercicio (ver Manual del instructor).		Solicitar respuestas al ejercicio a un mínimo de cinco participantes.	Exponer respuestas al ejercicio.	
25 minutos	Propuesta del día ideal (ver Manual del instructor).	Exposición y aplicación.	Explicar el llenado de la Propuesta del día ideal (ver Manual del participante).	Contestar la Propuesta del día ideal.	Computadora, cañón de proyección, Propuesta del día ideal y lápices.
5 minutos	Comentarios sobre el ejercicio (ver Manual del instructor).		Solicitar respuestas al ejercicio a un mínimo de cinco participantes.	Exponer respuestas al ejercicio.	
5 minutos	Cierre de la sesión (ver Manual del instructor).	Exposición	Aclarar dudas y concertar cita para la siguiente sesión.	Escuchar y exponer dudas.	

*Envejecimiento exitoso y actividades de la vida diaria de adultos mayores*

**SESIÓN 3**

Cambios asociados al envejecimiento y modelo de selección, optimización y compensación

**Objetivo de la sesión:**

Los participantes del grupo conocerán e identificarán los cambios que se han dado en ellos con el paso del tiempo y, conocerán los procesos de adaptación del adulto mayor ante los cambios en la vejez e identificarán las modificaciones en las actividades de la vida de diaria que requieren en su propia persona.

<i>Duración</i>	<i>Actividad</i>	<i>Técnica Didáctica</i>	<i>Actividades principales</i>		<i>Materiales</i>
			<i>Instructores</i>	<i>Participantes</i>	
5 minutos	Lista de asistencia (ver Manual del instructor).		Toma de lista de asistencia.	Respuesta al pase de lista.	Lista de asistencia.
5 minutos	Revisión de la sesión anterior (ver Manual del instructor).	Interrogativa.	Solicitar a un mínimo de cinco participantes, un resumen de la sesión anterior, aclarándoles información sobre dudas.	Proporcionar un resumen y plantear dudas.	
5 minutos	Objetivo de la sesión (ver Manual del instructor).	Exposición.	Exponer el objetivo de la sesión y aclarar dudas.	Escuchar y exponer dudas.	Computadora y cañón de proyección.
10 minutos	Cambios asociados al envejecimiento (ver Manual del instructor).	Exposición.	Describir los cambios más comunes que se presentan en el adulto mayor con el paso del envejecimiento.	Escuchar y exponer dudas.	Computadora y cañón de proyección.
20 minutos	¿En qué he cambiado? (ver Manual del instructor).	Exposición y aplicación.	Explicar a los participantes el llenado de la Hoja de cambios en la vejez (ver Manual del participante).	Llenar la Hoja de cambios y exponer dudas.	Computadora, cañón de proyección, Hoja de cambios en la vejez y lápices.
5 minutos	Comentarios sobre el ejercicio (ver Manual del instructor).		Solicitar respuestas al ejercicio a un mínimo de cinco participantes.	Exponer respuestas al ejercicio.	
10 minutos	Selección, optimización y compensación (ver Manual del instructor).	Exposición.	Describir generalidades en términos simples del modelo de selección, optimización y compensación, y aclarar dudas.	Escuchar y exponer dudas.	Computadora y cañón de proyección.
20 minutos	¿Qué cambios requiero hacer? (ver Manual del instructor).	Exposición y aplicación.	Explicar a los participantes el llenado del Inventario de la vida (ver Manual del participante).	Llenar el Inventario de la vida y exponer dudas.	Computadora, cañón de proyección, Inventario de la vida y lápices.
5 minutos	Comentarios sobre el ejercicio (ver Manual del instructor).		Solicitar respuestas al ejercicio a un mínimo de cinco participantes.	Exponer respuestas al ejercicio.	
5 minutos	Cierre de la sesión (ver Manual del instructor).	Exposición	Aclarar dudas y concertar cita para la siguiente sesión.	Escuchar y exponer dudas.	

**SESIÓN 4**

Modelo de solución de problemas

**Objetivo de la sesión:**

Los participantes del grupo conocerán los componentes específicos del modelo de solución de problemas y aplicarán dichos componentes en la solución de problemas personales

<i>Duración</i>	<i>Actividad</i>	<i>Técnica Didáctica</i>	<i>Actividades principales</i>		<i>Materiales</i>
			<i>Instructores</i>	<i>Participantes</i>	
5 minutos	Lista de asistencia (ver Manual del instructor).		Toma de lista de asistencia.	Respuesta al pase de lista.	Lista de asistencia.
5 minutos	Revisión de la sesión anterior (ver Manual del instructor).	Interrogativa.	Solicitar a un mínimo de cinco participantes, un resumen de la sesión anterior, aclarándoles información sobre dudas.	Proporcionar un resumen y plantear dudas.	
5 minutos	Objetivo de la sesión (ver Manual del instructor).	Exposición.	Exponer el objetivo de la sesión y aclarar dudas.	Escuchar y exponer dudas.	Computadora y cañón de proyección.
55 minutos	Pasos en la solución de problemas (ver Manual del instructor).	Exposición y aplicación.	Explicar a los participantes el llenado de la Hoja de solución de problemas (ver Manual del participante).	Llenar la Hoja de solución de problemas y exponer dudas.	Computadora, cañón de proyección, Hoja de solución de problemas y lápices.
15 minutos	Comentarios sobre el ejercicio (ver Manual del instructor).		Solicitar respuestas al ejercicio a un mínimo de cinco participantes.	Exponer respuestas al ejercicio.	
5 minutos	Cierre de la sesión (ver Manual del instructor).	Exposición	Aclarar dudas y concertar cita para la siguiente sesión.	Escuchar y exponer dudas.	

<b>SESIÓN DE EVALUACIÓN “POSTEST”</b>					
Cierre del curso-taller y evaluación					
<b>Objetivo de la sesión:</b>					
Los participantes del grupo realimentarán las diferentes sesiones vistas con anterioridad, serán evaluados como medición “postest” y se finalizará el curso-taller					
<b>Duración</b>	<b>Actividad</b>	<b>Técnica didáctica</b>	<b>Actividades principales</b>		<b>Materiales</b>
			<b>Instructores</b>	<b>Participantes</b>	
5 minutos	Lista de asistencia (ver Manual del instructor).		Toma de lista de asistencia.	Respuesta al pase de lista.	Lista de asistencia.
5 minutos	Revisión de la sesión anterior (ver Manual del instructor).	Interrogativa.	Solicitar a un mínimo de cinco participantes, un resumen de la sesión anterior, aclarándoles información sobre dudas.	Proporcionar un resumen y plantear dudas.	
15 minutos	Beneficios obtenidos en el curso-taller (ver Manual del instructor).	Interrogativa.	Solicitar a un mínimo de cinco participantes un resumen de lo visto durante el curso-taller, y preguntarles qué aprendieron de él y si consideran que les sirvió para mejorar aspectos de su vida diaria.	Exponer el resumen del curso-taller y responder a la pregunta sobre los beneficios obtenidos por el curso-taller.	
60 minutos	Evaluación “postest” (ver Manual del instructor).	Exposición y aplicación.	Mencionar el objetivo de la evaluación, entregar a cada participante los instrumentos de medición, dar instrucciones para contestarlos y apoyar a quienes se les dificulte leer y escribir.	Contestar los instrumentos de medición.	Escala de Depresión Geriátrica, Inventario de Ansiedad, Inventario de Actividades de la Vida Diaria de Adultos Mayores y lápices.
5 minutos	Cierre de la sesión (ver Manual del instructor).	Exposición	Agradecer la participación de los adultos mayores en el curso-taller y mencionarles que es la última sesión, pero que habrá una evaluación de seguimiento.	Escuchar y exponer dudas.	

# **Apéndice C**

## ***Manual del instructor***



Este manual describe detalladamente las actividades a realizar por parte de los instructores en las diferentes sesiones que componen este curso-taller sobre envejecimiento exitoso y actividades de la vida diaria de adultos mayores. Un mínimo de cinco instructores impartirán el curso-taller, donde cada uno de ellos deberá portar su respectivo gafete que lo identifique con su primer nombre. La duración aproximada para cada sesión es de 90 a 120 minutos, con una o dos sesiones semanales; adjunto a este manual del instructor, vienen un disco compacto con archivos de diapositivas en “powerpoint” que pueden servir de apoyo a las diversas exposiciones que se harán en las diferentes sesiones del curso-taller. Las ideas vertidas en este manual pueden seguirse al pie de la letra, más aún pueden hacerse modificaciones sobre la marcha, esto de acuerdo al criterio de cada instructor. A continuación se muestran las sesiones con las actividades propias de los instructores.

### SESION DE EVALUACIÓN “PRETEST”

- Integración del grupo, encuadre general del curso-taller y evaluación.
- Objetivo de la sesión: los instructores y participantes del grupo se presentarán y darán a conocer sus expectativas ante el curso-taller; además los participantes conocerán un encuadre general del mismo y serán evaluados como medición “pretest”.

.....

- **Actividad:** presentación y expectativas.
- **Técnica didáctica:** uso de la dinámica “La pelota preguntona”.
- **Material:** una pelota y gafetes.
- **Duración:** 10 minutos.
- **Descripción de actividades:** el instructor hablará en voz alta y con velocidad de discurso lento: *“Muy buenos días, somos estudiantes de psicología del ITSON...(mencionar los nombres de cada uno de los instructores)...y estamos aquí para ofrecerles un curso sobre envejecimiento exitoso y actividades de la vida diaria; pero antes que otra cosa, queremos conocerlos a cada uno de ustedes, y para ello vamos a empezar nuestras actividades jugando a la <<pelota preguntona>>”*. Los instructores y participantes se paran formando un círculo. Uno de los instructores toma la pelota y se presenta: dice su nombre, sus pasatiempos favoritos y cuales expectativas tiene del curso-taller; luego, éste lanza la pelota a un participante quien a su vez deberá presentarse de la misma forma. Después, el participante lanzará la pelota a otro integrante del grupo hasta que todos hayan participado. Una vez que todos se han presentado, se hacen gafetes con los nombres de los participantes y se les entregan pidiéndoles que los cuiden y usen durante todo el curso-taller.

.....

- **Actividad:** encuadre general del curso-taller.
- **Técnica didáctica:** exposición.
- **Duración:** 10 minutos.
- **Descripción de actividades:** el instructor hablará en voz alta y con velocidad de discurso lento: *“Ahora queremos decirles en qué va a consistir este curso que les ofrecemos. Este curso tiene como objetivo mejorar diversos aspectos en ustedes tales como:*
  - *La salud, esto a través de información sobre dietas, ejercicios, descanso y la eliminación de hábitos dañinos como el alcohol, cigarro y la automedicación.*

- **La relación con otras personas**, esto a través de conocer cuáles son las relaciones sociales más satisfactorias en la vida de un adulto mayor.
- **La programación de actividades de entretenimiento** con base en aquellas actividades que más gustan y dominan los adultos mayores.
- **Y una mayor capacidad de solucionar problemas de la vida diaria**, sobre todo aquellos problemas relacionados a los cambios que sufren los adultos mayores debido a la edad y que les impiden realizar sus actividades diarias”.

“Por favor, cualquier comentario, duda o inquietud que tengan con respecto a los contenidos y actividades de este curso que aplicaremos en ustedes, díganosla en este momento”.

.....

- **Actividad:** evaluación “pretest”.
- **Técnica didáctica:** exposición y aplicación.
- **Material:** Consentimiento informado (CI), Hoja de datos sociodemográficos (HDS), Escala de Depresión Geriátrica (EDG), Inventario de Ansiedad (IA), Inventario de Actividades de la Vida Diaria de Adultos Mayores (INACVIDIAM), hojas impresas con las opciones de respuesta del INACVIDIAM y lápices.
- **Duración:** 60 minutos
- **Descripción de actividades:** el instructor hablará en voz alta y con velocidad de discurso lento: “Ahora les vamos a dar unos cuestionarios para que por favor nos los contesten. El objetivo de esta evaluación es saber cómo se encuentran ustedes antes de empezar el curso; pero antes nos dicen si desean o no participar con nosotros. Para ello, les vamos a dar primero una hoja donde les informamos para qué es el curso”.

Se le da el CI y un lápiz a cada uno de los participantes, y se les dice:

- “Por favor, lean esta primera hoja que les estamos dando, y contesten al final si aceptan o no participar con nosotros. Todas aquellas personas que tengan dudas o no puedan leer o escribir por alguna razón, levanten su mano para que nosotros pasemos y los apoyemos en su lectura y firma”.

Después de que todos los participantes hayan leído y firmado el CI, recoger cada uno de los documentos. Poner atención en quienes no hayan aceptado participar en el curso-taller, para ya no entregarles los siguientes documentos. Posteriormente decirles:

- “Bien...ahora les vamos a dar una segunda hoja para que también la contesten. Esta se trata de 13 preguntas sobre aspectos generales personales. Todas aquellas personas que tengan dudas o no puedan leer o escribir por alguna razón, levanten su mano para que nosotros pasemos y los apoyemos en su lectura y llenado de este cuestionario”. Se les entrega el HDS.

Después de que todos los participantes hayan contestado el HDS, recoger cada uno de los documentos. Posteriormente decirles:

- “Bien...ahora les vamos a dar una tercera hoja para que también la contesten. Esta se trata de 15 preguntas sobre su estado de ánimo, donde ustedes responderán con un SÍ o con un No a cada una de las preguntas. Todas aquellas personas que tengan dudas o no puedan leer o escribir por alguna razón, levanten su mano para que nosotros pasemos y los apoyemos en su lectura y llenado de este cuestionario”. Se les entrega el EDG.

Después de que todos los participantes hayan contestado el EDG, recoger cada uno de los documentos. Posteriormente decirles:

- *“Bien...ahora les vamos a dar otro cuestionario de 23 preguntas también sobre su estado de ánimo. Todas aquellas personas que tengan dudas o no puedan leer o escribir por alguna razón, levanten su mano para que nosotros pasemos y los apoyemos en su lectura y llenado de este cuestionario”*. Se les entrega el IA.

Después de que todos los participantes hayan contestado el IA, recoger cada uno de los documentos. Posteriormente decirles:

- *“Bien...ahora les vamos a dar el último cuestionario que traemos. Este cuestionario trae dibujos de actividades que adultos mayores como ustedes hacen diariamente; lo que queremos saber es qué tan seguido hacen ustedes estas actividades, además de otras cosas. Para explicarles como contestarlo, necesitaremos la ayuda de dos de ustedes”*.

En ese momento, cuatro de los instructores tomarán respectivamente una hoja impresa con las opciones de respuesta de “Nunca”, “A veces”, “Muy seguido” y “Todos los días” del INACVIDIAM, y se pararán manteniendo su hoja en el pecho mostrando la impresión hacia los participantes, de manera que queden en el orden mencionado al principio de este párrafo. A partir de ese momento se le dirá a una de las participantes del grupo:

- *“Usted señora, por favor pase al frente...(preguntarle el nombre a la participante)...usted será la primera en ayudarnos a explicarles como contestar el último cuestionario que traemos para ustedes. Voy a hacerle una pregunta y usted nos dirá cual respuesta elige de las cuatro opciones que muestran mis compañeros. Por favor díganos, **¿qué tan seguido cocina?, ¿nunca, a veces, muy seguido o todos los días?**”*.

Cuando la participante haya elegido una opción de respuesta para esta primera pregunta, dos de los cuatro instructores mostrarán ahora respectivamente una hoja impresa con las opciones de respuesta de “Sí” y “No”, y haciendo énfasis en la frecuencia de “cocinar” que reportó la participante, decirle:

- *“Bien señora, usted dice que cocina “x veces”...(mencionar la opción de respuesta que eligió la participante en la primera pregunta)...ahora por favor, conteste la siguiente pregunta: **¿está satisfecha por ello?, es decir, ¿está satisfecha por cocinar “x veces?”**...(mencionar de nuevo la opción de respuesta que eligió la participante en la primera pregunta), **¿sí o no?**”*.

Finalmente, cuando la participante haya elegido una opción de respuesta para esta segunda pregunta, y remarcando de nuevo en la frecuencia de “cocinar” que reportó la participante, decirle:

- *“Bien señora, usted dice que...(mencionar la opción de respuesta que eligió la participante en la segunda pregunta)...está satisfecha por cocinar “x veces”...(mencionar la opción de respuesta que eligió la participante en la primera pregunta)...ahora por favor, conteste la siguiente pregunta: **¿tiene dificultades para hacer esta actividad?, ¿sí o no?**”*.

Después de que la participante haya respondido a todas las preguntas, darle las gracias, solicitarle que tome asiento, pedir un aplauso para ella e inmediatamente después se acomodan de nuevo los cuatro instructores con las opciones de respuesta de “Nunca”, “A veces”, “Muy seguido” y “Todos los días”, y se le dirá al grupo de participantes:

- *“Bien...ahora vamos a ver otro ejemplo de cómo contestar el último cuestionario, pero esta vez con un hombre. Usted señor, por favor pase al frente...(preguntarle el nombre al participante)...voy a hacerle una pregunta y usted nos dirá cual respuesta elige de las cuatro opciones que muestran mis compañeros. Por favor díganos, ¿qué tan seguido barre?, ¿nunca, a veces, muy seguido o todos los días?”.*

Cuando el participante haya elegido una opción de respuesta para esta primera pregunta, dos de los cuatro instructores mostrarán ahora las opciones de respuesta de “Sí” y “No”, y haciendo énfasis en la frecuencia de “barrer” que reportó el participante, decirle:

- *“Bien señor, usted dice que barre “x veces”...(mencionar la opción de respuesta que eligió el participante en la primera pregunta)...ahora por favor, conteste la siguiente pregunta: ¿está satisfecho por ello?, es decir, ¿está satisfecho por barrer “x veces”?...(mencionar de nuevo la opción de respuesta que eligió el participante en la primera pregunta), ¿sí o no?”.*

Finalmente, cuando el participante haya elegido una opción de respuesta para esta segunda pregunta, y remarcando de nuevo en la frecuencia de “barrer” que reportó el participante, decirle:

- *“Bien señor, usted dice que...(mencionar la opción de respuesta que eligió la participante en la segunda pregunta)...está satisfecho por barrer “x veces”...(mencionar la opción de respuesta que eligió el participante en la primera pregunta)...ahora por favor, conteste la siguiente pregunta: ¿tiene dificultades para hacer esta actividad?, ¿sí o no?”.*

Después de que el participante haya respondido a todas las preguntas, darle las gracias, solicitarle que tome asiento, pedir un aplauso para él e inmediatamente después comentarle al grupo de participantes:

- *“Bien...ahora les daremos el último cuestionario para que lo contesten; ¿tienen dudas de cómo contestarlo?... (despejar dudas si existen)...Todas aquellas personas que tengan dudas o no puedan leer o escribir por alguna razón, levanten su mano para que nosotros pasemos y los apoyemos en su lectura y llenado de este cuestionario” (repartir el INACVIDIAM según el sexo del participante).*

Después de que todos los participantes hayan contestado el INACVIDIAM, recoger cada uno de los documentos y todos los lápices.

.....

- **Actividad:** cierre de la sesión.
- **Técnica didáctica:** exposición.
- **Duración:** 10 minutos.
- **Descripción de actividades:** los instructores generarán una lista de asistencia con los participantes del curso-taller para usarla al inicio de las sesiones subsecuentes, y establecerán los días y horarios de reunión del grupo en el curso-taller concertando la siguiente sesión y las demás restantes; y aclararán dudas.

.....

## SESIÓN 1

- Modelo de envejecimiento exitoso y educación para la salud.
- Objetivo de la sesión: con base en los supuestos del modelo de envejecimiento exitoso, los participantes del grupo identificarán aquellas conductas de protección a la salud que promueven una vejez exitosa.

.....

- **Actividad:** lista de asistencia.
- **Material:** lista de asistencia.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** toma de lista de asistencia.

.....

- **Actividad:** objetivo de la sesión.
- **Técnica didáctica:** exposición.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** el instructor expondrá en voz alta y con velocidad de discurso lento, el siguiente párrafo: *“Ahora vamos a decirles en qué consiste el objetivo de esta sesión. Esta sesión tiene como objetivo conocer cuáles son aquellas actividades que hacen que un adulto mayor se sienta mejor y envejezca de una manera más saludable; por ello vamos a hablar de las actividades de protección a la salud, es decir, aquellas actividades que un adulto mayor puede hacer y que reducen la posibilidad de que se enferme. ¿Tienen algún comentario, duda o pregunta al respecto de lo que hoy vamos a hacer?”*

.....

- **Actividad:** modelo de envejecimiento exitoso.
- **Técnica didáctica:** exposición.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** el instructor expondrá en voz alta y con velocidad de discurso lento, el siguiente párrafo: *“Vamos a empezar hablándoles sobre el envejecimiento exitoso, que es otra manera de decir que se envejece con satisfacción. Los estudiosos de este tema dicen que un adulto mayor envejece con éxito cuando hace actividades para no enfermarse tanto (hacer ejercicio, tener una dieta saludable, tomar descansos, no fumar ni beber, no abusar de medicinas, etcétera). Pero también dicen que un adulto mayor envejece con satisfacción cuando sigue llevando una vida activa y hace actividades tanto en su casa como en la comunidad, en especial aquellas actividades donde se relaciona socialmente con otras personas, sobre todo con personas de importancia para el adulto mayor (familiares, amigos, vecinos, etcétera). Además, es importante seguir haciendo actividades que sean productivas aún cuando no se reciba un pago por ello. Por ejemplo, un adulto mayor puede cuidar a una persona enferma o trabajar como voluntario en una iglesia, por lo que está siendo productiva aún cuando no le paguen por hacerlo. Sin embargo, así como les mencionamos al principio, esta vez nos interesa hablar más sobre aquellas actividades que hacen que un adulto mayor se sienta mejor y envejezca de una manera más saludable; por ello vamos a hablar de las actividades de protección a la salud, es decir, aquellas actividades que un adulto mayor*

*puede hacer y que reducen la posibilidad de que se enferme. Antes de empezar con eso, ¿tienen algún comentario, duda o pregunta al respecto de lo que acabamos de mencionar?”*

.....

- **Actividad:** introducción a la educación para la salud.
- **Técnica didáctica:** dinámica “El cajón de las sorpresas”.
- **Material:** una caja de zapatos con tapa.
- **Duración:** 15 minutos.
- **Descripción de actividades:** el instructor expondrá en voz alta y con velocidad de discurso lento, el siguiente párrafo: *“Vamos a empezar esta sesión con una dinámica que se llama <<El cajón de las sorpresas>>. Esta dinámica se usa para experimentar formas nuevas de comunicación entre los miembros de un grupo, para el desarrollo de la creatividad y utilizar nuestra imaginación. Para llevarla a cabo necesito que todos formemos un círculo alrededor de esta caja de zapatos (el instructor deberá, antes de iniciar la dinámica, colocar las sillas en círculo alrededor de la caja de cartón). Esta caja es mágica y contiene una serie de objetos donde ustedes deberán de adivinar de qué se trata. Yo iniciaré con la actividad: abriré la caja, sacaré un objeto de los que contiene y lo usaré frente a ustedes; lo que tienen que hacer es adivinar de qué objeto se trata, y el que adivine primero tomará mi lugar aquí en el centro, sacaré su objeto y los demás tendremos que adivinar de qué se trata. Y así continuaremos hasta que 10 de ustedes saquen un objeto de la caja. Antes de empezar ¿tienen alguna duda sobre cómo se llevará a cabo la actividad? Si todo ha quedado claro vamos a iniciar.*

.....

- **Actividad:** hábitos de vida relacionados con la salud.
- **Técnica didáctica:** exposición.
- **Duración:** 25 minutos.
- **Descripción de actividades:** el instructor expondrá en voz alta y con velocidad de discurso lento, el siguiente párrafo: *“Para esta siguiente actividad, vamos a empezar hablándoles sobre qué significa salud. <<La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades>>. Es decir, vamos a entender a la salud como un estado de bienestar en el cual tenemos capacidad de valernos por nosotros mismos, ser funcionales y, mantenernos libres de incomodidad y dolor por el más largo tiempo posible en el lugar donde nos encontremos. Los estudiosos de este tema dicen que para tener salud, debemos hacer actividades que nos permitan mejorar nuestra salud. Por ejemplo, un adulto mayor puede cuidar de su salud cuidando su alimentación, realizando una actividad física, descansar, no fumar, no beber y consultar de manera regular a su médico para prevenir enfermedades. Sin embargo, si ya se tiene una enfermedad, el seguir las indicaciones del médico es fundamental para mejorar la salud; por ello vamos a hablar sobre qué actividades de protección a la salud debe hacer un adulto mayor y que reducen la posibilidad de que se enferme. Antes de empezar con eso, ¿tienen algún comentario, duda o pregunta al respecto de lo que acabamos de mencionar?”*

.....

- **Actividad:** prevención primaria.
- **Técnica didáctica:** exposición.
- **Duración:** 25 minutos.

- **Descripción de actividades:** el instructor expondrá en voz alta y con velocidad de discurso lento, el siguiente párrafo: *“Ahora vamos a hablarles sobre las actividades diarias que se tienen que realizar todos los días para evitar las enfermedades. Vamos a dividir las actividades en tres tipos: las primeras son las actividades relacionadas con aspectos de salud física, después seguirán las actividades de tipo psicológico y por último las actividades de tipo social. Las actividades físicas son hábitos de higiene personal como el bañarse todos los días, cuidar la piel vigilando que no tenga rasguños o cortadas que puedan infectarse, no fumar, beber alcohol con moderación, cuidar el peso evitando la obesidad, hacer ejercicio con regularidad, mantener limpia la casa en la que se vive eliminando la basura, quitar todo objeto que pudiera provocar un accidente, lavar y cocinar bien los alimentos antes de comerlos, si se tiene algún animal de mascota cuidarlo para que no ponga en riesgo la salud de los demás y acudir regularmente al médico para detectar oportunamente alguna enfermedad. Las actividades psicológicas que se deben hacer diariamente son aceptarse tal como son, autonomía (libertad personal), tener un propósito en la vida realizando alguna actividad que les guste, buscar el crecimiento personal continuo y aprender a manejar el estrés. En las actividades de tipo social se debe fomentar todos los días tener relaciones positivas con los demás, seguir social y económicamente activos, distribuir el ingreso económico de manera adecuada, si no tienen pareja buscar una y también buscar una actividad recreativa. Estas sencillas actividades les permitirán conservar por más tiempo la salud. ¿Tienen algún comentario, duda o pregunta al respecto de lo que acabamos de mencionar?”*  
.....

- **Actividad:** comentarios sobre los temas vistos.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** solicitar respuestas al ejercicio a un mínimo de cinco participantes.  
.....

- **Actividad:** cierre de la sesión.
- **Técnica didáctica:** exposición.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** aclarar dudas y concertar cita para la siguiente sesión.  
.....

**Nota:** se adjunta a este manual una presentación de diapositivas en “powerpoint” que puede servir de apoyo a las exposiciones que se presentan en esta sesión; se trata del siguiente archivo:

- Presentación – Sesión 1

## SESIÓN 2

- Teoría de la actividad, jerarquización de actividades de dominio y agrado, y propuesta del día ideal.
- Objetivo de la sesión: con base en los supuestos de la teoría de la actividad, los participantes del grupo jerarquizarán actividades de dominio y agrado a través del análisis de definiciones y programarán dichas actividades haciendo una propuesta del día ideal.

.....

- **Actividad:** lista de asistencia.
- **Materiales:** lista de asistencia.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** toma de lista de asistencia.

.....

- **Actividad:** revisión de la sesión anterior.
- **Técnica didáctica:** interrogativa.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** solicitar a un mínimo de cinco participantes, un resumen de la sesión anterior, aclarándoles información sobre dudas.

.....

- **Actividad:** objetivo de la sesión.
- **Técnica didáctica:** exposición.
- **Material:** computadora y cañón de proyección.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** el instructor expondrá en una presentación de diapositivas en “powerpoint” (con número grande de letra, voz alta y velocidad de discurso lento), el siguiente texto: *“Ahora vamos a decirles en qué consiste el objetivo de esta sesión. Esta sesión tiene como objetivo saber que un adulto mayor que lleva a cabo diferentes actividades durante el día, se siente mucho mejor, y que algunas de estas actividades lo hacen sentirse más satisfecho(a) que otras. Además, conoceremos cuáles son esas actividades que más le gusta a hacer a cada uno de ustedes para que empiecen a planear las que más les agraden y las realicen durante el día, o sea van a planear el <<día ideal>> para ustedes, y para ello vamos a hacer un ejercicio. ¿Tienen algún comentario, duda o pregunta al respecto de lo que hoy vamos a hacer?”*

.....

- **Actividad:** teoría de la actividad.
- **Técnica didáctica:** exposición.
- **Material:** computadora y cañón de proyección.
- **Duración:** 10 minutos.
- **Descripción de actividades:** el instructor expondrá en una presentación de diapositivas en “powerpoint” (con número grande de letra, voz alta y velocidad de discurso lento), el siguiente texto: *“Ahora vamos a hablar sobre el hecho de que si un adulto mayor lleva a cabo diferentes actividades durante el día, esto lo hará sentirse más satisfecho con su vida y*



más adaptado a su vejez; esto significa que para envejecer satisfactoriamente se necesita estar activo durante el día. Las actividades que hacen que un adulto mayor se sienta más satisfecho con su vida, son las actividades sociales donde se relaciona con niños, familiares, amigos, vecinos, aunque también hay otras actividades que lo hacen sentirse satisfecho con la vida como es el reunirse con otros adultos mayores, participar en actividades de la iglesia, cuidar enfermos, recibir clases de manualidades y de baile, salir de viaje, etcétera. Otras actividades que se hacen de manera individual, también hacen sentirse bien a un adulto mayor, como leer el periódico, ver televisión, escuchar la radio, etcétera. Entonces, son varias cosas las que tienen que ver con que un adulto mayor se sienta satisfecho con su vida: qué actividades hace durante el día, con quién las hace y dónde las hace. ¿Tienen algún comentario, duda o pregunta al respecto de lo que acabamos de mencionar?”

.....

- **Actividad:** jerarquización de actividades de dominio y agrado.
- **Técnica didáctica:** exposición y aplicación.
- **Material:** computadora, cañón de proyección, Hoja de jerarquización de actividades (ver Manual del participante) y lápices.
- **Duración:** 25 minutos.
- **Descripción de actividades:** el instructor expondrá en una presentación de diapositivas en “powerpoint” (con número grande de letra, voz alta y velocidad de discurso lento), el siguiente gráfico: “Ahora vamos a hacer un ejercicio donde van a contestar una <<Hoja de jerarquización de actividades>>. Así como alcanzamos a ver en la pantalla, se trata de una hoja donde les piden su nombre, fecha del día y donde están tres columnas; en la primera columna se mencionan diferentes actividades que adultos mayores como ustedes llevan a cabo diariamente; en la segunda columna viene una pregunta que les cuestiona sobre cuáles de esas actividades llevan a cabo ustedes y en la tercera columna viene una pregunta que les cuestiona sobre cuáles de esas actividades les gusta más hacer. Primero escribirán su nombre y fecha del día; lo siguiente que harán es que, en la segunda columna donde le preguntan sobre cuáles actividades llevan a cabo ustedes, pondrán una <<palomita>> para señalar cuáles de todas esas actividades son las que realmente llevan ustedes a cabo; posteriormente, en la tercera columna donde les preguntan sobre cuales actividades les gusta más hacer, pondrán una <<palomita>> para indicar cuáles son las actividades de las que hacen, las que más les gusta llevar a cabo (mostrar con un ejemplo el llenado de la hoja en la presentación de <<powerpoint>>). ¿Tienen algún comentario, duda o pregunta al respecto de cómo llenarán esta hoja?”

.....

- **Actividad:** comentarios sobre el ejercicio.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** solicitar respuestas al ejercicio a un mínimo de cinco participantes.

.....

- **Actividad:** propuesta del día ideal.
- **Técnica didáctica:** exposición y aplicación.

- **Material:** computadora, cañón de proyección, Propuesta del día ideal (ver Manual del participante) y lápices.
- **Duración:** 25 minutos.
- **Descripción de actividades:** el instructor expondrá en una presentación de diapositivas en “powerpoint” (con número grande de letra, voz alta y velocidad de discurso lento), el siguiente gráfico: *“Ahora vamos a hacer un ejercicio donde van a contestar una <<Propuesta del día ideal>>. Así como alcanzamos a ver en la pantalla, se trata de una hoja donde les piden su nombre, fecha del día y se les hace una pregunta que dice: ¿Cómo sería su día ideal?, y abajo vienen cinco columnas que dicen <<Hora de inicio>>, <<Hora final>>, <<Actividad>>, <<Dónde>> y <<Con quién>>. Primero escribirán su nombre y fecha del día; pero para saber cómo llenar esta hoja, vamos a ver los siguientes ejemplos: trate de imaginar cuales actividades le gustaría mucho llevar a cabo en un día si no tuviese ninguna limitación ni obligación, y pudiera hacer durante el día únicamente aquello que realmente le gusta hacer. Por ejemplo, si para usted la mejor manera de empezar el día es levantándose a las 5 de la mañana e inmediatamente ponerse a regar el patio de la casa, barrerlo y eso le puede llevar una hora hacerlo, entonces en la columna donde dice <<Hora de inicio>> escribirá <<5>>, en la columna donde dice <<Hora final>> escribirá <<6>>, en la columna donde dice <<Actividad>> escribirá <<Regando y barriendo>>, en la columna donde dice <<Dónde>> escribirá <<En el patio>> y en la columna donde dice <<Con quién>> escribirá <<Solo>> o <<Sola>> si es que desea que nadie lo acompañe en ese momento; si después de eso lo que más le gustaría hacer es prepararse el desayuno y tomarse un café en compañía de su esposo o esposa, y eso le puede llevar una hora, entonces en la columna donde dice <<Hora de inicio>> escribirá <<6>>, en la columna donde dice <<Hora final>> escribirá <<7>>, en la columna donde dice <<Actividad>> escribirá <<Desayunando y tomando café>>, en la columna donde dice <<Dónde>> escribirá <<En el comedor>> y en la columna donde dice <<Con quién>> escribirá <<Con mi esposo>> o <<Con mi esposa>>; si después de eso lo que más le gustaría hacer es ver las noticias en televisión por alrededor de dos horas en compañía de su esposo o esposa, entonces en la columna donde dice <<Hora de inicio>> escribirá <<7>>, en la columna donde dice <<Hora final>> escribirá <<9>>, en la columna donde dice <<Actividad>> escribirá <<Viendo noticias en la televisión>>, en la columna donde dice <<Dónde>> escribirá <<En la sala>> y en la columna donde dice <<Con quién>> escribirá <<Con mi esposo>> o <<Con mi esposa>>; y así sucesivamente escribirá qué actividades le gustaría más llevar a cabo durante el día hasta que se acueste a dormir en la noche, indicando la hora de inicio y hora final para cada actividad y, dónde y con quién le gustaría llevar a cabo dicha actividad (mostrar con un ejemplo el llenado de la hoja en la presentación de <<powerpoint>>). ¿Tienen algún comentario, duda o pregunta al respecto de cómo llenarán esta hoja?”.*

.....

- **Actividad:** comentarios sobre el ejercicio.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** solicitar respuestas al ejercicio a un mínimo de cinco participantes.

.....

- **Actividad:** cierre de la sesión.

- **Técnica didáctica:** exposición.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** aclarar dudas y concertar la cita para la siguiente sesión.

.....

**Nota:** adjunta a este manual, se encuentra una presentación de diapositivas en “powerpoint” que puede servir de apoyo a la exposición que se presenta en esta sesión; se trata del siguiente archivo:

- Presentación – Sesión 2.

### SESIÓN 3

- Cambios asociados al envejecimiento y modelo de selección, optimización y compensación.
- Objetivo de la sesión: los participantes del grupo conocerán e identificarán los cambios que se han dado en ellos con el paso del tiempo y, conocerán los procesos de adaptación del adulto mayor ante los cambios en la vejez e identificarán las modificaciones en las actividades de la vida de diaria que requieren en su propia persona.

.....

- **Actividad:** lista de asistencia.
- **Materiales:** lista de asistencia.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** toma de lista de asistencia.

.....

- **Actividad:** revisión de la sesión anterior.
- **Técnica didáctica:** interrogativa.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** solicitar a un mínimo de cinco participantes, un resumen de la sesión anterior, aclarándoles información sobre dudas.

.....

- **Actividad:** objetivo de la sesión.
- **Técnica didáctica:** exposición.
- **Material:** computadora y cañón de proyección.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** el instructor expondrá en una presentación de diapositivas en “powerpoint” (con número grande de letra, voz alta y velocidad de discurso lento), el siguiente texto: *“Ahora vamos a decirles en qué consiste el objetivo de esta sesión. Esta sesión tiene como objetivo el que conozcan e identifiquen los cambios que se han dado en cada uno de ustedes con el paso del tiempo, y además conocerán cómo un adulto mayor puede adaptarse a los cambios que se presentan en él debido al paso del tiempo, adaptándose a través de modificaciones en sus actividades de la vida diaria. ¿Tienen algún comentario, duda o pregunta al respecto de lo que hoy vamos a hacer?”*

.....

- **Actividad:** cambios asociados al envejecimiento.
- **Técnica didáctica:** exposición.
- **Material:** computadora y cañón de proyección.
- **Duración:** 10 minutos.
- **Descripción de actividades:** el instructor expondrá en una presentación de diapositivas en “powerpoint” (con número grande de letra, voz alta y velocidad de discurso lento), el siguiente texto: *“Ahora vamos a hablar sobre los cambios normales que se presentan en el adulto mayor con el paso del tiempo. Los cambios más evidentes en el adulto mayor son las arrugas, las canas, la caída del cabello en los hombres y la pérdida de los dientes, pero*

*también hay cambios que aumentan la dificultad para hacer actividades de la vida diaria como lo es la pérdida de fuerza en los músculos, pérdida de calcio en los huesos, dolor y pérdida de funcionamiento en las articulaciones (coyunturas) y, problemas en la vista y en el oído. Además, también los adultos mayores pueden fatigarse más rápido al hacer actividad física, pueden enfermarse más seguido, pueden tener problemas para conciliar el sueño y pueden presentar cambios en la memoria que son muy comunes en el adulto mayor, sobre todo a la hora de recordar cosas que han pasado recientemente.*

*Sin embargo, también hay cambios que se presentan en la vida del adulto mayor, y que no se dan necesariamente en el cuerpo físico de su persona, sino se dan en sus relaciones sociales y esto modifica las actividades de la vida diaria del adulto mayor; un ejemplo de ello es la jubilación o retiro del trabajo. Además de ya no seguir en su trabajo, la jubilación o retiro también significa para el adulto mayor menos ingreso de dinero, menos contacto con los amigos que tenía en el trabajo y una mayor cantidad de tiempo libre. Esto exige que el adulto mayor tenga que adaptarse a su nueva etapa de jubilado y retirado. Además, también se producen cambios en la familia ya que los hijos se van de la casa y piden otro tipo de apoyo como el cuidado de los nietos; y también puede presentarse la enfermedad o la muerte del esposo o la esposa, lo cual obliga al adulto mayor a cambiar sus actividades de la vida diaria. Todos estos cambios son comunes en la vida del adulto mayor y algunos pueden presentarse primero que otros. Bien, ¿tienen algún comentario, duda o pregunta al respecto de lo que acabamos de mencionar?”*

.....

- **Actividad:** ¿en qué he cambiado?
- **Técnica didáctica:** exposición y aplicación.
- **Material:** computadora, cañón de proyección, Hoja de cambios en la vejez (ver Manual del participante) y lápices.
- **Duración:** 20 minutos.
- **Descripción de actividades:** el instructor expondrá en una presentación de diapositivas en “powerpoint” (con número grande de letra, voz alta y velocidad de discurso lento), el siguiente gráfico: “Ahora vamos a hacer un ejercicio donde van a contestar una <<Hoja de cambios en la vejez>>. Así como alcanzamos a ver en la pantalla, se trata de una hoja donde les piden su nombre, fecha del día y donde después viene una pregunta que dice: ¿En qué he cambiado debido al paso del tiempo? y abajo vienen cinco columnas que dicen <<Cambios en mi cuerpo>>, <<Cambios en mi memoria>>, <<Cambios en mi trabajo>>, <<Cambios en mi familia>> y <<Cambios en mis amistades>>. Primero escribirán su nombre y fecha del día; pero para saber cómo llenar esta hoja, vamos a ver los siguientes ejemplos: si uno de ustedes, a diferencia de cuando era más joven, está teniendo actualmente problemas con dolor en sus articulaciones (coyunturas) a medida que pasa el tiempo, entonces escribirá <<dolor en las coyunturas>> en la columna donde dice <<Cambios en mi cuerpo>>; de igual manera si a medida que pasa el tiempo se le olvida seguido comprar algunas cosas cada vez que va al mandado, escribirá <<olvido cosas al ir de compras>> en la columna donde dice <<Cambios en mi memoria>>. Y así sucesivamente escribirá otros cambios si es que los está presentando, ya sean cambios también en su trabajo (por ejemplo, haberse jubilado o retirado del trabajo), cambios en su familia (por ejemplo, que el último de los hijos se haya ido a vivir a otra parte) o cambios en sus amistades (por ejemplo, que haya fallecido uno de los amigos) (mostrar con un ejemplo el llenado de la hoja en la presentación de

<<powerpoint>>). *¿Tienen algún comentario, duda o pregunta al respecto de cómo llenarán esta hoja?*”

.....

- **Actividad:** comentarios sobre el ejercicio.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** solicitar respuestas al ejercicio a un mínimo de cinco participantes.

.....

- **Actividad:** selección, optimización y compensación.
- **Técnica didáctica:** exposición.
- **Material:** computadora y cañón de proyección.
- **Duración:** 10 minutos.
- **Descripción de actividades:** el instructor expondrá en una presentación de diapositivas en “powerpoint” (con número grande de letra, voz alta y velocidad de discurso lento), el siguiente texto: *“Cuando un adulto mayor empieza a sentir los cambios propios de la vejez y se da cuenta que ahora se le dificulta hacer las cosas que antes hacía con facilidad, se ve obligado a hacer cambios en sus actividades de la vida diaria con el fin de adaptarse a sus dificultades y sentirse más satisfecho con su vida; lo primero que tiene que lograr es buscar la manera de seguir haciendo las cosas, quizá ahora dedicándoles más tiempo, más esfuerzo y más energía para hacerlas, o pidiendo ayuda a otras personas especialmente su grupo social de apoyo más cercano (familiares, amigos, profesionales de la salud, etcétera) o apoyándose en aparatos o la tecnología si es que está a su alcance; es decir, buscará el modo de optimizar y/o compensar sus actividades para seguir funcionando. Pero si sus dificultades son tantas debido a su vejez o a alguna enfermedad, entonces ahora debe de hacer menos cosas que antes. Pero esas menos cosas que ahora hará, deben ser importantes para el adulto mayor, es decir, la persona deberá identificar cuáles son las actividades de mayor importancia en su vida, y elegirlas como su principal objetivo de ahora en adelante, y que además sepa que es capaz de realizar dichas actividades. Esto hace que la persona siga funcionando, pero ahora lo hace de manera más especializada. Todo lo mencionado anteriormente, es más común verlo en aquellas personas donde los cambios propios de su vejez o limitaciones debidas a enfermedades, sean lo suficientemente importantes como para afectar sus actividades de la vida diaria. Bien, ¿tienen algún comentario, duda o pregunta al respecto de lo que acabamos de mencionar?”*

.....

- **Actividad:** ¿qué cambios requiero hacer?
- **Técnica didáctica:** exposición y aplicación.
- **Material:** computadora, cañón de proyección, Inventario de la vida (ver Manual del participante) y lápices.
- **Duración:** 20 minutos.
- **Descripción de actividades:** el instructor expondrá en una presentación de diapositivas en “powerpoint” (con número grande de letra, voz alta y velocidad de discurso lento), el siguiente texto: *“Ahora vamos a hacer un ejercicio donde van a contestar una hoja llamada <<Inventario de la vida>>. Así como alcanzamos a ver en la pantalla, se trata de una hoja*

donde les piden su nombre, fecha del día y además vienen siete preguntas que contestarán de la manera más sincera posible. Primero escribirán en la hoja su nombre y la fecha del día; después, la primera pregunta que contestarán dice: *¿Cuáles son las actividades más importantes que hace actualmente y que le hacen sentirse más satisfecho(a) con su vida?; por favor, contesten esa pregunta. Todas aquellas personas que tengan dudas o no puedan leer o escribir por alguna razón, levanten su mano para que nosotros pasemos y los apoyemos en su respuesta a la pregunta*” (se les da a los participantes un tiempo mínimo de cinco minutos para que contesten la pregunta).

“La segunda pregunta que contestarán dice: *Debido al paso del tiempo o a enfermedades, ¿ha cambiado la manera en que usted hace estas actividades?; por favor, contesten esa pregunta. Todas aquellas personas que tengan dudas o no puedan leer o escribir por alguna razón, levanten su mano para que nosotros pasemos y los apoyemos en su respuesta a la pregunta*” (se les da a los participantes un tiempo mínimo de cinco minutos para que contesten la pregunta).

“La tercera pregunta que contestarán dice: *¿Necesita dedicarle más esfuerzo a sus actividades para poder hacerlas?; por favor, contesten esa pregunta. Todas aquellas personas que tengan dudas o no puedan leer o escribir por alguna razón, levanten su mano para que nosotros pasemos y los apoyemos en su respuesta a la pregunta*” (se les da a los participantes un tiempo mínimo de cinco minutos para que contesten la pregunta).

“La cuarta pregunta que contestarán dice: *¿Necesita ayuda de otra persona o del uso de aparatos para hacer estas actividades importantes?; por favor, contesten esa pregunta. Todas aquellas personas que tengan dudas o no puedan leer o escribir por alguna razón, levanten su mano para que nosotros pasemos y los apoyemos en su respuesta a la pregunta*” (se les da a los participantes un tiempo mínimo de cinco minutos para que contesten la pregunta).

“La quinta pregunta que contestarán dice: *O en definitiva, debido al paso del tiempo o a enfermedades, ¿debe dejar de hacer algunas de estas actividades importantes?; por favor, contesten esa pregunta. Todas aquellas personas que tengan dudas o no puedan leer o escribir por alguna razón, levanten su mano para que nosotros pasemos y los apoyemos en su respuesta a la pregunta*” (se les da a los participantes un tiempo mínimo de cinco minutos para que contesten la pregunta).

“La sexta pregunta que contestarán dice: *Si debido al paso del tiempo o a enfermedades debe dejar de hacer algunas actividades importantes, ¿cuáles actividades importantes si puede seguir haciendo?; por favor, contesten esa pregunta. Todas aquellas personas que tengan dudas o no puedan leer o escribir por alguna razón, levanten su mano para que nosotros pasemos y los apoyemos en su respuesta a la pregunta*” (se les da a los participantes un tiempo mínimo de cinco minutos para que contesten la pregunta).

“La última pregunta que contestarán dice: *Las respuestas que dio a estas preguntas, ¿pueden ayudarlo(a) para adaptarse a sus problemas en su vejez y tener un envejecimiento más satisfactorio?; por favor, contesten esa pregunta. Todas aquellas personas que tengan dudas o no puedan leer o escribir por alguna razón, levanten su mano para que nosotros pasemos y los apoyemos en su respuesta a la pregunta*” (se les da a los participantes un tiempo mínimo de cinco minutos para que contesten la pregunta).

.....

- **Actividad:** comentarios sobre el ejercicio.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** solicitar respuestas al ejercicio a un mínimo de cinco participantes.

.....

- **Actividad:** cierre de la sesión.
- **Técnica didáctica:** exposición.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** aclarar dudas y concertar cita para la siguiente sesión.

.....

**Nota:** adjunta a este manual, se encuentra una presentación de diapositivas en “powerpoint” que puede servir de apoyo a las exposiciones que se presentan en esta sesión; se trata del siguiente archivo:

➤ Presentación – Sesión 3.



## SESIÓN 4

→ Modelo de solución de problemas.

→ Objetivo de la sesión: los participantes del grupo conocerán los componentes específicos del modelo de solución de problemas y aplicarán dichos componentes en la solución de problemas personales.

.....

- **Actividad:** lista de asistencia.
- **Materiales:** lista de asistencia.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** toma de lista de asistencia.

.....

- **Actividad:** revisión de la sesión anterior.
- **Técnica didáctica:** interrogativa.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** solicitar a un mínimo de cinco participantes, un resumen de la sesión anterior, aclarándoles información sobre dudas.

.....

- **Actividad:** objetivo de la sesión.
- **Técnica didáctica:** exposición.
- **Material:** computadora y cañón de proyección.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** el instructor expondrá en una presentación de diapositivas en “powerpoint” (con número grande de letra, voz alta y velocidad de discurso lento), el siguiente texto: *“Ahora vamos a decirles en qué consiste el objetivo de esta sesión. Esta sesión tiene como objetivo el que conozcan cuales son los pasos que se siguen para la solución eficaz de un problema, y que intenten aplicar estos pasos a algún problema personal que ustedes tengan. ¿Tienen algún comentario, duda o pregunta al respecto de lo que hoy vamos a ver?”*

.....

- **Actividad:** pasos en la solución de problemas.
- **Técnica didáctica:** exposición y aplicación.
- **Material:** computadora, cañón de proyección, Hoja de solución de problemas (ver Manual del participante) y lápices.
- **Duración:** 55 minutos.
- **Descripción de actividades:** el instructor expondrá en una presentación de diapositivas en “powerpoint” (con número grande de letra, voz alta y velocidad de discurso lento), el siguiente texto: *“Al igual que las demás personas, todos hemos experimentado un gran número de problemas a lo largo de nuestras vidas; algunas personas más que otras, pero todos estamos expuestos a las situaciones desagradables de la vida. Algunos de esos problemas los hemos resuelto y otros no, pero lo ideal es reconocer nuestros problemas a medida que surjan, sin evitarlos ni negarlos. Esto no significa que debemos tomar acciones*

*precipitadas para resolverlos, sino más bien que podemos pensar bien en nuestros problemas y pensar también en sus posibles soluciones. Una buena manera de empezar a resolver la mayoría de nuestros problemas, es poner en marcha los siguientes pasos que hoy vamos a conocer a través de un ejercicio. Para ello utilizarán una <<Hoja de solución de problemas>> que como pueden ver en la pantalla, se trata de una hoja donde les piden su nombre, fecha del día, y además vienen cinco preguntas que contestarán pensando en algún problema importante que tengan en su vida actualmente. Primero escribirán en la hoja su nombre y la fecha del día; después, la primera pregunta que contestarán dice: ¿Cuál es el problema? Aquí escribirán ese problema importante que tienen actualmente, sobre todo algún problema relacionado con los cambios que sufren los adultos mayores debido a la edad y que les impiden realizar sus actividades diarias, o ya sea que se trate de un problema que tengan con su esposo o su esposa o sus hijos, problemas de salud, problemas económicos, etcétera. Por favor, contesten esa pregunta; todas aquellas personas que tengan dudas o no puedan leer o escribir por alguna razón, levanten su mano para que nosotros pasemos y los apoyemos en su respuesta a la pregunta” (se les da a los participantes un tiempo mínimo de cinco minutos para que contesten la pregunta).*

*“El segundo punto que contestarán dice: Formas de solucionar el problema <<opciones>>; aquí escribirán por lo menos cinco posibles soluciones que se les ocurran al problema que tienen actualmente; no importa que algunas de las posibles soluciones que escriban parezcan <<locas>> o <<raras>>; ustedes escriban esas posibles soluciones al problema sin criticarlas todavía. Esto es para saber que tantas posibilidades existen para solucionar el problema. Por favor, contesten ese punto; todas aquellas personas que tengan dudas o no puedan leer o escribir por alguna razón, levanten su mano para que nosotros pasemos y los apoyemos en su respuesta a la pregunta” (se les da a los participantes un tiempo mínimo de cinco minutos para que contesten el punto).*

*“La tercera pregunta que contestarán dice: ¿Qué tan buenas son las opciones anteriores? Aquí escribirán qué cosas buenas y qué cosas malas tiene cada una de las posibles soluciones al problema que escribieron anteriormente. Esto es para saber cuáles soluciones posibles del problema tienen más cosas a favor que en contra. Por favor, contesten esa pregunta; todas aquellas personas que tengan dudas o no puedan leer o escribir por alguna razón, levanten su mano para que nosotros pasemos y los apoyemos en su respuesta a la pregunta” (se les da a los participantes un tiempo mínimo de cinco minutos para que contesten la pregunta).*

*“El cuarto punto que contestarán dice: Elegir la mejor opción; aquí escribirán cual de las posibles soluciones al problema que escribieron, les convence más de utilizar, esto tomando en cuenta las cosas buenas a favor y las cosas malas en contra que tenga esa solución. Esto es para saber cuál es la mejor posibilidad para solucionar el problema. Por favor, contesten ese punto; todas aquellas personas que tengan dudas o no puedan leer o escribir por alguna razón, levanten su mano para que nosotros pasemos y los apoyemos en su respuesta a la pregunta” (se les da a los participantes un tiempo mínimo de cinco minutos para que contesten el punto).*

*“La quinta y última pregunta que contestarán dice: ¿Cómo sabré que he solucionado el problema? Aquí escribirán cuales son aquellas cosas que usted considera que le dirán que se ha solucionado el problema después de poner en marcha la solución que eligieron aplicar. Por favor, contesten esa pregunta; todas aquellas personas que tengan dudas o no puedan leer o*

*escribir por alguna razón, levanten su mano para que nosotros pasemos y los apoyemos en su respuesta a la pregunta” (se les da a los participantes un tiempo mínimo de cinco minutos para que contesten la pregunta).*

.....

- **Actividad:** comentarios sobre el ejercicio.
- **Duración:** 15 minutos.
- **Descripción de actividades:** solicitar respuestas al ejercicio a un mínimo de cinco participantes.

.....

- **Actividad:** cierre de la sesión.
- **Técnica didáctica:** exposición.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** aclarar dudas y concertar cita para la siguiente sesión.

.....

**Nota:** adjunta a este manual, se encuentra una presentación de diapositivas en “powerpoint” que puede servir de apoyo a las exposiciones que se presentan en esta sesión; se trata del siguiente archivo:

- Presentación – Sesión 4.

## SESION DE EVALUACIÓN “POSTEST”

→ Cierre del curso-taller y evaluación.

→ Objetivo de la sesión: los participantes del grupo realimentarán las diferentes sesiones vistas con anterioridad, serán evaluados como medición “posttest” y se finalizará el curso-taller.

.....

- **Actividad:** lista de asistencia.
- **Materiales:** lista de asistencia.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** toma de lista de asistencia.

.....

- **Actividad:** revisión de la sesión anterior.
- **Técnica didáctica:** interrogativa.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** solicitar a un mínimo de cinco participantes, un resumen de la sesión anterior, aclarándoles información sobre dudas.

.....

- **Actividad:** beneficios obtenidos en el taller.
- **Técnica didáctica:** interrogativa.
- **Duración:** 15 minutos.
- **Descripción de actividades:** solicitar a un mínimo de cinco participantes, un resumen de lo visto durante el curso-taller, y preguntarles qué aprendieron de él y si consideran que les sirvió para mejorar aspectos de su vida diaria.

.....

- **Actividad:** evaluación “posttest”.
- **Técnica didáctica:** exposición y aplicación.
- **Material:** Escala de Depresión Geriátrica (EDG), Inventario de Ansiedad (IA), Inventario de Actividades de la Vida Diaria en Adultos Mayores (INACVIDIAM) y lápices.
- **Duración:** 60 minutos.
- **Descripción de actividades:** el instructor hablará en voz alta y con velocidad de discurso lento: *“Ahora les vamos a dar unos cuestionarios para que por favor nos los contesten. El objetivo de esta evaluación es saber cómo se encuentran ustedes después de haber participado el curso. Cada uno de nosotros pasará con cada uno de ustedes para aplicarles un cuestionario de 15 preguntas sobre su estado de ánimo, donde ustedes responderán con un SÍ o con un No a cada una de las preguntas. Todas aquellas personas que tengan dudas o no puedan leer o escribir por alguna razón, levanten su mano para que nosotros pasemos y los apoyemos en su lectura y llenado de este cuestionario”*. Se les entrega el EDG.

Después de que todos los participantes hayan contestado el EDG, recoger cada uno de los documentos. Posteriormente decirles:

- *“Bien...ahora les vamos a dar otro cuestionario de 23 preguntas también sobre su estado de ánimo. Todas aquellas personas que tengan dudas o no puedan leer o escribir por alguna*

*razón, levanten su mano para que nosotros pasemos y los apoyemos en su lectura y llenado de este cuestionario”.* Se les entrega el IA.

Después de que todos los participantes hayan contestado el IA, recoger cada uno de los documentos. Posteriormente decirles:

➤ *“Bien...ahora les vamos a dar aquel cuestionario de dibujos de actividades que adultos mayores como ustedes hacen diariamente; me imagino que lo recordarán. Lo que queremos saber es qué tan seguido hacen ustedes estas actividades en este momento después de haber participado en el curso. ¿Recuerdan cómo contestarlo? Todas aquellas personas que tengan dudas o no puedan leer o escribir por alguna u otra razón, levanten su mano para que nosotros pasemos y los apoyemos en su lectura y llenado de este cuestionario”.*

Se les aplica el INACVIDIAM. Después de que todos los participantes hayan contestado el inventario, recoger cada uno de los documentos y todos los lápices.

.....

- **Actividad:** cierre de la sesión.
- **Técnica didáctica:** exposición.
- **Duración:** 5 minutos.
- **Descripción de actividades:** agradecer la participación de los adultos mayores en el curso-taller y mencionarles que es la última sesión, pero que habrá una evaluación de seguimiento por lo que habrá reuniones al primero, segundo y tercer mes después de haber finalizado el curso-taller.

.....

## **Apéndice D**

### ***Manual del participante***

Este manual contiene el material que usted como participante de este curso-taller, utilizará en las diferentes sesiones que componen el curso. Las instrucciones para contestar los diferentes materiales, le serán proporcionadas por los instructores del curso-taller en las actividades durante las sesiones. Es muy importante que usted se presente a todas las sesiones que dura el curso-taller y conteste todos los materiales que le proporcionen, para de ese modo obtener el mayor beneficio posible para su persona. A continuación se mencionan y muestran los materiales que usted contestará:

- **Hoja de jerarquización de actividades.**
- **Propuesta del día ideal.**
- **Hoja de cambios en la vejez.**
- **Inventario de la vida.**
- **Hoja de solución de problemas.**

**HOJA DE JERARQUIZACIÓN DE ACTIVIDADES**

**Nombre:** ..... **Fecha:** .....

<b>Actividades sociales: son todas aquellas actividades que usted hace en compañía de dos o más personas.</b>	<b>¿Cuáles lleva a cabo?</b>	<b>¿Cuáles le gustan más?</b>
1. jugar con niños.		
2. Platicar con familiares, amigos y vecinos.		
3. Bailar.		
4. Jugar juegos de mesa.		
5. Salir de viaje.		
6. Convivir en grupos de adultos mayores.		
7. Hablar por teléfono con familiares, amigos y vecinos.		
8. Ir a fiestas.		
9. Ir a la iglesia.		
10. Cuidar niños.		
11. Cuidar enfermos.		

<b>Actividades solitarias: son todas aquellas actividades que usted hace solo(a).</b>	<b>¿Cuáles lleva a cabo?</b>	<b>¿Cuáles le gustan más?</b>
1. Hacer costuras o bordar.		
2. Hacer manualidades.		
3. Leer.		
4. Ver televisión.		
5. Escuchar radio.		



<b>Actividades para el hogar: <i>son todas aquellas actividades del quehacer en su casa.</i></b>	<b>¿Cuáles lleva a cabo?</b>	<b>¿Cuáles le gustan más?</b>
1. Cocinar.		
2. Lavar ropa.		
3. Lavar trastos.		
4. Asear su habitación.		
5. Barrer.		
6. Planchar ropa.		
7. Hacer jardinería.		
8. Ir de compras.		
9. Hacer reparaciones eléctricas.		
10. Hacer albañilería.		
11. Hacer carpintería.		
12. Lavar el carro.		
13. Hacer plomería.		

<b>Actividades de protección a la salud: <i>son todas aquellas actividades que usted hace para proteger su salud.</i></b>	<b>¿Cuáles lleva a cabo?</b>	<b>¿Cuáles le gustan más?</b>
1. Hacer ejercicio.		
2. Tomar medicamentos.		
3. Ir al médico.		
4. Tomar una siesta.		
5. Comer frutas, verduras, pan, pescado, etc.		

**PROPUESTA DEL DÍA IDEAL**

**Nombre:** ..... **Fecha:** .....

**¿CÓMO SERÍA SU DÍA IDEAL?**

<b>Hora de inicio</b>	<b>Hora Final</b>	<b>Actividad</b>	<b>Dónde</b>	<b>Con Quién</b>

*Envejecimiento exitoso y actividades de la vida diaria de adultos mayores*


**HOJA DE CAMBIOS EN LA VEJEZ**

**Nombre:** ..... **Fecha:** .....

**¿En qué he cambiado debido al paso del tiempo?**

<b>Cambios en mi cuerpo</b>	<b>Cambios en mi memoria</b>	<b>Cambios en mi trabajo</b>	<b>Cambios en mi familia</b>	<b>Cambios en mis amistades</b>



**4. ¿Necesita ayuda de otra persona o del uso de aparatos para hacer estas actividades importantes?**

**5. O en definitiva, debido al paso del tiempo o a enfermedades, ¿debe dejar de hacer algunas de estas actividades importantes?**

**6. Si debido al paso del tiempo o a enfermedades debe dejar de hacer algunas actividades importantes, ¿cuáles actividades importantes si puede seguir haciendo?**

**7. Las respuestas que dio a estas preguntas, ¿pueden ayudarlo(a) para adaptarse a sus problemas en su vejez y tener un envejecimiento más satisfactorio?**

# HOJA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

**Nombre:** ..... **Fecha:** .....

## 1. ¿Cuál es el problema?

.....  
.....  
.....

## 2. Formas de solucionar el problema (opciones).

- a) .....
- b) .....
- c) .....
- d) .....
- e) .....

## 3. ¿Qué tan buenas son las opciones anteriores?

Lo bueno	Lo malo
a) ..... .....	..... .....

<b>b)</b> .....	.....
.....	.....
<b>c)</b> .....	.....
.....	.....
<b>d)</b> .....	.....
.....	.....
<b>e)</b> .....	.....
.....	.....

**4. Elegir la mejor opción.**

.....

.....

**5. ¿Cómo sabré que he solucionado el problema?**

.....

.....

.....