



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
PSICOLOGÍA Y SALUD

FORTALECIMIENTO DE LAS REDES DE APOYO  
SOCIAL E IMPACTO EN LA ADAPTACIÓN  
PSICOLÓGICA EN LA VEJEZ. EFECTOS DE UNA  
INTERVENCIÓN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN  
ADULTOS MAYORES

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**DOCTORA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

**MARÍA DEL REFUGIO ACUÑA GURROLA**

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA: DRA. ANA LUISA MÓNICA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL

COMITÉ: DRA. MARÍA DEL ROCÍO HERNÁNDEZ POZO  
DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ  
DRA. LUCY MARÍA REIDL MARTÍNEZ  
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS



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.

**Gracias:**

**A Dios.**

*A mis padres, por apoyarme e impulsarme para lograr mis metas.*

*A mis abuelos, quienes fueron la inspiración y un importante motivo para la realización de este trabajo.*

*A mis hermanas, porque cada una de ellas brilla con su propia luz y estilo.*

*A mi familia, porque su apoyo ha sido muy importante para lograr ésta y otras metas.*

*A los mayores que participaron en el presente trabajo, ya que es por ellos y para ellos.*

*A la Dra. Ana, por su apoyo, paciencia y guía durante mi formación profesional.*

*A mi Comité, por su guía y apoyo.*

*A mis amigos, por su valioso apoyo y compañía.*

*A CONACYT, por su apoyo económico para la realización de mis estudios de Doctorado.*

*Al proyecto PAPIIT no. IN306710 de la DGAPA de la UNAM, por el financiamiento parcial para la elaboración de este trabajo.*

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	3
Capítulo 1. Vejez .....	5
<i>Definición de envejecimiento</i> .....	8
<i>Componentes físicos</i> .....	10
<i>Componentes psicológicos</i> .....	12
<i>Componentes sociales</i> .....	14
<i>Envejecimiento positivo</i> .....	16
Capítulo 2. Intervención cognoscitivo-conductual.....	21
<i>Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC de Albert Ellis)</i> .....	22
<i>Técnicas de la terapia racional emotiva</i> .....	24
<i>Terapia Cognoscitiva (TC de Aaron Beck)</i> .....	27
<i>El sistema cognoscitivo</i> .....	28
<i>Técnicas de la terapia cognoscitiva</i> .....	28
<i>Intervención cognoscitivo-conductual</i> .....	30
<i>Técnicas de la terapia cognoscitiva-conductual</i> .....	31
<i>Intervención en grupos de la tercera edad</i> .....	34
<i>Intervención cognoscitivo-conductual en grupos de la tercera edad</i> .....	36
Capítulo 3. Habilidades sociales.....	39
<i>Intervención cognoscitivo-conductual de habilidades sociales en adultos mayores</i> .....	41
Capítulo 4. Red de apoyo social .....	45
<i>Red de apoyo en la tercera edad</i> .....	48

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Capítulo 5. Adaptación psicológica en la vejez.....	53
<i>Calidad de vida</i> .....	53
<i>Calidad de vida en la tercera edad</i> .....	57
<i>Bienestar emocional</i> .....	59
<i>Bienestar emocional en la tercera edad</i> .....	60
<i>Variables que influyen en el bienestar emocional de las personas adultas mayores</i> .....	61
<i>Autoeficacia</i> .....	63
<i>Factores que influyen en la autoeficacia</i> .....	64
<i>Autoeficacia durante la tercera edad</i> .....	65
<i>Soledad</i> .....	67
<i>Aspectos relacionados con la soledad</i> .....	69
<i>Soledad en la tercera edad</i> .....	69
<i>Salud-enfermedad</i> .....	72
<i>Psicología y salud</i> .....	73
<i>Modelos de conductas de salud</i> .....	76
<i>Estado de salud - enfermedad durante la tercera edad</i> .....	79
Método de la investigación.....	83
<i>Planteamiento del problema</i> .....	83
<i>Preguntas de investigación</i> .....	83
<i>Justificación</i> .....	83
<i>Objetivo general</i> .....	86
<i>Hipótesis general</i> .....	86
<i>Definición de variables</i> .....	86

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

<i>Definiciones conceptuales</i> .....	87
<i>Definiciones operacionales</i> .....	89
<i>Instrumentos</i> .....	92
<i>Diseño de investigación</i> .....	97
<i>Tipo de estudio</i> .....	98
Fase 1.....	99
<i>Objetivos específicos de la fase I</i> .....	99
<i>Hipótesis específicas de la fase I</i> .....	99
<i>Tipo de muestra</i> .....	99
<i>Participantes</i> .....	100
<i>Criterios de inclusión</i> .....	101
<i>Escenario</i> .....	101
<i>Procedimiento</i> .....	101
Resultados de la fase 1 .....	103
<i>Propiedades psicométricas de los instrumentos</i> .....	103
<i>Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM)</i> .....	103
<i>Inventario de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASM)</i> .....	109
<i>Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQoL-OLD)</i> .....	117
<i>Escala de Bienestar Emocional (PGC)</i> .....	122
<i>Inventario de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve)</i> .....	124
<i>Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL (versión breve)</i> .....	128
<i>Correlación entre variables</i> .....	131
Fase 2.....	133

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

<i>Objetivos específicos de la fase 2</i> .....	133
<i>Hipótesis específicas de la fase 2</i> .....	133
<i>Tipo de muestra</i> .....	135
<i>Participantes</i> .....	135
<i>Criterios de inclusión</i> .....	137
<i>Aparatos</i> .....	137
<i>Escenario</i> .....	137
<i>Procedimiento</i> .....	138
<i>Componentes de la intervención</i> .....	142
<b>Resultados de la fase 2</b> .....	147
<i>Resultados de la intervención</i> .....	147
<i>Habilidades sociales</i> .....	149
<i>Red de apoyo social</i> .....	165
<i>Calidad de vida</i> .....	167
<i>Bienestar emocional</i> .....	169
<i>Autoeficacia</i> .....	171
<i>Soledad</i> .....	173
<i>Estado de salud</i> .....	177
<b>Discusión</b> .....	179
<b>Referencias</b> .....	197

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Índice de tablas

Tabla 1. Estudios de intervenciones cognoscitivo-conductuales en adultos mayores. ....	38
Tabla 2. Diseño de investigación para la intervención. ....	97
Tabla 3. Diseño de investigación de series cronológicas para el registro conductual de habilidades sociales. ....	97
Tabla 4. Medidas descriptivas del Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM).....	104
Tabla 5. Valores de la Prueba “t” del Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM).....	105
Tabla 6. Agrupación factorial del Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM).....	107
Tabla 7. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM).....	109
Tabla 8. Medidas descriptivas del Inventario de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASM).....	110
Tabla 9. Valores de la Prueba “t” del Inventario de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASM).....	111
Tabla 10. Agrupación factorial del Inventario de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASM).....	114
Tabla 11. Propiedades psicométricas del Inventario de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASM).....	117
Tabla 12. Medidas descriptivas del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQOL-OLD).....	118



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Tabla 13. Valores de la Prueba “t” del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQOL-OLD).....	118
Tabla 14. Agrupación factorial del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQOL-OLD).....	120
Tabla 15. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQOL-OLD).....	122
Tabla 16. Medidas descriptivas de la Escala de Bienestar Emocional (PGC). ....	122
Tabla 17. Agrupación factorial de los reactivos de la Escala de Bienestar Emocional (PGC). ....	123
Tabla 18. Propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Emocional (PGC).....	124
Tabla 19. Medidas descriptivas del Inventario de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve).....	125
Tabla 20. Valores de la Prueba “t” del Inventario de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve).....	125
Tabla 21. Agrupación factorial de los reactivos del Inventario de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve). ....	127
Tabla 22. Propiedades psicométricas del Inventario de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve).....	128
Tabla 23. Medidas descriptivas del Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL (versión breve).....	128
Tabla 24. Valores de la Prueba “t” del Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL (versión breve).....	129

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Tabla 25. Agrupación factorial de los reactivos del Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL (versión breve).....	130
Tabla 26. Propiedades psicométricas y medidas descriptivas del Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL (versión breve). ....	131
Tabla 27. Correlaciones significativas entre habilidades sociales y red de apoyo social, con el índice de adaptación psicológica. ....	132
Tabla 28. Características de los participantes del grupo experimental y el grupo de comparación. ....	136
Tabla 29. Estructura de las sesiones de la intervención cognoscitivo -conductual. ....	144
Tabla 30. Técnicas de la intervención cognoscitivo-conductual de habilidades sociales por sesión. ....	145
Tabla 31. Número de participantes con cambios significativos de ambos grupos.....	176
Tabla 32. Valores de “t” para muestras relacionadas entre pre-medición–post-medición de ambos grupos.....	176

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Índice de figuras

Figura 1. Tamaño y distribución de la población mundial mayor de 60 años, 1950, 1975, 2005, 2025 y 2050. ....	5
Figura 2. Pirámides de población por grupos de edad a nivel mundial, 1950, 2005 y 2050. 6	
Figura 3. Pirámide poblacional en México. ....	7
Figura 4. Proporción de personas de 60 años que viven solas por región y sexo, 2005. ....	70
Figura 5. Diagrama de flujo de proceso de la Fase 1. ....	102
Figura 6. Diagrama de flujo de proceso de la Fase 1. ....	142
Figura 7. Evaluaciones pre-test-post-test y seguimientos de las habilidades sociales de ambos grupos. ....	150
Figura 8. Evaluaciones pre-test-post-test y seguimientos del dominio hacer peticiones de ambos grupos. ....	152
Figura 9. Evaluaciones pre-test-post-test y seguimientos del dominio expresar amor, agrado y afecto de ambos grupos. ....	154
Figura 10. Evaluaciones pre-test-post-test y seguimientos del dominio dar ayuda de ambos grupos. ....	156
Figura 11. Evaluaciones pre-test-post-test y seguimientos del dominio expresar opiniones y defender derechos de ambos grupos. ....	158
Figura 12. Evaluaciones pre-test-post-test y seguimientos del dominio iniciar conversaciones de ambos grupos. ....	160
Figura 13. Tiempo de habla. ....	162
Figura 14. Postura corporal accesible. ....	163
Figura 15. Perturbaciones en la fluidez del habla. ....	164

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Figura 16. valuaciones pre-test-post-test y seguimientos de Red de apoyo social de ambos grupos. ....	166
Figura 17. Evaluaciones pre-test-post-test y seguimientos de calidad de vida de ambos grupos. ....	168
Figura 18. Evaluaciones pre-test-post-test y seguimientos de bienestar emocional de ambos grupos. ....	170
Figura 19. Evaluaciones pre-test-post-test y seguimientos de autoeficacia de ambos grupos. ....	172
Figura 20. Evaluaciones pre-test-post-test y seguimientos de soledad de vida de ambos grupos. ....	174
Figura 21. Nivel de presión arterial de los participantes del grupo experimental. ....	178

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Índice de anexos

Anexo 1. Ficha de datos sociodemográficos .....	225
Anexo 2. Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM).....	226
Anexo 3. Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASM).....	228
Anexo 4. Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQoL-OLD) .....	231
Anexo 5. Escala de Bienestar Emocional (PGC).....	233
Anexo 6. Instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos ( <i>AeRAC-Breve</i> ) .....	234
Anexo 7. Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL .....	235
Anexo 8. Escala de Depresión Geriátrica (GDS) .....	236
Anexo 9. Tarjetas de Respuesta.....	237
Anexo 10. Formato de registro de valores de la presión arterial .....	241
Anexo 11. Formato de registro de los componentes conductuales moleculares de las habilidades sociales .....	242
Anexo 12. Taller de Habilidades Sociales para Adultos Mayores. Protocolo .....	245
Anexo 13. Entrevistas posteriores a cuatro de los participantes.....	321

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Resumen

El propósito de la investigación fue diseñar, desarrollar y evaluar los efectos de una intervención basada en el entrenamiento de habilidades sociales desde un enfoque cognoscitivo-conductual, en adultos mayores de México, sobre las habilidades sociales, la red de apoyo social, así como en el índice de adaptación psicológica, medido a través de la calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia para realizar actividades cotidianas y percepción de soledad, así como con el registro conductual de las habilidades sociales y del registro de la presión arterial como una medida de salud. El estudio se dividió en dos fases, en la primera se examinaron las propiedades psicométricas de los instrumentos de medida, y en la segunda fase se sometió a prueba la intervención, al contar con dos grupos, un grupo experimental (Ge) de 10 adultos mayores, quien recibió la intervención estructurada en un taller de diez sesiones, y un grupo de comparación (Gc) de 10 adultos mayores sin intervención. Los efectos del programa se midieron a través de evaluaciones de auto-reporte bajo un diseño pre-medición-post-medición y seguimientos, así como con registros conductuales de las habilidades sociales por sesión y el registro semanal de la presión arterial, como una medida del estado de salud. Los hallazgos más sobresalientes se observaron mediante una medida del Cambio Clínico Objetivo (CCO) y de la Significancia Clínica (SC) en más de la mitad de los participantes del grupo experimental, en la pre-medición-post-medición y en los seguimientos, no así en el grupo de comparación; asimismo se encontraron diferencias estadísticas significativas por medio de una prueba “t” de Student, entre la pre-medición y la post-medición para el grupo experimental y no en el grupo de comparación, para todas las medidas de habilidades sociales, sus dominios, la red de apoyo social y el índice de adaptación psicológica.

Palabras clave: vejez, habilidades sociales, red de apoyo social, adaptación psicológica.



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

# **Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

## **Introducción**

Debido al creciente aumento de la población adulta mayor tanto a nivel mundial, como nacional; y los consecuentes cambios propios de esta etapa de la vida, se hace necesario crear programas que impulsen una mejor adaptación psicológica de la persona de la tercera edad y, en general, una experiencia más positiva de su vejez.

Por ello el presente trabajo tiene el propósito de diseñar, desarrollar y evaluar los efectos de un programa de intervención cognoscitivo-conductual basado en el entrenamiento en habilidades sociales que contribuya al fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacte en la adaptación psicológica en la vejez, al comparar los resultados con un grupo sin intervención de ancianos igualados en términos del nivel de habilidades sociales, que viven en la ciudad de México.

El trabajo contempla en el capítulo 1, una descripción de los aspectos relacionados a la vejez; en el capítulo 2 se revisan las distintas intervenciones cognoscitivas-conductuales y su aportación en grupos específicos como el de la tercera edad; mientras en los capítulos siguientes se establecen las bases teóricas y los antecedentes que muestran la importancia de la investigación doctoral, 3 de habilidades sociales, 4 red de apoyo social y 5 adaptación psicológica en la vejez, la cual incluye calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia y soledad, así como medidas de salud. Posteriormente, se describe el método de la investigación, en donde se plantea el problema y las preguntas de investigación, así como el objetivo e hipótesis general, la definición de variables, los instrumentos, el diseño de investigación y el tipo de estudio, el cual abarca dos fases. En la fase 1, se establecen las propiedades psicométricas de los instrumentos necesarios para la evaluación de la

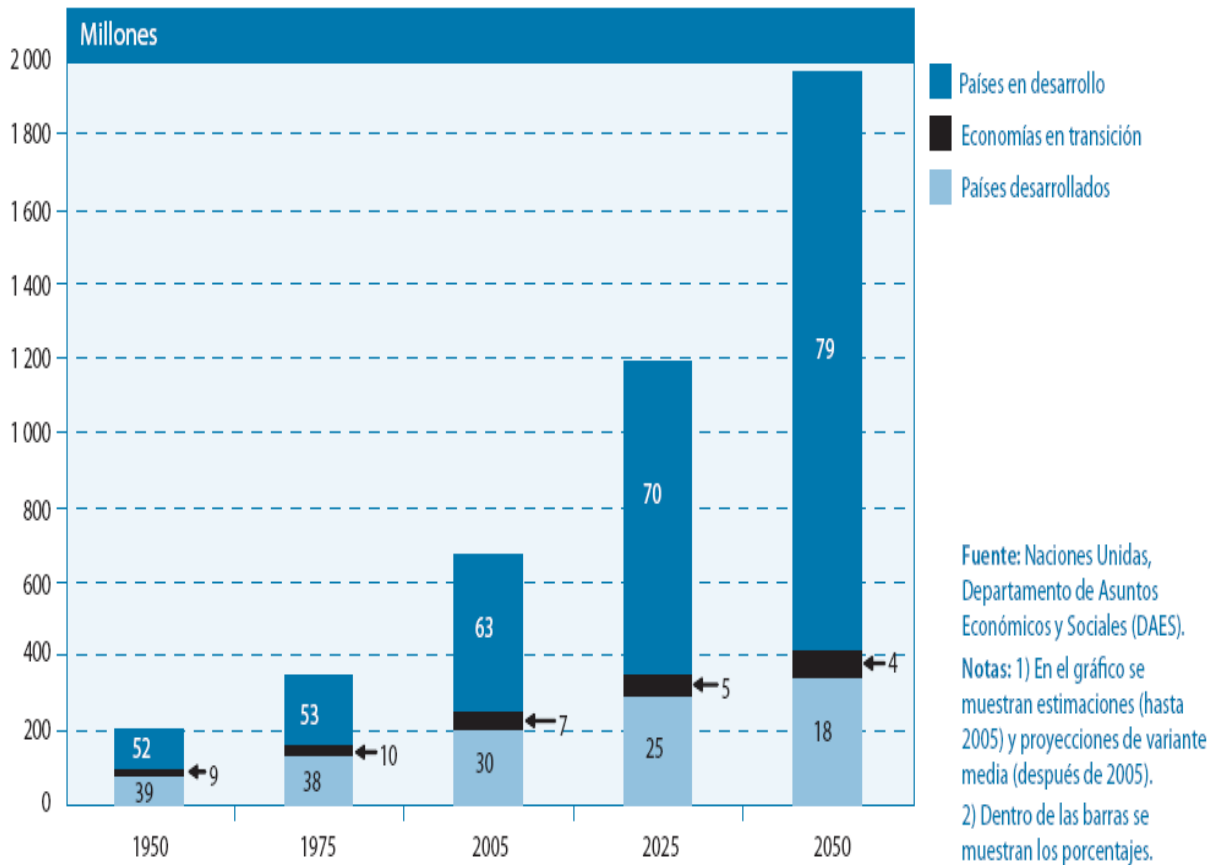
**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

intervención de los elementos, en los que se pretende impactar con la intervención. Y en la fase 2, se somete a prueba la efectividad de la intervención cognoscitiva-conductual basada en un entrenamiento en habilidades sociales con el propósito de fortalecer la red de apoyo social e impactar en la adaptación psicológica en la vejez y en la salud. Para concluir se discuten los resultados a la luz de estudios en los que se tienen documentados los hallazgos más sobresalientes.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Capítulo 1. Vejez

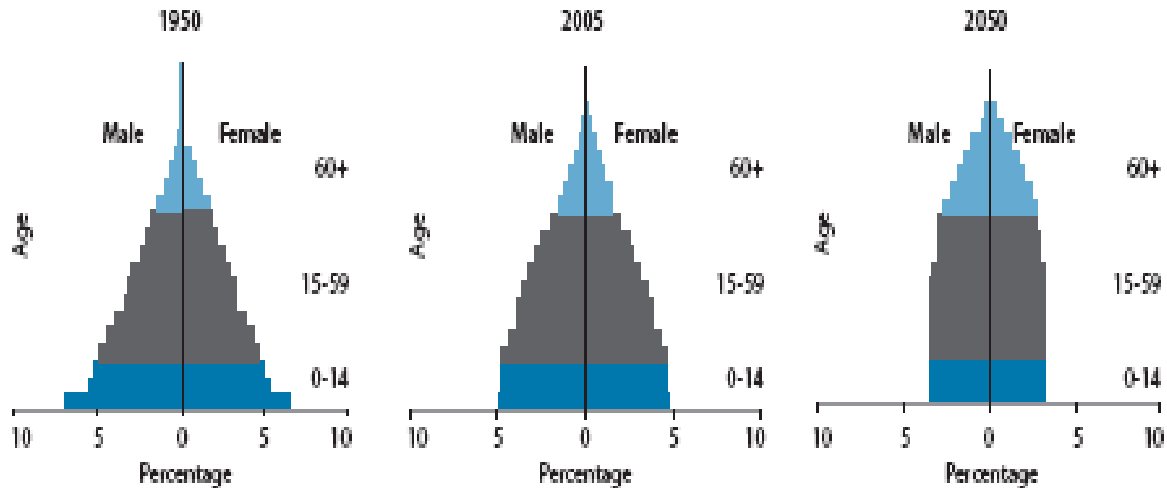
El número de personas adultas mayores a nivel mundial está aumentando y, como se muestra en la Figura 1, se espera que la población de la tercera edad alcance cerca de los 2000 millones a nivel mundial, de acuerdo con la Organización de la Naciones Unidas (ONU, 2007).



**Figura 1. Tamaño y distribución de la población mundial mayor de 60 años, 1950, 1975, 2005, 2025 y 2050.**

Con el aumento de la población adulta mayor aunado al menor índice de natalidad se ha presentado una variación en la pirámide poblacional mundial, como se puede observar en la Figura 2, en la que la proporción de la base disminuye aumentando principalmente la porción intermedia, pero también aquella que representa al grupo mayor de 60 años (ONU, 2007b).

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

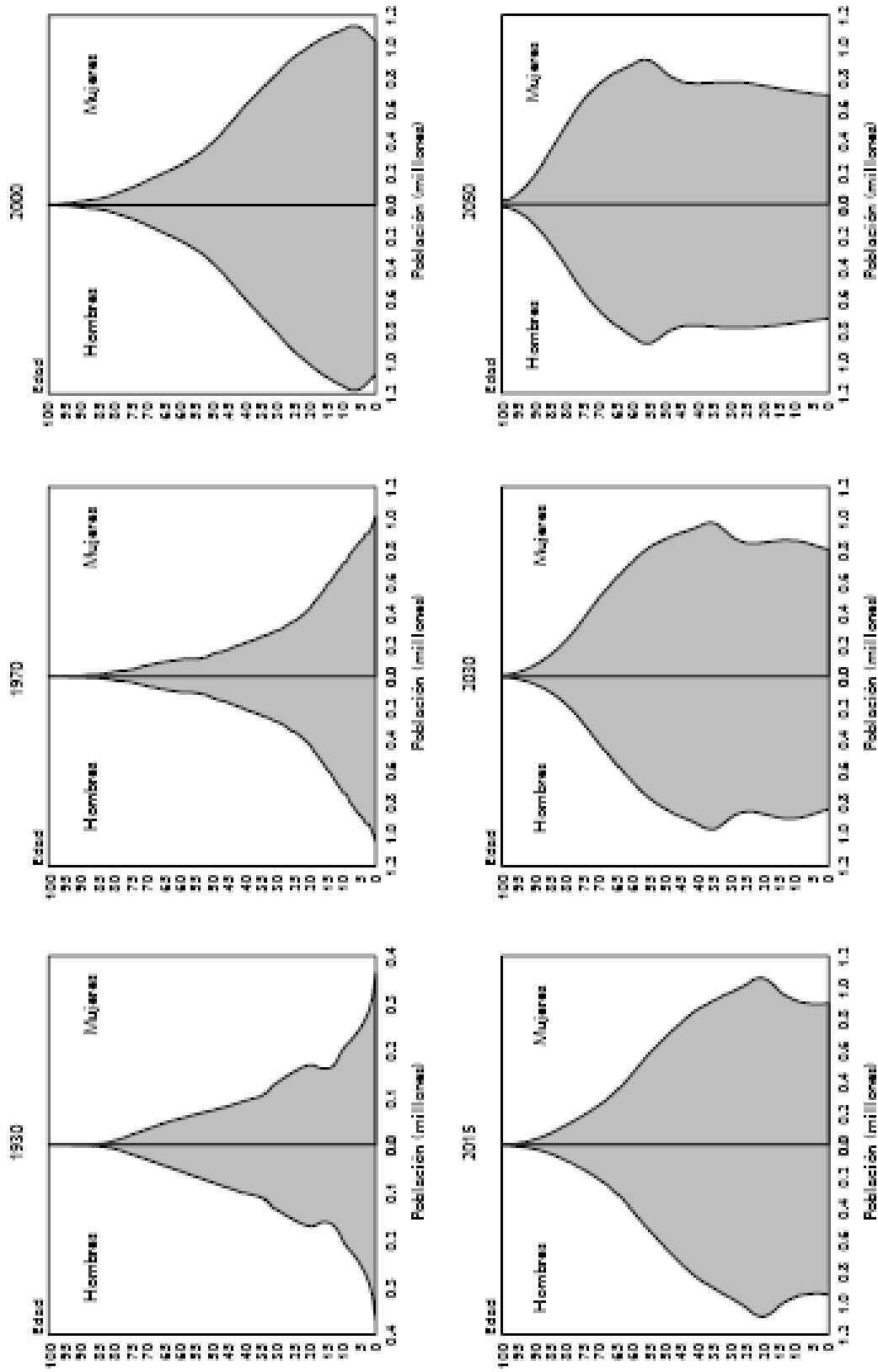


**Figura 2. Pirámides de población por grupos de edad a nivel mundial, 1950, 2005 y 2050.**

México presenta una tendencia en el aumento de la población anciana, de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el número de personas mayores de 60 crece rápidamente desde hace 20 años. En 2010, 10109723 millones de mexicanos son personas adultas mayores y representaban el 8.9 por ciento de la población total (CONAPO, 2011). Además el incremento anual asciende a poco más de 292 mil personas y se espera continúe aumentando hasta 793 mil en 2033 para luego disminuir gradualmente hasta 532 mil en 2050. Por lo tanto, se espera que si la proporción actual es de uno de cada trece habitantes, para el 2030 serán uno de cada seis y en el 2050 más de uno de cada cuatro, es decir, el tamaño de la población adulta mayor será de 9.9 millones en 2010, 18.4 millones en 2025 y 36.2 millones en 2050 (CONAPO, 2005).

Por lo tanto la pirámide poblacional de nuestro país se modificará de tal manera que su base será más delgada para el 2015 y aún más para el 2050, como se muestra en la Figura 3.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**



Fuente: Estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población.

**Figura 3. Pirámide poblacional en México.**

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Definición de envejecimiento*

El término de envejecimiento tiene su raíz *aetas* que, en latín, significa la condición de llegar a viejo. En un sentido amplio el envejecimiento se entiende como “*un proceso normal de cambios, relacionados con el paso del tiempo, que se inicia al nacer y continúa a lo largo de la vida, siendo la ancianidad la fase final de la vida*” (Quintanilla, 2000, p.12).

Sin embargo, dicho término se usa con mayor frecuencia haciendo referencia a la vejez. No obstante, como Machado, Salmazo, y Galhardoni (2008) lo mencionan, existe diferencia entre el proceso de envejecimiento y la vejez. Así, el envejecimiento se define como un proceso multifacético socio-vital que sucede a lo largo del curso de la vida, y la vejez denota el estado de "ser viejo", condición que resulta del proceso de envejecimiento que las generaciones han experimentado y los diversos elementos como la salud física y mental, independencia en las actividades de la vida diaria, participación, cumplimiento y satisfacción con su vida, autoeficacia cognoscitiva, sensación de productividad, recursos económicos, continuidad de la función en la estructura familiar y laboral, y mantenimiento de las relaciones sociales formales e informales.

Por otra parte, a lo largo de la historia de la humanidad, la manera en que se conceptualiza a la vejez se ha modificado de una época a otra, de acuerdo con Fuguet y Caner (1993):

En los pueblos primitivos, debido a las duras condiciones de vida y a la supremacía de la supervivencia, eran pocos los individuos que llegaban a la vejez, y quienes lo

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

lograban, con frecuencia eran abandonados debido a que la prioridad era dar de comer a los más jóvenes.

Conforme continuó el proceso de evolución de la humanidad y se incorporaron la agricultura y la ganadería como formas de subsistencia; los pueblos se asentaron y comenzaron a cultivar mitos y leyendas, que incluían divinidades para explicarse la vida y sus fenómenos, creándose con ello la religión que dictaba las buenas costumbres y conductas e incluían el respeto y el cuidado hacia los ancianos.

Es en este marco de civilizaciones como la griega, donde diversos médicos y filósofos comienzan a definir la vejez. Por ejemplo, la escuela hipocrática consideraba que la vejez comenzaba a los 50 años y era consecuencia de un desequilibrio de los “humores”; y para Aristóteles la vida se perdía poco a poco en la vejez debido a la pérdida de calor interno, por lo que era la consecuencia de un enfriamiento progresivo de la fuerza vital acumulada durante el desarrollo.

En el inicio de la era cristiana, varios médicos se preocuparon por las afecciones de la vejez, entre ellos Galeno, quien en un intento de unir la teoría hipocrática con la aristotélica, postulaba que el envejecimiento era la pérdida de calor interno, que tenía como consecuencia la deshidratación y la alteración de los humores.

En la Edad Media los viejos estaban excluidos de la vida pública, pero eran quienes dominaban y en el período de la Revolución Industrial, comprendido en los siglos XVIII y XIX, con el aumento de la población, debido a los avances en medicina, higiene y alimentación, la burguesía creó la ideología de la mejora del concepto de vejez, con lo que aumentó la participación de los ancianos en la vida pública. En la actualidad, la



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Organización Mundial de la Salud (OMS) define la vejez como el período de la vida en que las funciones mentales y físicas sufren un menoscabo cada vez mayor en comparación con períodos anteriores (Solís & Marín-Llanes, 2001).

Así, en las sociedades tradicionales se atribuyen a la vejez lazos significativos de autoridad y sabiduría, por lo que las personas mayores son consideradas como personas de gran respeto. Pero en las sociedades modernas, comúnmente enfocadas al individualismo y al materialismo, existe la tendencia a desvalorar a las personas de la tercera edad (Cinta, 2006).

Este período inicia entre los 60 y los 65 años de edad (Cinta, 2006, Corral, 2008; Fuguet & Caner, 1993; Lozano, 2000; Zarragoitia, 2003), y en él se presentan cambios físicos, psicológicos y sociales (Escobar, 2009).

Aunque, como Robles (2006) lo señala, antes la vejez era un fenómeno homogéneo y ahora se conforma de adultos mayores con características, condiciones y ocupaciones diferentes, sin embargo, existen elementos comunes entre ellos.

*Componentes físicos*

Los componentes físicos del envejecimiento incluyen cambios en la configuración general, como arrugas, postura encorvada y canas; pérdidas sensoriales auditivas y visuales; y disminución de funciones vitales como la capacidad ventilatoria (Quintanilla, 2000).

El peso corporal se incrementa cerca del 25% en hombres y 18% en mujeres, la grasa corporal aumenta entre 18 y 36 % en varones y de 33 a 48% en mujeres. Se pierde masa del músculo estriado y disminuye el agua corporal en un 50% como resultado de

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

deshidratación celular y menor volumen de hidrosolubles, lo que origina la contracción del volumen sanguíneo y la disminución de masa muscular. Se presentan variaciones de la estatura de aproximadamente cinco centímetros en hombres y tres centímetros en mujeres, además de alteraciones vasculares y degenerativas, con lo que existe una disminución en el balanceo durante la marcha (Pérez & Morales, 2000; Torres & Chaparro, 2003).

Los cambios sensoriales incluyen pérdida de audición y lo visuales abarcan, entre otros, vista cansada, cataratas y glaucoma (Díaz, 2008).

Dentro de la disminución de las funciones vitales, durante la tercera edad se presentan diferentes cambios en todos los sistemas del organismo: aparato respiratorio, aparato cardiovascular, sistema endocrino, aparato digestivo, sistema nervioso, sistema renal y sistema inmunitario.

Por ejemplo, en el aparato respiratorio, debido a los diferentes cambios biológicos durante la vejez, se presenta una capacidad vital forzada, una merma a la tolerancia al ejercicio, ronquidos, dificultades respiratorias durante el sueño y neumonías frecuentes. El aparato cardiovascular, en el anciano tolera menos la deficiencia de volumen intravascular, por lo que son más frecuentes las disritmias cardíacas y las anomalías de conducción (Pérez & Morales, 2000). El sistema inmunitario se modifica con la edad, produciéndose una involución del timo, lo que genera una pérdida en la respuesta inmunohumoral a antígenos extraños, por lo que el aumento de inmunodeficiencia en los adultos se asocia frecuentemente con el envejecimiento (Torres & Chaparro, 2003).

Del mismo modo, existe la presencia de cambios musculares, óseos y articulares, como lo son la disminución progresiva de la fuerza muscular, osteoporosis y osteoartritis

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

(Díaz, 2008). Al igual que calambres (contracciones musculares dolorosas), artralgias (dolor articular punzante, variado) que afectan la marcha, parestesias (sensaciones anormales espontáneas sin estimulación cutánea), marcha lenta y con posible dolor, posibles caídas, vértigo y mareo, debidos a afecciones en el oído interno, y osteoartritis (Escobar, 2009).

Además, se hacen presentes trastornos cardiovasculares, trastornos metabólicos e infecciones bacterianas, entre otros, alteraciones de la piel (resequedad, manchas, enrojecimiento, verrugas, etc.), trastornos en la audición, deterioro de la visión, posible incontinencia urinaria y déficit en el control de esfínteres, y trastornos en el ciclo de sueño-vigilia (Escobar, 2009).

*Componentes psicológicos*

Dentro de los componentes psicológicos de la vejez se encuentra una serie de cambios en el comportamiento, la autopercepción y reacciones específicas frente a nuevas dificultades, las disminuciones psíquicas más aparentes durante el envejecimiento.

El declive aparente intelectual, los problemas de memoria, la menor potencia sexual, las dificultades para responder ante el estrés, son algunas de las dificultades psicológicas que experimentan con frecuencia los adultos mayores (Fernández-Ballesteros, 2002).

Según Furguet y Caner (1993), entre las características psicológicas del adulto mayor se encuentran las capacidades intelectuales y los rasgos de personalidad y carácter. Dentro de las capacidades intelectuales, no se produce una reducción como tal, sin embargo puede haber una reducción en la eficiencia para resolver problemas, lo que influye en la capacidad

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

de aprendizaje y en la intuición; se presenta un aumento en el tiempo de reacción y el deterioro de la memoria reciente, aunque se conservan la creatividad y la capacidad imaginativa. Por su parte, la personalidad en conjunto parece no alterarse durante la vejez, excepto en casos patológicos, por tanto la presencia de un alejamiento o la modificación de conductas se deben al miedo a las nuevas situaciones o al entorno social.

De esta manera, durante la tercera edad, la competencia cognoscitiva se resiente con los problemas físicos y perceptivos, es decir, el descenso en la fortaleza física y la mayor necesidad de tiempo para reaccionar. Sin embargo, aunque los procesos mentales no son tan eficientes como en etapas anteriores del ciclo vital, pueden ser adaptables a las condiciones de su edad (Stassen & Thompson, 2000).

Por otra parte, las personas adultas mayores finalmente, deben afrontar la pérdida de sus seres queridos, como sus amigos y su cónyuge (Martín, 2008).

De manera general, como lo muestra un estudio realizado por Barrio et al. (2006), parece ser que las personas adultas mayores acepta a la muerte como una realidad inevitable y tienen experiencia con la pérdida. Sin embargo, de acuerdo con este estudio los adultos mayores entre 65 y 74 años experimentan la muerte de parientes de mayor edad: padres, suegros, tíos y no hablan de la muerte como una amenaza personal, de momento es algo que afecta a otros; mientras que los adultos mayores de 74 años hacen alusiones vinculadas a su persona, ya que muchos han perdido a su cónyuge, y la soledad y la nostalgia hacen que se anticipe de forma muy real la propia muerte.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Componentes sociales*

La duración, impacto en las relaciones y roles desempeñados, así como el significado que se atribuye a la vejez, varían de acuerdo con las condiciones socioculturales en las que se encuentra el individuo (Cinta, 2006).

De esta manera, durante la vejez se puede presentar una disminución en el apoyo socio-familiar, la pérdida de estatus laboral y económico y mayor aislamiento social, amplificados por la menor capacidad y disposición de recursos para adaptarse a las circunstancias.

Sin embargo, los cambios sociales que se producen durante la vejez se deben a la clasificación que se hace según el grado de productividad, por tanto, lo que se modifica es la ocupación del anciano, tanto en lo individual como en la comunidad.

En lo individual, se hace patente una conciencia de que la muerte cada vez está más cerca; la vida y la muerte adquieren un nuevo sentido y su respuesta ante ella, que con base en su historia personal, puede ser de rechazo o de aceptación como el último suceso de su vida; por otro lado, el envejecer proporciona al individuo la posibilidad de transformar su función en la familia, y establecer nuevas relaciones con sus hijos y sus nietos; finalmente, un individuo de la tercera edad debe ser capaz de afrontar las pérdidas de amigos y cónyuge (Furguet & Caner, 1993; Martín, 2008; Quintanilla, 2000).

En cuanto a los funciones que desempeña un individuo en su contexto social, en muchos casos el llegar a la vejez representa una ruptura en las funciones realizadas como adulto. Es decir, el estatus adquirido como padre/madre, jefe de familia, proveedor

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

económico, tiende a perderse y ser reemplazado por un sentido de aislamiento, de poca importancia y poca capacidad en su núcleo familiar. Lo que tiende a empeorar cuando el individuo ha perdido a su pareja (Cinta, 2006).

De esta manera, la dependencia de la persona con otros miembros de la familia cuando llega a la edad adulta avanzada es una posibilidad que puede afectar la relación con los hijos y propiciar la confusión de la reversión de funciones tambaleando la estabilidad familiar, para evitarlo se debe tener en cuenta que el adulto mayor conserva su madurez emocional (González-Celis, 2003).

Además, generalmente durante esta etapa de la vida se presenta la jubilación, con lo que, con frecuencia, las relaciones laborales de la persona se reducen de forma importante, los recursos económicos disminuyen, y pueden ser insuficientes, el exceso de tiempo libre requiere una reorganización de la vida cotidiana y el uso de recursos sociales y culturales para evitar la angustia de no hacer nada (Furguet & Caner, 1993).

Por lo que, en la vejez el uso del tiempo libre tiene gran importancia, ya que puede convertirse en enemigo si no se sabe qué hacer con él; así es posible que en las personas mayores se incremente la necesidad de que los otros les dediquen tiempo, lo que, a veces, ocupa un lugar central en sus relaciones con el entorno familiar (Martín, 2008).

Sin embargo, el jubilado, también puede dedicar este nuevo tiempo libre a actividades, realización personal, entretenimiento y diversión, por ejemplo, mediante la adhesión a espacios sociales de asociación e integración (Brigeiroa, 2005).

*Envejecimiento positivo*

El envejecimiento es un proceso heterogéneo, con ganancias y pérdidas, que conlleva una mayor probabilidad de enfermedades y el padecimiento de la discapacidad consecuente (Fernández-Ballesteros, 2002). Así, la tercera edad es una etapa en la que existen cambios y condiciones que tienen mayor o menor impacto en la manera en que la persona experimenta el envejecimiento.

Por ejemplo, en el proceso de envejecimiento se producen la disminución de la memoria, el entorpecimiento senso-perceptivo, la merma en fuerza y coordinación motriz, etc. (Martín, 2008).

Lehr (1995) plantea cuatro motivos que pueden influir negativamente en la vejez:

1. El no tener acceso a una actividad remunerada.
2. El debilitamiento corporal, molestias y achaques físicos.
3. La renuncia o sentir que es excluido de las experiencias agradables y de las alegrías.
4. La conciencia de la cercanía de la muerte.

Sin embargo, se debe tener en cuenta la multiplicidad de modos de envejecer (Brigeiroa, 2005). Así, Barrio et al. (2006) encontraron que para unos individuos, la vejez es un momento de nuevas preguntas y nuevas posibilidades, de afianzar o rechazar creencias y valores (personales, religiosos, sociales); mientras que para otros, por el contrario, es el principio del fin, es decir, una etapa de espera resignada y pasiva, preocupada únicamente por los achaques.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Así, los cambios y alteraciones físicas, psicológicas y sociales que conlleva la vejez, con frecuencia tienen repercusiones en el desenvolvimiento cotidiano del adulto mayor, aunque en muchos casos pueden controlarse o corregirse (Corral, 2008).

El envejecimiento supone la modificación de la figura corporal, el comportamiento y las vivencias, principalmente la pérdida de las facultades mentales. Sin embargo, es posible una armonía interior y un equilibrio progresivo, mediante la apreciación positiva de los eventos de cada día y la adaptación de las expectativas (Lehr, 1995), es decir, no se debe considerar por esto un cataclismo (Zarragoitia, 2003), sino como una etapa más del desarrollo humano con características peculiares.

Además, el desarrollo del individuo a lo largo de su ciclo vital supone un proceso dinámico de ganancias y pérdidas, que requiere de la optimización de la capacidad adaptativa del individuo a las demandas biológicas, psicológicas, culturales y medioambientales (Corral, 2008).

Es decir, todo aumento en la edad requiere de una adaptación a las nuevas situaciones de vida, por lo que supone problemas; demanda ajuste y reorientación, abandonar formas de comportamiento, obligaciones y derechos previos, y asumir tareas deberes y derechos propios de cada etapa (Lehr, 1995).

Por lo tanto, en la tercera edad el individuo debe optimizar los recursos para adaptarlos de forma saludable a las condiciones y desafíos de la vida adulta, con el fin de preservar su identidad afectiva y emocional (Corral, 2008).



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

De acuerdo con Martín (2008), en la tercera edad, la adaptación puede ser influida por cuatro aspectos:

1. La aceptación del nuevo esquema corporal y de la identidad de anciano.
2. La resolución de los duelos melancólicos por identificación con ese otro que se fue y no se volverá a ver nunca más.
3. El afrontamiento psicológico de la progresiva presencia temática de la muerte, sea ésta implícita (cercanía) o a través de las pérdidas reales (familiares, amigos, etc.).
4. La reactivación de toda la problemática en torno a la individuación y la dependencia.

Como resultado de una adaptación adecuada, se ha establecido la categoría de envejecimiento exitoso o afortunado, en el que la declinación funcional es solamente atribuido a la edad y existe una mayor probabilidad de enfermedad y discapacidad asociada a ella, sin embargo aún pueden mantenerse y optimizarse algunas capacidades físicas funcionales y el compromiso activo con la vida (Baltes & Baltes, 1993; Quintanar, 2003; Rowe & Kahn, 1998).

Es decir, envejecer con éxito requiere de actitudes que ayudan al individuo a adaptarse a los cambios propios de esta etapa de la vida, y no renunciar ni sufrir por ellos. Así, una vejez satisfactoria debe ser interpretada en el área física o corporal, el área intelectual o mental, independencia y el área interpersonal o de socialización (Fernández-Ballesteros, 2002; Machado, Salmazo, & Galhardoni, 2008; Perlado, 1995).

Por su parte, Vellas (1996) retoma los aspectos de envejecimiento exitoso e incluye algunos factores que tienen valor predictivo, como lo son un buen nivel socioeconómico,

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

peso corporal relativamente bajo, buena función pulmonar, buen desempeño cognoscitivo, ausencia de diabetes e hipertensión arterial, participación en actividades físicas y sociales; y propone definir a los ancianos exitosos como aquellos sujetos de edad que han podido comprimir su periodo de morbilidad antes del deceso.

Además, el envejecimiento exitoso puede incluir la capacidad de compensar el deterioro intelectual asociado al envejecimiento mediante una optimización selectiva, la cual consiste en apoyarse en las capacidades y reforzar las debilidades. Así, las experiencias y conocimientos que los individuos han acumulado, les pueden ayudar a enfrentar los retos intelectuales de la vejez (Stassen & Thompson, 2000).

En el envejecimiento exitoso, el individuo que envejece, siempre es el blanco de todo el proceso y, con los apoyos necesarios, el principal ejecutor del mismo. Por lo que el adulto mayor es quien debe asumir la responsabilidad de su salud, adoptando nuevos estilos de vida (Brigeiroa, 2005).

Otro concepto basado en una concepción positiva de la vejez es el envejecimiento activo, que se refiere a la participación continua de los las personas adultas mayores, individual o colectivamente, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos (Mendoza-Núñez & Martínez-Maldonado, 2007). Es decir, es el empoderamiento del individuo en las áreas biológica, social y psicológica, es decir, tomar el control de su vida en ellas (Martínez-Maldonado, Correa-Muñoz & Mendoza-Núñez, 2007); con lo que la persona manifiesta autonomía (García, 2003).

Así por ejemplo, en el estudio realizado por Barrio et al. (2006), entre las ideas más repetidas sobre cómo desearían vivir una vejez plena, fueron: a) no sufrir físicamente,

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

rechazo de las agonías prolongadas; b) calidad de vida e independencia sobre el alargamiento de la vida biológica; y c) aspiración de mantenerse cerca de su casa y de sus seres queridos, y rechazo de las residencias.

Es claro que, a pesar de que en el envejecimiento se presenta un menor rendimiento físico, disminución en la capacidad sensorial (Lozano, 2000), aunadas a cambios psicológicos y sociales, es posible lograr vivir esta etapa de manera agradable concibiéndola como un período de cambios, en los que debe de haber una reubicación de metas y aspiraciones acordes con la situación en que el individuo se encuentra, y se puede mantener el control de sus vidas en todas sus facetas, con lo que prevalece la autonomía y bienestar bio-psico-social.

De esta manera, Martínez-Maldonado et al. (2007) lograron incrementar la sensación de empoderamiento, la creatividad y la autorrealización, en un grupo de 155 adultos mayores de comunidades rurales en México, mediante la promoción del desarrollo gerontológico y la educación para la salud.

Por lo tanto, los adultos mayores pueden ser menos ambiciosos que años atrás, pero están centrados, son eficientes y se comprometen como antes, o quizá más (Stassen & Thompson, 2000).

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Capítulo 2. Intervención cognoscitivo-conductual.

Las terapias cognoscitivas, el modelo psicoterapéutico cognoscitivo, se inicia hace casi 50 años con la propuesta del Dr. Albert Ellis, en 1955, con una nueva corriente llamada Terapia Racional, después Terapia Racional-Emotiva (TRE) y, finalmente a partir de 1994, Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Por otro lado, en 1962 se genera la Terapia Cognoscitiva (TC), después Terapia Cognoscitiva Conductual (TCC), por el Dr. Aaron T. Beck, cuyo modelo coincide con el concepto de la mediación cognoscitiva propuesto por Ellis. Ambas corrientes, junto con nuevas orientaciones integradoras, conductuales y sociales, están comprendidas en lo que hoy se podría denominar la “corriente cognoscitivo-conductual” en psicoterapias (Obs Camerini, 2004).

Aunque existen diversos enfoques y técnicas, los supuestos básicos son los mismos: a) los procesos cognoscitivos intervienen en la conducta y sus efectos; b) la conducta y los afectos desadaptados corresponden a cogniciones inadecuadas; y c) la tarea del terapeuta consiste en identificar esas cogniciones y proporcionar experiencias de aprendizaje que las modifiquen (Krassoienvitch, 1998).

Así, la psicología cognoscitiva se enfoca en las variables mediadoras entre el estímulo y la respuesta, es decir, en los fenómenos ocurridos en la mente del individuo. En otras palabras, centra la atención en el estudio del sujeto como un ser activo, capaz de influir en su realidad, su conducta, y concebir su experiencia como una construcción de la realidad (Heman, 2007).

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC de Albert Ellis)*

La Terapia Racional-Emotiva se basa en la concepción de que es el individuo quien crea sus problemas emocionales, principalmente debido a sus creencias sobre el mundo que le rodea, y no son resultado de las experiencias y condiciones (Ellis, 1999; Krassoienovitch, 1998; Meichenbaum, 1989).

En consecuencia, desde esta perspectiva, el objetivo del trabajo terapéutico es determinar los eventos que perturban al cliente, las pautas específicas de pensamiento y creencias subyacentes, y modificarlas (Meichenbaum, 1989).

De esta manera, las técnicas cognoscitivas están dirigidas a enseñar al individuo que los patrones de pensamiento son la causa de los síntomas, y las técnicas conductuales ayudan a la persona a detectar conexiones entre las situaciones problema y las conductas emitidas ante ellas (Vergara, 2009).

De acuerdo con la teoría de Ellis, en el ser humano ocurren cuatro procesos básicos interrelacionados de manera integral: la percepción, el movimiento, el pensamiento y la emoción (Ellis, 2003). Así, las personas son más felices cuando establecen metas y propósitos importantes en su vida y se esfuerzan por alcanzarlos, ya que con ellos las personas tienen una mayor conciencia de que viven en un mundo social, y lo racional ayuda a los individuos a alcanzar sus metas y propósitos básicos (Ellis, 1989).

Así, en el origen de la terapia racional, los problemas psicológicos se podían conceptualizar con el esquema "ABC", con elementos interrelacionados, con la base de que entre A y C siempre está B. Donde: "A" representa el acontecimiento, suceso o situación, desencadenante o activador; "B" representa en principio al sistema de creencias sobre el

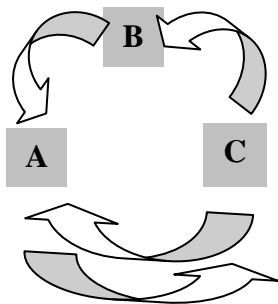
**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

acontecimiento, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognoscitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc.; y "C" representa la consecuencia o reacción ante "A", que pueden ser emociones, pensamientos o acciones (Ellis, 1989; 1999; Krassoienovitch, 1998; Meichenbaum, 1989). Lo que esquematizado sería: **A→B→C**.

Dentro de las creencias irracionales se pueden ubicar cuatro formas básicas: a) pensar que algo o alguien debería ser diferente a lo que es, b) pensar que es horrible que ese algo o alguien sea así, c) creer que no es posible soportar o tolerarlo y, c) pensar que la propia persona u otros han cometido graves errores (Krassoienovitch, 1998).

Así, según la teoría de la TREC, cuando se producen adversidades para el individuo en el punto A, que obstaculizan el logro de los objetivos, se crean creencias racionales de auto-ayuda y creencias irracionales autodestructivas, el punto B, las cuales promueven la salud emocional y de comportamiento, o consecuencias emocionales y de comportamiento negativas en el punto C (Ellis, 1999).

Sin embargo, todos los elementos están relacionados entre sí y son interactivas (Obs Camerini, 2004). Como lo muestra el siguiente esquema.



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Donde las relaciones entre los diferentes elementos se pueden explicar a continuación:

1. "A" ("acontecimiento") se considera como lo percibido por la persona, condicionado por sus metas y sus esquemas, elementos pertenecientes al sistema cognoscitivo ("B")
2. Se acepta que el aspecto emotivo ("C") en parte modifica y determina los esquemas utilizados y consiguientes distorsiones cognoscitivas ("B") para la construcción de "A".
3. Las emociones y conductas modifican directamente las situaciones.

Existen estímulos ("A") que en un primer instante generan una respuesta condicionada ("C") que puede ser procesada por el sistema cognoscitivo.

Al esquema de "ABC" se le puede agregar la D que hace referencia al Debate o Discusión entre las creencias irracionales y las racionales, que se efectúa con la finalidad de eliminar o minimizar las ideas irracionales. Además, como resultado de la terapia racional emotiva se espera la E o Efecto (cognoscitivo, emocional y/o conductual), que capacite al individuo para pensar sobre sí, sobre los demás y sobre el mundo que le rodea de forma más racional (Krassoienovitch, 1998).

*Técnicas de la terapia racional emotiva*

Las principales técnicas empleadas en la terapia racional emotiva, de acuerdo con Ellis (1989), se dividen en cognoscitivas, emotivas y conductuales.

Algunas de las técnicas cognoscitivas empleadas son:

1. La refutación de creencias irracionales.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

- a. La detección, que consiste en buscar creencias irracionales que llevan a conductas y emociones auto-castigadoras.
  - b. La refutación propiamente dicha, que consiste en que el terapeuta hace una serie de preguntas que sirven para ayudar al cliente a abandonar creencias irracionales.
  - c. La discriminación, en la que el terapeuta ayuda al cliente a distinguir con claridad entre sus valores no absolutos (preferencias, gustos y deseos) y sus valores absolutistas (necesidades, demandas e imperativos).
  - d. La Refutación de Creencias Irracionales de Dyren, que es un ejemplo de tareas cognoscitivas para casa, cuyo propósito es propiciar que el cliente pueda refutar por sí mismo.
2. Los métodos semánticos.
- a. La técnica de definición, mediante la cual el cliente aprende a usar el lenguaje de manera menos castigadora.
  - b. La técnica de referencias, en la que se anima al cliente a hacer una lista de características positivas y negativas de un concepto concreto.
3. Las técnicas de imaginación.
- a. La imagen racional emotiva, en la que el cliente cambia sus emociones negativas inapropiadas por otras apropiadas, mientras mantienen una imagen viva del suceso negativo, al cambiar sus creencias.
  - b. La proyección en el tiempo, en la que el cliente cambia sus ideas irracionales indirectamente porque se percató que la vida continúa después del suceso desfavorable, que lo superará y continuará persiguiendo sus objetivos originales o desarrollará nuevos.



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

c. La hipnosis.

Dentro de las técnicas emotivas, entre otras, se encuentran las siguientes:

1. Los métodos humorísticos, que sirven para animar al cliente a pensar racionalmente sin tomarse a sí mismo demasiado en serio.
2. El autodescubrimiento, en la que el terapeuta admite que ha tenido problemas similares a los del cliente pero que los ha superado.
3. Las historias, leyendas, parábolas, chistes y aforismos adjuntos a las técnicas de refutación cognoscitiva.
4. La refutación de creencias irracionales, que pretende que el individuo pase de un sí mismo intelectual a uno emocional.
5. La intervención de función racional, en la que el individuo se fuerza y adopta de forma dramática su “sí mismo racional”, con el objetivo de refutar adecuadamente las creencias autocastigadoras articuladas por su “sí mismo” irracional.
6. Los ejercicios de ataque a la vergüenza, por medio de los cuales el cliente se comporta en público, deliberadamente, de manera vergonzosa, con la finalidad de adaptarse y tolerar la incomodidad que le provoca.
7. Los ejercicios de riesgo, en los que el cliente se fuerza a asumir riesgos calculados en áreas en las que quiere hacer cambios.
8. Los ejercicios de repetición de frases racionales fuerte y apasionadamente.

Finalmente, algunas de las técnicas conductuales son:

1. La desensibilización in-vivo y la exposición prolongada a estímulos, que son más recomendadas para ejercicios en casa.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

2. La desensibilización gradual.
3. Las actividades de “quedarse ahí”, que proporciona la oportunidad de tolerar el descontento crónico por medio del recuerdo de situaciones incómodas durante un largo período de tiempo.
4. Los ejercicios de antiprocrastinación, en el que se anima al cliente a iniciar tareas antes, mejor que después, mientras toleran la incomodidad del hábito del después.
5. El uso de recompensas y castigos, que animan al cliente a hacer cosas molestas para perseguir sus objetivos a largo plazo.
6. La terapia de función fija de Kelly, consiste en que el cliente actúa como si ya pensara racionalmente, lo que le permite experimentar que el cambio es posible.
7. El entrenamiento en habilidades, que se suele conjuntar con la refutación de las creencias irracionales.

*Terapia Cognoscitiva (TC de Aaron Beck)*

En 1962 Aaron Beck Inicia la Terapia Cognoscitiva en la Universidad de Pensilvania, y se basa en los siguientes supuestos básicos (Obs Camerini, 2004):

1. Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su realidad.
2. La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas cognoscitivas, emotivas y/o conductuales.
3. Las personas pueden acceder a sus contenidos cognoscitivos.
4. La modificación del procesamiento cognoscitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas, etc.) es central en el proceso de cambio.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Es decir, las personas con desórdenes psicológicos tienen pautas de pensamiento distorsionados basados en razonamientos ilógicos, que el paciente debe aprender a cambiar por pensamientos positivos. Por lo que la terapia se enfoca en los esquemas o estructuras cognoscitivas de las reglas básicas para interpretar la información del medio (Heman, 2007); así se entrena al paciente a identificar los pensamientos distorsionados y formular alternativas de interpretación funcionales (Krassoienovitch, 1998).

*El sistema cognoscitivo*

El sistema cognoscitivo, según Beck, se representan por la relación:

**S→P→R**

Donde: "S" es el estímulo o situación; "P" es el sistema y procesamiento cognoscitivo, o pensamientos automáticos verbales y/o visuales que son resultado de las creencias nucleares (definiciones, evaluaciones o interpretaciones), mediados por las creencias inmediatas (reglas, actitudes y supuestos) que son influidas por las creencias nucleares e influyentes en los pensamientos automáticos; y "R" es la respuesta o reacción emotivas, conductuales o fisiológicas (Obs Camerini, 2004).

*Técnicas de la terapia cognoscitiva*

Algunas de las técnicas empleadas en la terapia cognoscitiva pueden clasificarse entre cognoscitivas y conductuales (Beck et al, 2005; Pretzer Denise & otros, 2005; Heman, 2007).

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Dentro de las técnicas cognoscitivas se pueden encontrar, entre otras:

1. El descubrimiento guiado, que le permite al paciente reconocer las pautas de interacción disfuncionales estereotipadas.
2. La búsqueda del significado idiosincrático.
3. La rotulación de las inferencias o distorsiones inadecuadas, para que el paciente tome conciencia del carácter no razonable o inadecuado de ciertas pautas automáticas de pensamiento.
4. El empirismo cooperativo, para poner a prueba la validez de las creencias, interpretaciones y expectativas del paciente.
5. El examen de las explicaciones de la conducta de otras personas.
6. El ordenamiento en escalas, o traducción de las interpretaciones a expresiones graduales para contrarrestar el pensamiento dicotómico.
7. La reatribución o reasignación de la responsabilidad por acciones y resultados.
8. La exageración deliberada, que lleva una idea a su extremo, lo que realza las situaciones y facilita la reevaluación de una conclusión disfuncional.
9. El examen de las ventajas y desventajas de conservar o cambiar creencias y conductas, y la clasificación de los beneficios secundarios.
10. La decatastrofización, es decir, permitir al paciente reconocer y contrarrestar la tendencia a pensar exclusivamente en términos del peor desenlace posible de una situación.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Por su parte, algunas de las técnicas conductuales son:

1. La observación y la programación de la actividad, que permiten la identificación retrospectiva y la programación prospectiva de los cambios.
2. La programación de actividades de dominio y placer, para realzar la eficacia personal y validar el éxito con las experiencias modificadas (o su falta), y el placer derivado de ello.
3. El ensayo de conductas, el modelado, el entrenamiento en asertividad y la dramatización con el fin de desarrollar habilidades antes de los primeros esfuerzos para responder con más eficacia en situaciones problemáticas anteriores o nuevas.
4. El entrenamiento en relajación y distracción conductual, para ser empleadas cuando la ansiedad se convierte en un problema amenazante mientras se intenta el cambio.
5. La exposición *in vivo*, en la que el terapeuta acompaña al cliente a un escenario problemático y le ayuda a abordar esquemas y acciones disfuncionales que no se pudieron tratar en el consultorio.
6. Encargos graduales de tareas para que el paciente pueda experimentar los cambios paso a paso, cuya dificultad puede ser ajustada y es posible lograr el dominio por etapas.

*Intervención cognoscitivo-conductual*

El paradigma de la psicología y las terapias cognoscitivas es que una reacción (respuesta emotiva o conductual) ante una situación, o estímulo, está mediada por el proceso de evaluación, o significación, en relación a los objetivos, metas y/o deseos, de cada persona (Obs Camerini, 2004).

## **Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Con base en el concepto de que el comportamiento es resultado de la forma en que un individuo interpreta una situación, aunque ésta pueda influir (Beck, 1964; Ellis, 1989; Heman, 2007). Así, la intervención cognoscitivo-conductual integra tanto los acontecimientos ambientales externos y las cogniciones del individuo (Meichenbaum, 1989).

Por lo que, la finalidad de este tipo de intervención es que el individuo descubra que sus pensamientos, sentimientos y conductas influyen en los problemas que presenta (Meichenbaum, 1989).

Dentro de la intervención cognoscitivo-conductual se emplean técnicas cognoscitivas, emotivas y conductuales para el cambio de pensamientos, emociones y conductas desadaptativas en el individuo (Heman, 2007).

Las técnicas cognoscitivas se emplean con el fin de enseñar que los patrones de pensamiento son la causa de los síntomas. En tanto, las conductuales ayudan a detectar las conexiones entre las situaciones problema y las reacciones, para calmar mente y cuerpo, pensar más claro y tomar mejores decisiones (Vergara, 2009).

### *Técnicas de la terapia cognoscitiva-conductual*

Las técnicas empleadas en la intervención cognoscitiva-conductual pueden clasificarse, con base en sus objetivos, en cognoscitivas, emocionales, conductuales y sociales, sin ser mutuamente excluyentes (Bas, Núñez, Bas, & Andrés, 2004).

Dentro de las técnicas cognoscitivas se encuentran, entre otras:

1. El descubrimiento guiado de Beck.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

2. La técnica de distanciamiento de Beck.
3. La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Ellis.
4. La técnica de tres columnas de Beck.
5. La reestructuración cognoscitiva-conductual sistemática de Bas y Andrés.
6. La técnica de los contrarios de McMillin y Giles.
7. La Técnica de reestructuración cognoscitiva-conductual sistemática pasado-presente-futuro de Bas.
8. Los ejercicios de atribución de responsabilidad de Behn.
9. Las pruebas de realidad de Beck.
10. La exposición en vivo o en imágenes.
11. La representación de funciones, de forma directa e inversa.

Por su parte, algunas de las técnicas emocionales son:

1. La técnica de relajación.
2. Las técnicas de respiración.
3. La programación de actividades y actividades gratificantes de Beck.
4. El entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum.
5. El entrenamiento en autocontrol emocional de Kanfer y Goldstein.
6. La exposición en vivo.
7. La exposición en imaginación.
8. Las técnicas de reestructuración cognoscitiva.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

9. La detención del pensamiento.
10. El entrenamiento en asertividad.
11. El entrenamiento en empatía.
12. La representación de papeles directa e inversa.

En lo referente a las técnicas conductuales, algunas de ellas son:

1. El entrenamiento en asertividad.
2. El entrenamiento en habilidades sociales.
3. La exposición en vivo.
4. La prevención de respuesta.
5. La programación de actividades gratificantes.
6. El entrenamiento en autocontrol emocional de Kanfer y Goldstein.
7. Las técnicas operantes: refuerzo positivo, extinción, refuerzo negativo de respuesta.
8. El entrenamiento en solución de problemas de Nezu y Nezu.
9. Los ejercicios de maestría y placer.
10. Las técnicas de reestructuración cognoscitiva.

Finalmente, dentro de las técnicas sociales, o del medio ambiente, se encuentran:

1. El entrenamiento en técnicas operantes para las personas del entorno.
2. El entrenamiento en asertividad de las personas del entorno.
3. La terapia de pareja o familiar.
4. El entrenamiento en solución de problemas y en comunicación.



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Intervención en grupos de la tercera edad*

Un grupo puede ser definido como “*un conjunto de individuos en interacción que se reúnen con la finalidad de realizar una tarea en común, para ello se utilizan técnicas especializadas que implican una división de trabajo y que se basan esencialmente en una comunicación verbal*” (Krassoienovitch, 1998, p. 192).

De esta manera, el principio básico de la psicoterapia en grupo es que cada uno de los participantes se beneficiará tanto de las interacciones con el terapeuta como con los otros miembros del grupo (Krassoienovitch, 1998). Por lo que, la meta de la terapia en grupo es el autoexamen, la maduración y desarrollo interior de cada elemento (Vergara, 2009).

Para ello, la terapia en grupo incluye determinados métodos terapéuticos que, en presencia de uno o más terapeutas, estimulan la labor autoconcentrada de los miembros, entre las que se incluye el psicodrama, la terapia analítica de grupo, la psicoterapia de actividades en grupo, métodos focales, la psicoterapia de grupo directivo-sugestiva, entre otros (Vergara, 2009).

Así, por ejemplo, en grupo el psicodrama puede ser particularmente útil debido a que las actividades no verbales suelen resultar, de entrada, menos fatigosas y más integradoras (Martín, 2008).

De esta manera, en el caso de la psicoterapia en grupo con pacientes ancianos, es indispensable establecer claramente los objetivos y metas, principalmente con base en las necesidades y las capacidades de los participantes. Debido a que, en la psicoterapia en grupo con adultos mayores se plantean determinados problemas, que pueden ser de tipo

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

personal, psicológico, físico y/o relacional, con la finalidad de que cada miembro los supere, es decir, dentro de las metas de los grupos se pueden encontrar el conocimiento más objetivo y completo de algunos aspectos sociales, psicológicos y/o físicos del envejecimiento, así como la manera adecuada de actuar con ellos (Krassoienovitch, 1998).

Por ejemplo, los grupos terapéuticos presentan a los miembros las normas que rigen el mundo exterior, por lo que pueden contrarrestar los comportamientos desadaptados, además ofrecen un campo de entrenamiento en el que un individuo puede aprender y practicar nuevas conductas adecuadas (Vergara, 2009).

De esta manera, los grupos terapéuticos también le permiten a la persona de la tercera edad modificar creencias y mitos respecto del envejecimiento, como los que son resultado del “viejismo” que está comúnmente arraigado en los ancianos, debido a que el proceso grupal le permite al individuo recabar información más correcta sobre la tercera edad y conlleva a un mejor autoconcepto de los miembros (Krassoienovitch, 1998).

Algunos de los grupos terapéuticos con adultos mayores, se orientan a la enseñanza, el aprendizaje y el manejo de la información nueva, con el fin de propiciar una mejor adaptación a las nuevas situaciones relacionadas con el envejecimiento; otros grupos se enfocan a la modificación de hábitos y costumbres para mejorar las relaciones interpersonales y contribuir a un mayor bienestar (Krassoienovitch, 1998).

Por eso, los grupos pueden ser útiles para tratar los problemas interpersonales y las dificultades para establecer relaciones íntimas y confiables, así como para combatir la negatividad, el desaliento y la percepción de soledad, expresar complicidad y promover el despliegue de intercambios basados en el conocimiento y la memoria (Martín, 2008).

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Intervención cognoscitivo-conductual en grupos de la tercera edad*

De acuerdo con Ellis (1999), existen muchas razones por las que las personas adultas mayores tienen problemas emocionales frecuentemente y, por lo tanto, son potencialmente sujetos de psicoterapia. Entre estos se encuentran: a) una pobre salud física, por lo que pueden ser emocionalmente vulnerables; b) pueden ser sujetos de mayor estrés y cambios de la vida -como problemas económicos, jubilación y problemas de movilidad- que la gente joven; c) frecuentemente carecen de apoyo social por parte de la familia, los amigos, los compañeros de trabajo y los vecinos; d) comúnmente son menos eficaces de lo que eran y no cuentan con los sentimientos de autoeficacia que antes tenían; e) su movilidad y libertad de cambiar pueden mostrarse claramente limitada; f) es posible que los individuos experimentaran una historia con dificultades referentes a su personalidad, relaciones y afrontamiento que los preparan negativamente para la vejez, por lo que pueden estar ansiosos o deprimidos recurrentemente en esta etapa de su vida.

Así, es necesario realizar intervenciones en la población adulta mayor, sin embargo, al diseñar una intervención para este sector de la población es necesario tener en cuenta diferentes factores.

Como Lehr (1995) lo establece, la intervención psicológica en la tercera edad contempla que el comportamiento durante la tercera edad está determinado por la acción conjunta de varios elementos, principalmente por factores socio-psicológicos y ecológicos. Así toda intervención debe estar precedida por el análisis de la personalidad y la situación del individuo.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Por lo que, los programas de intervención con personas adultas mayores deben orientarse al entrenamiento de las aptitudes físicas y mentales, para fomentar la movilidad y participación social del individuo, con el fin de influir positivamente en el proceso de envejecimiento y propiciar el bienestar emocional (Lehr, 1995). Lo que se logra través del cambio de sentimientos, pensamientos y actos, con el fin de mejorar las relaciones consigo mismos y con los otros, disminuir tensiones de origen biológico o cultural, lograr satisfacciones y aumentar la productividad (Hernández, 2005).

Por otra parte, aunque la terapia racional-emotiva de Ellis inició como un método individual, también se utiliza de forma grupal ya que en ella se estimula a cada uno de los miembros a ayudarse mutuamente (Krassoienovitch, 1998).

Además, la terapia cognoscitivo conductual está conformada por una serie de técnicas estructuradas que se centran en el presente y están orientadas a la acción, las cuales parecen ser más adecuadas para la personas adultas mayores debido a que este tipo de técnicas son aplicables a los individuos sin importar su edad (Hernández, 2005).

Así, como se muestra en la Tabla 1, se han realizado intervenciones cognoscitivo-conductuales en grupos con número de participantes muy variados (de 17 a 38 participantes). Del mismo modo la frecuencia, duración y número de sesiones ha sido distinta en las diferentes intervenciones; en algunas se ha realizado dos veces por semana y en otras una, con duraciones de 90 a 120 minutos y con número de sesiones de seis a ocho. Finalmente, las técnicas empleadas en cada una de las sesiones han sido diversas, pero entre las que más se han empleado, se encuentran la reestructuración cognoscitiva y la psico-educación.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

**Tabla 1. Estudios de intervenciones cognoscitivo-conductuales en adultos mayores.**

Autor	VARIABLES	Participantes	Sesiones	Técnicas
Contreras, Moreno, Martínez, Araya, Livacic-Rojas y Vera-Villarroel (Chile, 2006)	Sintomatología ansiosa y depresiva	38	Ocho sesiones, dos veces por semana de dos horas, un mes	Relajación progresiva, reestructuración cognoscitiva y psico-educación.
Nuevo y Montorio (España, 2005)	Preocupación excesiva: preocupación-rasgo, severidad de la ansiedad generalizada y metapreocupación	17	Ocho sesiones semanales de 90 minutos,	La discusión y práctica de habilidades de solución de problemas, relajación muscular, control de estímulos y cambio de creencias sobre la preocupación (entrenamiento en darse cuenta). Psico-educación, moldeamiento, uso de pensamientos y contrapensamientos, persuasión verbal, juego de roles, exposición de experiencias vicarias, automitoreo, autoreforzamiento y selección de reforzadores.
González-Celis (México, 2002)	Calidad de vida, fortalecimiento de la autoeficacia y apoyo familiar	27	Ocho sesiones semanales, dos veces por semana, de dos horas	Psico-educación, moldeamiento, uso de pensamientos y contrapensamientos, persuasión verbal, juego de roles, exposición de experiencias vicarias, automitoreo, autoreforzamiento y selección de reforzadores.
Moreno, Contreras, Martínez, Araya, Livacic-Rojas y Vera-Villarroel (Chile, 2006)	Presión arterial	38	Ocho sesiones, dos veces por semana, de dos horas, un mes	Entrenamiento en relajación, reestructuración cognoscitiva, psicoeducación, promoción de conductas saludables
Vergara (México, 2009)	Ideas irracionales, depresión y bienestar emocional	24	Seis sesiones, dos por semana de dos horas	Relajación, reestructuración cognoscitiva, solución de problemas

### Capítulo 3. Habilidades sociales

La competencia social se refiere a comportamientos que permiten al individuo manejar exitosamente las demandas y expectativas del ambiente social (Oppenheimer, 1989; Zelek & Weissberg, 1989).

De esta manera, aunque existen otros elementos, las habilidades sociales conductuales ayudan al individuo a mantener y entablar redes sociales satisfactorias (Caballo, 1993; Caballo, Del Prette, Monjas & Carrillo, 2006; Juncos & Pereiro, 2000).

Por ejemplo, en un estudio realizado por García-Bóveda, Vázquez, A. y Vázquez, R. (2007), en pacientes con esquizofrenia, de 26 a 45 años se encontraron relaciones entre las habilidades sociales y el apoyo social extra familiar: frecuencia de contacto, apoyo psicológico, apoyo instrumental.

Para poder definir correctamente una conducta socialmente hábil se debe especificar la dimensión conductual o tipo de habilidad, la dimensión personal o variables cognoscitivas, y la dimensión situacional o contextual. Se considera *“una conducta socialmente hábil como ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de ese individuo en un momento adecuado a la situación, respetando las conductas de los demás, y que generalmente resuelve problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”* (Caballo, 1993, p. 6).

De igual modo, las principales respuestas en lo que respecta a las habilidades conductuales son: a) hacer cumplidos; b) aceptar cumplidos; c) hacer peticiones; d)

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

expresar amor, agrado y afecto; e) iniciar y mantener conversaciones; f) defender los derechos de su persona; g) rechazar peticiones; h) expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo; i) expresión justificada de molestia, desagrado o enfado; j) petición de cambio de conducta en el otro; k) disculparse o admitir ignorancia; y l) afrontar las críticas.

De manera general las habilidades sociales, desde el punto de vista empírico, han girado alrededor de cuatro tipos de respuesta, es decir, de la capacidad de decir “no”, la capacidad de pedir y hacer peticiones, la capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos, y la capacidad de iniciar y mantener conversaciones. Cada una de las habilidades sociales generales se compone de elementos moleculares conductuales, entre los que se encuentran la mirada/contacto ocular, la postura corporal, los gestos o expresiones faciales, y los componentes paralingüísticos (Caballo, 1993):

Mirar a su interlocutor a los ojos y/o en la mitad superior de su cara, indica que una persona está atenta a las señales de la otra; la cantidad y el tipo de señales puede comunicar actitudes personales, por ejemplo, el hacer contacto ocular puede indicar implicación, y el desviar la mirada el deseo de evitarlo.

Respecto de la postura corporal, la posición del cuerpo y sus extremidades, es decir la forma en la que se sienta, permanece en pie o se pasea una persona, reflejan sus actitudes y sentimientos hacia sí mismo y hacia los otros.

Los gestos, por su parte, tienen un significado aceptado generalmente dentro de un contexto cultural; el área entorno a la boca contribuye a la interpretación de éstos, así cuando está hacia arriba puede significar agrado y cuando esta hacia abajo puede implicar desagrado.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Finalmente, los componentes paralingüísticos, o verbales, incluyen: a) la latencia o el intervalo de silencio entre la terminación de una oración y el inicio de otra por individuos distintos; b) el volumen, que consigue en hacer que el mensaje llegue al receptor u oyente, en este caso un volumen bajo puede indicar sumisión o tristeza, pero un volumen alto puede indicar dominio, extroversión, seguridad y/o persuasión; c) el timbre, es decir, la calidad vocal o resonancia de la voz; d) el tono y la inflexión sirven para comunicar sentimientos y emociones; e) las vacilaciones, falsos comienzos y repeticiones excesivas pueden dar la impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad; f) el tiempo de habla de cada individuo adecuado dentro de una conversación se basa en un intercambio recíproco de la información; y g) la claridad y la velocidad.

Del mismo modo, las habilidades sociales se componen de factores o elementos intrínsecos y extrínsecos a la persona, y factores sociales como lo son las conductas manifiestas, la orientación a objetivos, la especificidad situacional y los componentes de las habilidades.

*Intervención cognoscitivo-conductual de habilidades sociales en adultos mayores*

Las habilidades sociales (como parte de la competencia social) deben estar adaptadas a la situación y edad específica, que le permitan establecer redes de relaciones sociales y beneficios (Attili, 1989; Waters & Sroufe, 1983). Es decir, pueden, y deben, adaptarse al contexto y etapa de la vida del individuo, como lo es la vejez.

Durante la tercera edad, las conductas socialmente hábiles que se han correlacionado con el encontrarse o sentirse solo o acompañado. En esta etapa son la pasividad, la falta de asertividad, la timidez, sociabilidad inhibida, menor auto-revelación o falta de reciprocidad



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

en esta área; así como la baja atención personal que se refiere a las preguntas o comentarios que se realizan a compañeros (Gil & García, 1998).

Además, en la tercera edad las habilidades sociales favorecen la comunicación, a mantener y desarrollar el nivel de satisfacción, así como a la adaptación a las nuevas situaciones de la tercera edad (Baltes & Baltes, 1993).

De manera general, las habilidades sociales, coordinan la emoción, la cognición y las conductas, por lo que permiten a una persona responder exitosamente ante las demandas del contexto social (Zelek & Weissberg, 1989). Por lo que la corriente cognoscitivo-conductual es una buena alternativa para el desarrollo de estas conductas.

Así, el entrenamiento en habilidades sociales debe incluir reducción de ansiedad, reestructuración cognoscitiva y entrenamiento en resolución de problemas; entre tanto, los procedimientos más utilizados han sido el ensayo conductual, el modelado, el reforzamiento, la retroalimentación, las instrucciones, el aleccionamiento, la relajación, las tareas para casa, entre otros (Caballo, 1993).

Es decir, el entrenamiento en habilidades sociales se compone de un conjunto de técnicas conductuales y cognoscitivas enfocadas a adquirir conductas socialmente habilidosas que un individuo no posee, además de modificar las conductas interpersonales inadecuadas de una persona (Monjas, 1999).

El empleo de este tipo de entrenamiento para dotar a los individuos con habilidades sociales ha obtenido resultados favorables.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

En estudiantes de enfermería con trastornos psicosomáticos (hipertensión arterial, glaucoma, diabetes mellitus insulino dependiente, psicosis, problemas cardiovasculares y neurosis obsesiva) se incrementaron los niveles de calidad de vida y disminuyó la presencia de dichos trastornos (Leiva, 2006).

Por otra parte, se logró que jóvenes con retraso mental moderado adquirieran conductas socialmente habilidosas, mediante el empleo de técnicas conductuales como relajación, animación, modelamiento, reforzamiento y ejemplificación (Boluarte, Méndez & Martel, 2006).

Junco y Pereiro (2000) emplearon un entrenamiento en habilidades sociales en 151 personas adultas mayores y observaron mejoras en su comunicación no verbal, asertividad, hacer y recibir críticas, afrontar la hostilidad, iniciar y mantener conversaciones. Esto repercutió en la disminución de los niveles de depresión de los participantes, el aumento en la autonomía y la autoeficacia para las actividades de la vida diaria, el número de amistades y confidentes, y la satisfacción con su relación.

De esta manera, se ha probado la efectividad del entrenamiento cognoscitivo-conductual en la población adulta mayor, en dotar a los individuos en general de conductas socialmente exitosas.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

#### Capítulo 4. Red de apoyo social

La red social se refiere a las relaciones que una persona identifica como significativas, diferenciadas del resto de la sociedad e incluye a todos los individuos con los que interactúa un individuo, es decir, familia, amistades, relaciones laborales o escolares, relaciones comunitarias, de servicio o de credo (Sluzky, 1996; 2000).

Así, la red social incluye el conjunto de personas con las que interacciona el individuo, a las características de los vínculos que se establecen entre ellas, y a las interacciones que se producen a través de dichos vínculos (Escobar, Puga & Martín, 2008; Rodríguez, 1995).

La red de apoyo social incluye distintas características, entre las que se encuentran cantidad o número de relaciones, estructura y funcionalidad (Escobar, Puga & Martín, 2008; Rodríguez, 1995).

Su estructura puede conceptualizarse como tres círculos: a) un círculo interior, formado por relaciones íntimas como familiares directos y amigos cercanos; b) un círculo intermedio de relaciones sociales con menor grado de compromiso, como relaciones sociales o profesionales; y c) un círculo exterior, de relaciones ocasionales y conocidos, la escuela, trabajo y vecinos, entre otros. Además, los elementos estructurales de la red de apoyo social son (Rodríguez, 1995; Sluzky, 1996):

1. Tamaño. Es el número de personas en la red.
2. Densidad. Conexión entre los miembros, independiente del individuo al que corresponde la red.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

3. Composición o distribución. Número de integrantes que se ubican en cada círculo de la red.
4. Dispersión. Distancia geográfica entre los miembros.
5. Homogeneidad y heterogeneidad. Las características demográficas y socioculturales.
6. Atributos de vínculos específicos. Compromiso, intensidad, durabilidad e historia común.
7. Función. La determina el tipo de interacción interpersonal entre los miembros.
  - a. Compañía social. La realización de actividades conjuntas o estar juntos.
  - b. Apoyo emocional. Intercambio con una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo.
  - c. Guía cognoscitiva y consejos. Compartir información personal y social, aclarar expectativas y promover modelos de funciones.
  - d. Regulación o control social. Interacciones que recuerdan y reafirman responsabilidades y funciones, neutralizan desviaciones de comportamiento, permiten la disipación de frustración y violencia, y favorece la resolución de conflictos.
  - e. Ayuda material y de servicios. Es colaboración sobre la base de conocimiento experto o ayuda física, incluye los servicios de salud.
  - f. Acceso a nuevos contactos. La posibilidad de conexión con personas y redes que hasta entonces no eran parte de la red social del individuo.

Del mismo modo, las relaciones sociales establecidas dentro de una red social pueden ser íntimas, con menor grado de compromiso, y de conocidos o relaciones ocasionales (Sluzky, 1996).

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Además, existe una relación compleja y dinámica entre la red de apoyo social y la salud física (Rodríguez, 1995; Sluzky, 1996).

Dicha relación puede ser bidireccional, así cuando la red es estable, sensible, activa y confiable, actúa como un agente de ayuda que propicia en el individuo conductas de protección a la salud y, por otro lado, cuando una persona se encuentra o se percibe enferma es posible que la calidad de su interacción social se vea deteriorada (Sluzky, 1996).

Además, el apoyo social puede ser una variable tanto antecedente como intermedia del estado de salud. Como variable antecedente puede contribuir a un mejor estado de salud mediante la creación de un ambiente que promueva la salud y mejore el bienestar y la autoestima, la disminución de la posibilidad de que se produzcan acontecimientos estresantes en la vida del individuo, y proporcionar al individuo información de que sus conductas conducen a consecuencias socialmente deseables. Como variable intermedia el apoyo social contribuye a la disminución de los efectos negativos de los acontecimientos estresantes, al influir en la interpretación y las respuestas del individuo (Rodríguez, 1995).

Además, de manera general se ha encontrado que la red de apoyo social se encuentra asociada a variables psicológicas en personas de todas las edades. Por ejemplo, Jung (1997), examinó la relación entre apoyo y bienestar en estudiantes de la carrera de psicología en Barcelona, encontrando que el nivel de apoyo se relaciona con algunos síntomas depresivos en la muestra.

Del mismo modo, en el estudio realizado por Jackson (2006), con personas de entre 17 y 77 años de edad, se encontró que el apoyo social percibido, al igual que los síntomas

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

depresivos, se asocian de manera significativa con el seguimiento de una dieta saludable y adhesión a la atención médica en mujeres.

De acuerdo con Caballo (1993) *“un aumento de la habilidad social podría favorecer y aumentar la red social que rodea al individuo”* (p.116).

*Red de apoyo en la tercera edad*

Durante la tercera edad una red social de familiares y de amigos, de acuerdo con Creagan (2004), puede tener diversos beneficios entre los que se encuentran:

1. Los amigos y familiares facilitan dar y recibir afecto, lo que refuerza el sistema inmunológico y puede mantenerlo más sano.
2. Los amigos y familiares recuerdan al individuo ir al médico o lo llevan con él.
3. Existe una mayor probabilidad de involucrarse en comportamientos saludables, cuando la persona se rodea de una red social integrada por personas con ideas que las promuevan.
4. El adulto mayor, puede obtener ayuda en aspectos prácticos, desde cuestiones económicas hasta podar un árbol o seleccionar el médico apropiado.
5. Puede mejorar ciertas tareas mentales, mediante el uso de la mente en todas sus actividades, desde juegos hasta conversaciones.

Las relaciones y contacto social son un factor protector en el envejecimiento, están vinculadas a la salud física y mental, al igual que a la calidad de vida, la longevidad, el bienestar y la soledad (Fernández-Ballesteros, 2002).

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Además, las personas mayores que viven en la comunidad, ya sea solas o en familia, se mantienen por medio de redes entrelazadas de sistemas de apoyo, conformados por parientes, familiares y amigos, quienes facilitan el contacto social y, en ocasiones, la asistencia necesaria para la salud o la independencia (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1984).

Existe participación activa de las personas adultas mayores en la sociedad a través de intercambios generacionales, es decir, son receptores de bienes y servicios de las generaciones más jóvenes, a la vez que aportan a éstas otros bienes y servicios (Robles, 2006).

Sin embargo, durante la vejez son frecuentes las pérdidas de amigos, cónyuges y familiares (Sluzky, 2000), lo que obstaculiza el acceso a las relaciones sociales a las que estaban acostumbrados (Martín, 2002).

Entre las necesidades de las personas adultas mayores, al igual que el resto de las personas, también se encuentran la de pertenencia y la de consideración: la necesidad de pertenencia se refiere a la necesidad de ser amado, de sentir que los otros cuentan con su afecto y que pertenecen a un grupo social; y la necesidad de consideración se refiere a la necesidad de reconocimiento, de estima, de esperanza, de realizarse y de ser tomados en cuenta como una persona útil (De la Serna, 2000).

A pesar de que existen diversos estudios en los que se aborda la misma variable “red de apoyo social” en población adulta mayor, no existe un consenso en cuanto al término empleado para nombrarla, ni de los elementos que la componen, aún menos de los instrumentos y medidas que deben ser utilizados para evaluarse, por lo que se hace



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

necesario analizar los parámetros y referentes con base en los cuales se ha realizado las investigaciones sobre este tema.

Así, en una revisión de algunos artículos publicados desde 1994 en diversas partes del mundo se emplean distintos términos para nombrar a dicha variable, a pesar de contener elementos comunes en algunos casos, entre los que se encontraban “red social” principalmente, pero también “apoyo social” y “red de apoyo social” (Arechabala, Catoni, Palma, Moyano, & Barrios, 2005; Burnett, Regev, Pickens, Prati, Aung, Moore, & Bitondo, 2006; Escudero, Salan, Pérez, González, Sánchez, Fernández, López & López, 1999; Fernández & García, 1994; Fiori, Antonucci, & Cortina, 2006; Fiori, Smith, & Antonucci, 2007; Glass, Méndez, Seeman, & Berkman, 1997; Gómez & Martos, 2005; Iecovich, Barasch, Mirsky, Kaufman, Avgar, & Kol-Fogelson, 2004; Jackson, 2006; Johnson, 1996; Lahuerta, Borrell, Rodríguez-Sanz, Pérez, & Nebot, 2004; Lewis, 1997; Litwin, 1998; Litwin & Shiovitz-Ezra, 2006; Lubben, Blozik, Gillmann, Iliffe, von Renteln, Beck, & Stuck, 2006; McIntosh, Sykes, & Kubena, 2002; Meléndez-Moral, Shields, Sherr, & King, 2003; Moorer, & Suurmeijer, 2001; Nebot, Lafuente, Tomás, Borrell & Ferrando, 2002; Phillips, Bernard, Phillipson, & Ogg, 2000; Tomás-Miguel, & Navarro-Pardo, 2007; Zunzunegui, Alvarado, Del Ser & Otero, 2003).

Además de ello, en estos estudios se emplean diferentes elementos como componentes de la red de apoyo social de las personas adultas mayores. El elemento más frecuente en estos estudios es el de tamaño de red, seguido por los integrantes que forman parte de la familia (general, estado civil, hijos, nietos), apoyo emocional, material, instrumental y/o informativo (general, familia cercana y extensa, amigos, otros), otros miembros de la red (amigos, vecinos, profesionales de instituciones, otros), satisfacción con

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

el apoyo recibido, frecuencia de contacto general con los miembros, frecuencia de contacto con la familia (general, hijos, hermanos y confidentes) y frecuencia de contacto con otros miembros (amigos, vecinos, compañeros de trabajo, personal de instituciones) con una frecuencia de aparición en cinco de los dieciocho trabajos incluidos, entre otros. Pero ninguno de estos elementos es constante en los estudios.

Del mismo modo, algunas de estas investigaciones han encontrado que la red de apoyo social tiene impacto en: soledad (Ienovich et al., 2004; Moorer & Suurmeijer, 2001), mortalidad (Litwin & Shiovitz-Ezra, 2006; Nebot et al., 2002), salud mental/deterioro cognoscitivo (Lahuerta et al., 2004), autopercepción de abandono (Burnett et al., 2006), síntomas depresivos (Fiori et al., 2006) y percepción de autonomía (Escobar, Puga & Martín, 2008).

Por otro lado, también se encontró evidencia de que el grado funcional repercute en la red de apoyo social (Escudero et al., 1999; y Gómez & Martos, 2005).

En México también se han realizado estudios respecto de la red social de los adultos mayores, como las siguientes.

Por ejemplo, Robles, Rizo, Camarena, Cervantes, Gómez, & Siordia (2000) evaluaron la red de apoyo social en términos de tamaño, sexo de los integrantes y apoyo social emocional, económico e instrumental.

Por su parte, Vera y Sotelo (2004) la evaluaron mediante el apoyo social percibido, la familia, las amistades, la bidireccionalidad en la relación, el recibir y el dar compañía, consejo, enseñanza; y encontraron que se relacionaba con un mayor bienestar.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Asimismo, Vera, Sotelo y Domínguez (2005), evaluaron la red social mediante el apoyo social, la frecuencia de contactos y la extensión de la red; y la relacionaron con un mejor bienestar emocional.

Por tanto, no es de extrañar que tampoco exista un consenso o base para el empleo de un tipo específico de instrumento, por lo menos en el caso de estos trabajos.

En este sentido, es necesario establecer acuerdos en cuanto al término que debe emplearse para nombrar a esta variable y, más allá de ello, especificar qué elementos la componen.

Tales elementos son: el tamaño o número de integrantes; personas que la componen como lo son pareja, hijos, hermanos, otros familiares, amigos, vecinos, personal institucional, entre otros; las funciones de apoyo que desempeña la red de apoyo social en general y las que desempeñan cada uno de los integrantes en particular, como lo son apoyo social en general, apoyo instrumental, apoyo material y apoyo económico, entre otros; y el grado de satisfacción con los diferentes tipos de apoyo que el adulto mayor percibe que le brindan la red en general y de cada uno de sus integrantes.

## Capítulo 5. Adaptación psicológica en la vejez

A menudo, el envejecimiento supone el aumento de enfermedades crónicas, el declive de capacidades fisiológicas, pérdidas de autonomía, familiares y personales, pero la mayoría de los individuos se adapta (Castellón & Alexandre, 2000).

Los principales elementos para adaptación del individuo a la vejez son conservar la salud física y mental, mantener intereses y actividades variadas y conseguir seguridad e independencia económica, el apoyo familiar, entre otros (Castellón & Alexandre, 2000).

Por otra parte, el trabajo psicológico con personas de la tercera edad se ha realizado en diferentes áreas. Por ejemplo, en una revisión de investigaciones en población adulta mayor realizada por Saíz, Baqués y Sáiz (1998), sobre artículos publicados durante el período comprendido de 1991 a 1995, de un total de 16883 artículos obtenidos de diferentes bases de datos, encontraron que: 3018 se realizaron acerca de enfermedades degenerativas, 3754 de trastornos psicopatológicos, 1087 de aspectos cerebrales y neuropsicológicos, 1629 de sustancias y sus efectos, 1210 de estados cognoscitivos, involución y sus desórdenes, y únicamente 1798 es decir, poco más del 10% fueron sobre terapias, entrenamientos, programas de educación y ocupacionales.

### *Calidad de vida*

En el estudio de la calidad de vida, es evidente la participación de diversas disciplinas. Existen, entre otras, aproximaciones de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido en su conceptualización. Es por ello que cuando se pretende dar una definición de calidad de vida, se observan múltiples

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

acercamientos para su estudio, y se encuentra una indefinición del término, el cual se asocia por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2005).

Por ello es difícil conceptualizar una igual calidad de vida para todos los individuos y para todas las sociedades, ya que está determinada por un lado por las valoraciones que realicen un grupo de expertos, quienes fijan los criterios y normas de las condiciones objetivas de una “buena” calidad de vida, y por el otro los mismos individuos, a partir de sus propias valoraciones o percepciones sobre su vida y condiciones, las cuales se ven influenciadas por sus deseos y expectativas, que a su vez pueden estar formadas o deformadas en gran parte por las circunstancias, su entorno, su cultura y sus estándares (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2005).

La expresión de calidad de vida aparece a finales de la década de los 50's e inicios de la década de los 60's en los debates públicos en torno al ambiente y al deterioro de la vida urbana; sin embargo, hasta los 70's aparece como término y tiene su expansión en los 80's, desarrollándose encubierto por conceptos de felicidad, salud y bienestar (Cerezo, 2001). A partir de los años 90's, según Lukomski (2000), el uso de este término se identifica con tres significados diferentes:

1. Descriptivo. Debido a que la palabra calidad, proveniente del latín *qualitas*, significa aquello que identifica a una persona como tal, es decir, lo diferencia de otros seres y lo individualiza, se le relaciona con la racionalidad.
2. Evaluativo o normativo. Puede evaluarse si existe un mayor o menor grado de calidad.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

3. Prescriptivo o moral. El término de calidad de vida posee una ética rigurosa y prescriptiva que permite diferenciar lo bueno y lo malo, lo que se debe hacer de lo que no, por lo que se convierte en un principio moral.

En la actualidad, algunos autores mencionan que la calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y emocionales.

En el abordaje del aspecto *objetivo* de la calidad de vida, ésta depende del individuo, utilización y aprovechamiento de sus potenciales intelectual, emocional y creador, y de las circunstancias externas, estructura socioeconómica, socio-psicológica, cultural y política, que interactúan con él (Reyes, Triana, Matos & Acosta, 2002). Lo que es equivalente a las capacidades físicas y mentales de la persona.

De esta manera, la calidad de vida es un componente central del bienestar humano que consiste en el grado de satisfacción de las necesidades humanas, objetivas y subjetivas, individuales y sociales, en función del medio ambiente donde se vive, circunscrito a un tiempo y a un espacio (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002). Se encuentra relacionada con la salud psicológica o mental de los individuos o de la familia, el desarrollo de habilidades sociales, el éxito en la escuela o en el trabajo, las relaciones sanas de parejas, familiares o sociales, la realización personal, los estilos de vida saludables, solución de problemas, afrontamiento y control, y expectativas de autoeficacia, entre otros; comprende un complejo conjunto de componentes como la salud, la riqueza material, la libertad, la justicia, el conocimiento, el uso del tiempo libre, la autorrealización y las condiciones ambientales (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2005).

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Por lo tanto, la calidad de vida abarca tres dimensiones globales: a) el estado funcional, es decir, aquello que la persona es capaz de hacer; b) el acceso a los recursos y las oportunidades para usar esas habilidades con el fin de lograr sus objetivos; y c) la sensación de bienestar que hace referencia al nivel de satisfacción (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002). Dentro de ellas se han identificado distintos dominios de vida, como la salud, la familia, las relaciones sociales, el trabajo, la situación económica y el lugar de residencia (Lehman, 2000).

Desde el punto de vista emocional, la calidad de vida hace referencia a la naturaleza más o menos satisfactoria de una cosa, o a las cualidades que permiten apreciarlo como mejor, igual o peor (Leal-Felipe, Leal-Felipe, Darías-Curvo & Arroyo-López, 2000).

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la medida de bienestar físico, mental y social tal como es percibida por cada individuo y cada grupo; comprende el estado satisfactorio de salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, vestido, recreación, seguridad social y derechos humanos (Cabrera, 2001).

Por lo tanto, la calidad de vida en general consiste en la valoración que el individuo haga de su propia vida en relación a la satisfacción de los diversos componentes que la integran, cuyos criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2005); y se traduce en sentimientos positivos o negativos (Reyes et al, 2002).

### **Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Así se entiende a la calidad de vida como la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito comunal y nacional, en relación con las cuales se ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad (Dulcey-Ruiz, 2000).

De esta forma, podría considerarse una definición integradora aquella que opina que la calidad de vida debiera estar relacionada con el bienestar emocional, la funcionalidad social y la económica, la satisfacción con la vida, el apoyo social y el nivel de vida (Katschig, 2000). En este sentido, la OMS (Harper & Power, 1998, p. 551) considera tanto la percepción subjetiva como los factores contextuales del individuo, definiendo la calidad de vida como *“la percepción de los individuos de su posición en la vida dentro del contexto de su cultura y el sistema de valores en el cual viven, y la relación de sus metas, expectativas, estándares e intereses”*.

#### *Calidad de vida en la tercera edad*

Algunos autores consideran que en la tercera edad la calidad de vida debe estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario aumentaría la expectativa de incapacidad, por lo que se puede expresar que el aumento de la calidad de vida es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad (Dulcey-Ruiz, 1999; Reyes et al., 2002).

Por otro lado, las enfermedades crónicas, como la hipertensión y la diabetes mellitus son frecuentes en la vejez, y la calidad de vida de una persona con una enfermedad crónica depende del grado en que se adapte a la enfermedad, el tratamiento y los efectos. En otras



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

palabras, sin importar que padezca una enfermedad, el individuo es capaz de mantener niveles óptimos de calidad de vida (Rodríguez, Pastor & Lopez-Roing, 1993).

En un estudio realizado por García (2009) con 160 adultos mayores que asisten a una clínica de salud en el Estado de México, se encontró que, como elementos de la calidad de vida, más de la mitad de los participantes se consideran capaces y autónomos para realizar actividades físicas; un gran número de ellos consideraba tener una buena relación con su familia y vecinos; y más del 60% considera tener recursos económicos suficientes y están satisfechos con ellos.

Además, investigaciones empíricas que apoyan la relación existente entre estilos de vida y bienestar, por ejemplo Dulcey-Ruiz et al. (1998), además de Triana y Reyes (1999), reportan que la calidad de vida guarda una relación directa con las habilidades cognoscitivas, emocionales y atributos personales expresados en estilos de vida que repercuten en mejoras con el afrontamiento a los cambios al llegar a la tercera edad.

De igual manera, Silva, Cereda y Ramos (2009) realizaron un estudio con 120 adultos mayores, en el que encontraron correlaciones entre la percepción de calidad de vida y reporte de problemas visuales, hipertensión, depresión e insomnio.

Leal-Felipe et al. (2000) señala que en la calidad de vida durante la vejez intervienen diferentes aspectos, entre ellos los siguientes:

1. Características de los ancianos: a) personalidad afectiva, depresión, ansiedad y hostilidad; b) funciones cognoscitivas, memoria, orientación, percepción, capacidad de aprendizaje, habilidades psicomotoras, atención, juicio e inteligencia; c) relaciones

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

familiares y sociales, estructura familiar, patrón de relación con familia y amigos, competencia personal y bienestar, y adaptación ambiental.

2. Relaciones humanas: relaciones que se desarrollan entre el anciano y el entorno social que permiten un apoyo instrumental y afectivo: a) pareja, estado civil, relación y satisfacción; b) familia, hijos, cosas en común, responsabilidad con respecto a los miembros y parientes; c) amigos, organizaciones a las que pertenece, tiempo que le dedica a los amigos y ocupación del tiempo libre.
3. Entorno físico: a) necesidades físicas externas, confort físico y arquitectónico, accesibilidad, diseño, características de seguridad y orientación; b) necesidades físicas internas, intimidad o espacio para la soledad y para la intimidad de la pareja, comunicación o espacio para la interacción social, independencia, expresividad y control o posibilidad de modificar su entorno.

*Bienestar emocional*

Desde un punto de vista psicológico el bienestar abarca el funcionamiento de las personas en tres áreas: el comportamiento (lo que hace), las cogniciones (lo que piensa) y las emociones (lo que siente) (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2005).

De esta manera, el bienestar emocional se ha definido como satisfacción por la vida, felicidad; y como la valoración global que la persona realiza en función de criterios propios (Lawton, 1983; Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002); expresada en la correspondencia de meta obtenidas y deseadas (González-Celis, 2004).

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Por lo tanto, el bienestar emocional tiene que ver con una descripción de adaptación social y psicológica, y un componente afectivo y emocional de los individuos en relación a los aspectos más relevantes de la propia vida (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2005). Dichos aspectos incluyen las vivencias, aspiraciones y fracasos del ser humano (Rojas, 2004).

Anguas (2005), además de considerar al bienestar emocional como una percepción propia, personal, única e íntima que el individuo tiene de su situación física y psíquica, mencionan que ésta no necesariamente coincide con la apreciación concreta y objetiva exterior de los indicadores observables de dichas situaciones.

Al evaluar el bienestar emocional de 1540 personas de regiones urbanas de México, semiurbanas y rurales, Rojas (2004) lo dividió en los dominios de salud, consumo de servicios o bienes, familia, amistades e intereses personales, encontrando que es el dominio de familia donde las personas están más satisfechas, mientras que en el dominio de consumo y en el laboral, la satisfacción es relativamente baja; sin embargo concluye que el aumento de satisfacción en cualquier dominio contribuye a aumentar el bienestar de la persona, asimismo señala que todos son importantes, en especial los de salud y consumo seguidos por el dominio personal, pero ninguno es determinante.

*Bienestar emocional en la tercera edad*

El nivel de salud en el caso de las personas adultas mayores es fundamental para la elaboración de su autoconcepto físico, la percepción de sus niveles cognoscitivo y social; la interpretación y el significado que le da el anciano a ciertos acontecimientos, como la aparición de enfermedades físicas incapacitantes, la pérdida de los seres queridos, y la

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

posibilidad de perder la independencia, el control sobre su vida y actividad, puede llevarle a una merma de su valoración (Antequera-Jurado & Blanco, 1998).

Así por ejemplo, en un estudio realizado por Acuña (1996), encontró que el bienestar emocional está relacionado con su percepción de autoeficacia para la realización de actividades de la vida cotidiana.

A pesar de que las personas adultas mayores cuentan con menos recursos biológicos, materiales, sociales y psicológicos, su bienestar emocional no declina forzosamente con la edad, ya que pueden reorganizar sus aspiraciones, reubicar sus pérdidas y mantener el nivel de bienestar (Baltes, 1977; 1998). Una estrategia es que la persona se mantenga en ambientes suficientemente estables, que le resulten familiares y que le permitan desempeñar actividades que le son cotidianas y que puede efectuar con éxito; además de disminuir los conflictos, favoreciendo la cohesión y valoración positiva de sí misma (Antequera-Jurado & Blanco, 1998).

*Variables que influyen en el bienestar emocional de las personas adultas mayores*

La revisión de los estudios psicológicos sobre los ancianos ayuda a identificar variables, y a precisar más aquellas que pueden contribuir a consolidar la seguridad actual del anciano o a acentuar su inseguridad y, consecuentemente, su bienestar o malestar emocional. De acuerdo con Kafetsios y Nezlek (2002), algunas de las variables que pueden influir en la percepción de bienestar emocional son las siguientes:

1. Sexo: debido al distinto proceso de socialización de mujeres y hombres parece que puede ser más satisfactoria la vida para una anciana que vive sola que para un anciano

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

en la misma situación. Y también por la misma razón, la mujer suele tener mayor facilidad para el manejo de las relaciones íntimas, contando probablemente con más recursos interpersonales que pueden compensarle ciertas pérdidas.

2. Estado civil: estar viudo puede ser un factor de riesgo para la inseguridad, modulada por el tiempo que hace que enviudaron.
3. Enfermedades: que pueden aumentar la autopercepción de vulnerabilidad. Esta variable podría interactuar con el tipo de apoyo social con que el sujeto cuente.
4. Razón por la que estén en el centro de día, las personas que asisten. Cabe suponer que si es por voluntad de otras personas, los ancianos pueden llegar a considerarse una carga y eso contribuir a su inseguridad, mientras que si lo han decidido por sí mismos estarán más inclinados a aceptar esta situación y no se sentirán rechazados.
5. Trato recibido en casa, que si es negativo contribuirá a su inseguridad.
6. Sucesos recientes. Si han ocurrido sucesos traumáticos y negativos pueden repercutir en su inseguridad.
7. El estilo afectivo del anciano puede condicionar ciertos comportamientos y actitudes. Cabe destacar en este sentido la forma en que afronta su enfermedad, que probablemente sea más positiva si su estilo afectivo es seguro y más negativa si es inseguro.
8. La satisfacción por la asistencia al centro de las personas que asisten, con el trato personal del centro, con el trato recibido en casa y con las actividades programadas en el centro, que se espera que sea mayor si es seguro, ya que las personas seguras

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

tienden a percibir sus interacciones como más íntimas y emocionalmente positivas y sienten que los demás tienen buena capacidad de respuesta hacia ellos y sus necesidades.

*Autoeficacia*

Un área importante en el bienestar y la calidad de vida de las personas es la autoeficacia, la cual puede verse afectada por los cambios que ocurren durante el proceso de envejecimiento.

Así, envejecer conlleva frecuentemente al declive funcional, cognoscitivo, económico y social, además comúnmente se encuentra acompañado por al menos una enfermedad crónica, las cuales por separado, o de manera conjunta, pueden producir dependencia y pérdida de autonomía (Robles, 2006).

La autoeficacia percibida se refiere a las creencias en las propias capacidades para controlar, organizar y ejecutar las acciones requeridas en diversas situaciones (Bandura, 1993; 1999).

Las personas tienden a elegir aquellos retos que ellos juzgan son capaces de realizar, pero se niegan ante aquellos que ellos creen que exceden sus posibilidades (Grembowski, Patrick, Durham, Bersford, Kay & Hecht, 1993); como resultado de la creencia que tienen de disponer o no de una respuesta adecuada y oportuna que le permita influir en, y controlar, aspectos de una situación. Este control puede ser de diferentes tipos, entre los propuestos por Thompson (1981) se encuentran:

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

1. Control conductual: la creencia de disponer de una respuesta concreta que puede modificar la situación.
2. Control cognoscitivo: suponer que se dispone de la capacidad para el procesamiento de la información para hacerla accesible y menos estresante.
3. Control decisional: pensar que se puede disponer de la oportunidad de elegir entre varias opciones de actuación.
4. Control retrospectivo: conjunto de creencias referentes a las causas de los sucesos pasados.

*Factores que influyen en la autoeficacia*

De acuerdo con Bandura (1982; 1999) diferentes elementos pueden fomentar la percepción de autoeficacia:

1. Experiencias de dominio: experiencias exitosas en las que se superan obstáculos mediante el esfuerzo.
2. Experiencias vicarias: observar a modelos similares a uno alcanzar el éxito tras esfuerzos perseverantes.
3. Persuasión social: en la medida en que la persuasión en la autoeficacia conducen a las personas a esforzarse todo lo necesario para alcanzar el éxito.
4. Favorecer el estado físico: reducir el estrés y las proclividades emocionales negativas y corregir las falsas interpretaciones de los estados orgánicos.

### **Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Además, las personas que creen tener la posibilidad de conseguir los efectos deseados, deciden qué hacer, sus aspiraciones, el nivel de esfuerzo y la perseverancia en la realización de una conducta (González-Celis, 2009).

Por otra parte, existen diferentes factores que pueden influir en el descenso de la percepción de control en la realización de una tarea, Mirowsky (1995) menciona algunos:

1. El incremento de la intensidad y el número de las experiencias sociales negativas como lo son la jubilación y la muerte de los seres queridos.
2. El deterioro físico que experimenta el anciano, que le hace cuestionar su propia eficacia y capacidad para resolver efectivamente problemas.
3. El incremento de las relaciones con profesionales de la salud que pueden implicar una relación de dependencia por la probabilidad de depositar las responsabilidades en otros.

El nivel de salud también determina en parte la valoración que el sujeto realiza de su capacidad para afrontar los problemas que se le presenten (Antequera-Jurado & Blanco, 1998). Recíprocamente los niveles de autoeficacia repercuten en la salud y el éxito de la persona (Bandura, 1993).

#### *Autoeficacia durante la tercera edad*

Una de las mejores defensas contra la dependencia en la tercera edad es una actitud a favor de la autonomía, el control y la independencia, es decir, de la autoeficacia. Así, cuando se produce una discapacidad, los individuos pueden elegir superarla, compensarla y vivir con ella o a pesar de ella (Stassen & Thompson, 2000).



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Al respecto, la teoría de autoeficacia de Bandura (1997; 1999) hace referencia a la evaluación que cada individuo hace sobre su capacidad o competencia para realizar una conducta específica exitosamente.

Dicha valoración, tanto en las personas adultas mayores, como en el resto de la población, dependerá de las expectativas que tenga de sus propias habilidades y aptitudes, y de la valoración que haga de las dificultades asociadas a una tarea (González-Celis, 2005); al igual que de la creciente variación de las condiciones personales y sociales a las que están sometidas las personas adultas mayores, que cambia su sensación de control e independencia (Grembowski et al., 1993).

Así, la autoevaluación del estado de salud está influenciada en gran medida por el grado de movilidad y la reducción de facultades sensoriales (Lehr, 1995).

Por otro lado, debido a que la autoeficacia en las personas adultas mayores se centra en la buena o mala valoración que ellos hacen de sus capacidades, es necesario que realicen una re-apreciación de su autoeficacia en las acciones que han sido afectadas por las modificaciones biológicas significativas, optimicen sus talentos, concentren esfuerzos en intereses focales y ejerzan control sobre sus comportamientos (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002).

Si una persona no cree en su capacidad para llevar a cabo una acción, fallará al iniciarla o mantenerla (Sánchez-Sosa & González-Celiz, 2002), es decir, la reducción de la expectativa de autoeficacia puede incidir negativamente sobre los intentos conductuales de los ancianos, en el rechazo de las oportunidades de nuevos aprendizajes y/o en la disminución de sus esfuerzos cognoscitivos (Antequera-Jurado & Blanco, 1998). Lo que

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

repercute negativamente en su bienestar emocional, su nivel de funcionamiento, de salud y satisfacción en la vida, niveles de depresión y funcionamiento cognoscitivo (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002).

De esta manera, en un estudio realizado por Morris, Mc Auley y Motl (2008), se encontró que la satisfacción social y las limitaciones funcionales repercuten en la percepción de autoeficacia, y ésta a su vez influye en la actividad física.

Por otro lado, de acuerdo con Stassen y Thompson (2000), algunos elementos que pueden ser favorables para la autoeficacia son: la familia y los amigos, la educación pasada, las oportunidades de educación continua, los hábitos saludables, entre otros.

*Soledad*

Respecto de la soledad, Martín (2002) distingue entre soledad objetiva y subjetiva. La soledad objetiva, se presenta cuando las personas viven solas y en muchas ocasiones es propiciada por las circunstancias de la vida, sin embargo, la soledad objetiva también puede ser una experiencia buscada y enriquecedora, por lo tanto no tiene que ser amarga. Entonces, la soledad subjetiva se refiere al hecho de sentirse solo; por consiguiente los dos tipos de soledad están muy relacionados.

De esta manera es distinto “estar solo” y “sentirse solo”. El primero se refiere a la carencia de redes sociales, la marginación y el desarraigo; por su parte, la soledad está más asociada a sentirse solo, aunque se encuentre acompañado de personas, es un sentimiento que propicia nostalgia, tristeza y añoranza (Rubio & Aleixandre, 2001).

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Por tanto, el sentimiento de soledad deriva de la naturaleza de los déficits interpersonales del afecto que el individuo recibe de los otros, principalmente de aquellos que son importantes o valiosos para el sujeto en cuestión (Montero-Lopez Lena, 2009), que pueden implicar carencias afectivas relacionadas con una necesidad de intimidad y/o apego, y cognoscitivas vinculadas con una percepción de estimulación social por debajo del nivel óptimo considerado por el individuo (Montero-López Lena, 1998).

Por su parte, Montero-López Lena(1998; 2001) concibe la soledad como un fenómeno con tres características esenciales:

1. *Es multidimensional*, ya que involucra aspectos de personalidad (evaluaciones cognoscitivas, antecedentes de desarrollo afectivo, autoestima), de habilidades conductuales, de interacción social y cultural.
2. *Es potencialmente estresante*, debido a que depende de la interpretación que realice el sujeto de la situación de carencia ya sea afectiva, social y/o física, que sea evaluada como negativa o como una oportunidad de autoconocimiento.
3. *Es situacional*, puesto que puede variar en intensidad y duración. Se pueden identificar antecedentes, manifestaciones y consecuencias relacionadas con el funcionamiento físico, psicológico y social.

Por lo que la define como “*fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante, resultado de carencias afectivas, reales o percibidas que tiene un impacto diferencial sobre el funcionamiento y salud física y psicológica del sujeto*” (Montero-López, 1998, p. 11).

## **Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

### *Aspectos relacionados con la soledad*

Algunos conceptos vinculados al fenómeno de soledad son la autorrevelación o habilidad para revelar pensamientos y sentimientos, la personalidad, las variables cognoscitivas, las habilidades sociales, la desesperanza (Díaz, Oliveros et al, 2005), y la desolación (Altea, 2005).

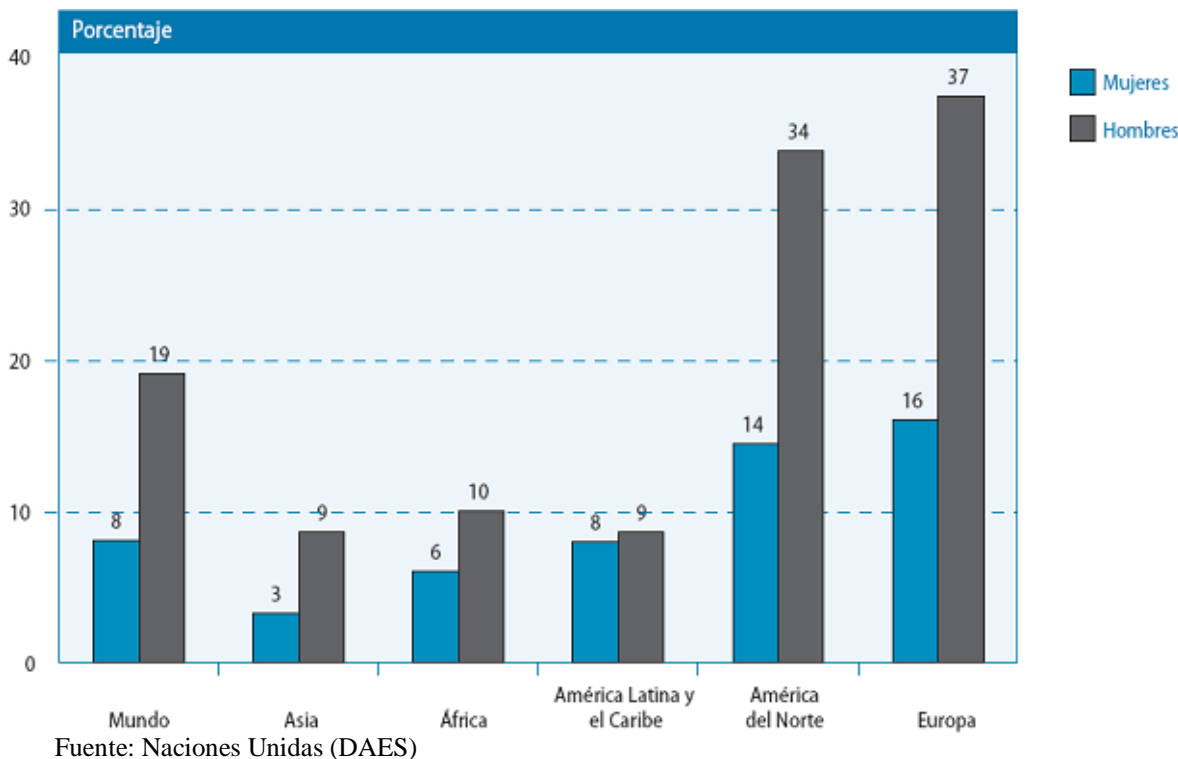
Por ejemplo, las personas solas poseen deficiencias en sus habilidades sociales, ya que en sus interacciones prestan poca atención a los demás, se autofocalizan en sus interacciones y tienen dificultades para responder a preguntas, así como para continuar en los tópicos de la conversación (Altea, 2005).

Así, la percepción de soledad depende de los recursos psicológicos, sociales y conductuales de los que dispone un individuo, por lo que contar con una estructura psicológica funcional, disponer de una red social eficiente y/o poseer un repertorio conductual que contrarreste el sentimiento de soledad, propician la disminución de la percepción de soledad por parte del individuo (Montero-López, 2009)

### *Soledad en la tercera edad*

Como se ha expuesto el número de adultos mayores va en aumento, al igual que el porcentaje de personas de la tercera edad que viven solas. Como se muestra en la Figura 4, son más los hombres que las mujeres que se encuentran en esta condición en las diferentes partes del mundo, incluyendo América Latina y el Caribe, a pesar de que en esta región la diferencia en porcentajes es muy poca, en contraste con América del Norte y Europa (ONU, 2007a).

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**



**Figura 4. Proporción de personas de 60 años que viven solas por región y sexo, 2005.**

Rodríguez (2009) señala que en la vejez suceden una serie de pérdidas que facilitan la aparición del sentimiento de soledad, entre los que se encuentran el abandono del hogar por parte de los hijos, la muerte del cónyuge, la salida del mercado laboral, la falta de actividades placenteras (uso del tiempo libre) y los prejuicios (laborales, sexuales, de autonomía, experiencia, etc.).

Por otro lado, Lehr (1995) menciona que existe relación entre el estado de salud y el sentimiento de soledad.

Además, García (2008) encontró una relación negativa moderada, pero significativa entre los sentimientos de soledad y la calidad de vida percibida en 215 adultos mayores que acudían a clínicas de salud.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Por otro lado, en su investigación con adultos mayores, Rubio y Aleixandre (2001), concluyen que la soledad está estrechamente relacionada con la ausencia de personas queridas, es decir, es un sentimiento de falta de compañía de seres con los que se habían establecido relaciones cercanas. Del mismo modo, estos autores, consideran importantes las causas que llevan a las personas a vivir solas, ya que si es por propia voluntad, la soledad puede ser vivida de forma positiva, en cambio cuando son obligados, se vive de forma negativa.

De esta manera, a las personas solitarias les falta compañía de otras personas, por lo mismo buscan sustituirlas con animales, incluso con seres inertes. Muchos de ellos, al entrar a casa encienden el televisor o el radio para sentirse acompañados, algunos más se refugian en los recuerdos que proporcionan los objetos que han atesorado a lo largo de sus vidas (Aleixandre, 2004).

En México, en contextos rurales empobrecidos, Treviño-Siller, Pelcastre-Villafuerte y Márquez-Serrano (2006) encontraron que los principales temores de los adultos mayores asociados a la vejez fueron la soledad, la enfermedad, la pobreza y la pérdida de independencia. Sin embargo, el hacerse viejo genera una percepción y significado más positivo para las mujeres que para los hombres, ya que los hombres no tejen redes sociales a lo largo de su vida, a diferencia de las mujeres que pueden seguir desempeñando funciones con sus hijos, nietos y nueras.

Del mismo modo, existe una mayor percepción de soledad en personas que viven solas que en las que viven con la pareja o la familia, y en personas viudas que en personas con pareja, de acuerdo con un estudio realizado por Bhatia, Swami y Bathia (2007).

### **Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Por otro lado, existen recursos personales (por ejemplo, habilidades para relacionarse con otras personas), familiares (como proveedores primarios de apoyo) y sociales (por ejemplo amistades para intercambiar información y realizar actividades), entre otros, que protegen al individuo del sentimiento de soledad (Rodríguez, 2009).

De esta manera, para prevenir la soledad, Martín (2002) considera que la prevención debe orientarse hacia un aprendizaje y aceptación de la soledad, y tomar una actitud altruista hacia los demás, buscando contactos sociales mediante la participación en actividades comunitarias.

Es decir, la mejor forma de evitar el aislamiento, es relacionarse con otras personas y con lo que ocurre en el entorno, así como cultivar relaciones con la familia y las amistades para constatar el valor y significación que son para ellos (Ulla, Espinoza, Fernández E., Fernández, A. & Prieto, 2003); proporcionando y aceptando cariño de quienes los rodean, lo que devuelve la comunicación interpersonal y la intimidad (Alexandre, 2004).

Las visitas, los regalos, las llamadas telefónicas y muestras similares de afecto ayudan de alguna manera a soportar el vacío existencial que viven las personas mayores, sin embargo no son suficientes, por que en muchas ocasiones se siguen sintiendo solos en medio de la gente, incluso en reuniones familiares (Rodríguez, 1994).

### *Salud-enfermedad*

La enfermedad y la salud tienen causas de diversa naturaleza y origen, debido a que intervienen desde elementos como el contexto social y físico, circunstancias

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

socioeconómicas, etc., hasta cambios bioquímicos, pensamientos, y emociones, entre otros (Labiano, 2003).

Por otra parte, para la OMS (2008) la salud, no es simplemente la ausencia de enfermedades y/o afecciones, comprende un estado integral de bienestar tanto físico como mental y social.

Por lo tanto éste es un campo de estudio y de acción multidisciplinario en el que se incluye tanto a la medicina, como a otras ciencias de la salud entre las que se encuentra la psicología.

*Psicología y salud*

El trabajo del psicólogo tiene injerencia en el campo de la salud y posiblemente se ha incrementado debido a:

1. *“La falta de claridad en el modelo biomédico para poder explicar adecuadamente la salud y la enfermedad.*
2. *El creciente interés que existe con respecto a la calidad de vida y la prevención de la enfermedad.*
3. *El importante cambio que existió entre la percepción de las enfermedades infecciosas a la presentación de las enfermedades crónicas y la relación de éstas con los estilos de vida.*
4. *El creciente desarrollo de la investigación en las ciencias de la conducta”* (Reynoso & Seligson, 2002, p. 24-25).



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Además, los problemas de salud van más allá de los aspectos biológicos del individuo, también contiene elementos conductuales y ambientales que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de las enfermedades y de las conductas de salud; estos factores son precisamente aquellos en los que el trabajo de un psicólogo en el área de la salud está enfocado (Nieto, 2002, Rodríguez, 1995).

Por lo tanto, la psicología de la salud estudia los factores emocionales, cognoscitivos y conductuales asociados a la salud y enfermedad físicas de un individuo (Rodríguez, 1995).

Por ejemplo, la percepción subjetiva de posibilidad de padecer una enfermedad y de las consecuencias positivas, determinan la presencia de las conductas saludables necesarias (Labiano, 2003).

Ya que distintos individuos pueden valoran de forma diferente a la salud, en comparación con otras preocupaciones de sus vidas; incluso una misma persona puede dar diferentes valores a su salud en distintos momentos de su vida. Lo cual también sucede entre las sociedades. De esta manera, la valoración de la salud y las conductas ante ésta están determinadas por percepciones y metas compartidas por un grupo (Rodríguez, 1995).

Además, existen relaciones entre los estilos de vida de las personas, es decir, conductas cotidianas, actitudes y creencias de las prácticas cotidianas de riesgo y enfermedades y, por tanto, de la aparición de la enfermedad (Rodríguez, 1995); debido a ello, los miembros del equipo de salud, incluyendo a los psicólogos, deben plantear intervenciones que prevengan la aparición de problemas en personas sanas mediante la

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

educación y desarrollar prácticas saludables, con el fin de identificar a los individuos en riesgo e interviniendo para cambiar los estilos de vida (Reynoso & Seligson, 2002).

Así, uno de los propósitos del trabajo de la psicología de la salud es identificar y difundir las conductas de salud, es decir, de los comportamientos promotores o protectores de la salud, cuya función básica es preventiva (Rodríguez, 1995).

La ejecución de estos comportamiento protectores de la salud depende de factores motivacionales basados en la percepción de la enfermedad como amenaza, la eficacia que se atribuye al propio comportamiento para minimizar dicha amenaza y la atracción hacia comportamientos alternativos (Rodríguez, 1995).

La psicología de la salud se centra en intervenciones dirigidas a: modificar actitudes para promover y mejorar la salud; modificar procesos fisiológicos para prevenir y tratar la enfermedad; implementar campañas de educación dirigidas a la comunidad; y mejorar el sistema sanitario a través de la creación de políticas sanitarias adecuadas (Labiano, 2003).

Por lo que, la investigación en psicología de la salud se ha orientado principalmente a tres aspectos: a) los factores por los que los individuos se mantienen saludables y los factores que propician conductas y hábitos de riesgo; b) los aspectos psicosociales que influyen en la promoción y prevención de la salud y; c) diseñar, planificar y evaluar programas de intervención dirigidos a reducir o eliminar los factores ambientales que tienen efectos negativos en la salud (Rodríguez, 1995).

Por lo tanto, los niveles de prevención de la salud desde el punto de vista psicológico son tres (Ribes, 1990):

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Primario. Incluye factores que corresponden a la etapa del proceso de salud como lo son la historia interactiva, las competencias situacionales efectivas y la modulación contingencial de las reacciones biológicas. Por ejemplo, la promoción de hábitos de higiene personal y sanidad ambiental; el desarrollo de hábitos alimenticios que auspicien el desarrollo de la nutrición, la divulgación de medidas que favorezcan la planificación familiar y prevención de enfermedades sexuales.

Secundario. Abarca conductas instrumentales de riesgo y parcialmente las conductas asociadas a enfermedad.

Terciario. Incluye conductas asociadas a la enfermedad y a las conductas instrumentales preventivas de las conductas relacionadas con la patología.

*Modelos de conductas de salud*

En el intento por explicar la existencia o ausencia de las conductas de salud en los individuos se han creado diferentes modelos psicológicos que parten de distintas premisas, entre los cuales se pueden encontrar:

*Teorías basadas en las percepciones de riesgo y susceptibilidad (el optimismo irreal de Weinstein, 1982, 1984).* Se sustentan en la percepción de riesgo con estimaciones no precisas; es decir, cuando a las personas se les pide que predigan sobre algún tema sus respuestas tienden a coincidir con sus preferencias, de tal manera que pueden afirmar que son menos vulnerables que el promedio de la población de padecer dicha enfermedad (Weinstein, 1980). Según este modelo existen cuatro factores cognoscitivos que contribuyen a ese optimismo irreal, que son: a) falta de experiencia personal con el

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

problema; b) creencia de que el problema se puede prevenir por acciones individuales; c) creencia de que el problema, si no ha aparecido, no va a aparecer y; d) creencia de que el problema es poco frecuente.

Así, en el caso del modelo de la teoría de la percepción y susceptibilidad de riesgo, se contempla que la percepción de riesgo de un individuo, la emisión de conductas preventivas o de riesgo, entendidas como las experiencias, reacciones y conductas humanas, son guiadas por percepciones subjetivas de la realidad basada en información relativamente adecuada, y difieren de la condición física actual del sujeto. Del mismo modo, este modelo únicamente abarca la percepción que un individuo posee de la ocurrencia y/o gravedad de un evento o elemento adverso a él, sin contemplar otros factores como son los beneficios percibidos, entre otros.

*El Modelo de Creencias sobre la Salud (MCS).* Propone la explicación del comportamiento predictivo con base en variables psicosociales. Así, la probabilidad de que un individuo realice un comportamiento saludable depende de: a) la disponibilidad del individuo (estado subjetivo) para realizar la conducta, con base en la intención de llevar a cabo la acción por la amenaza y susceptibilidad percibidas; b) la valoración que realiza el individuo sobre la viabilidad y eficacia de la conducta de salud en contraste con los costos percibidos y; c) la presencia de un acontecimiento “clave” que incite a la realización de la conducta de salud (Rodríguez, 1995).

*La Teoría de la Acción Razonada (TAR).* Se basa en el supuesto de que los individuos son habitualmente racionales y hacen uso sistemático de la información que poseen. Por lo que la intención de realizar la conducta es el determinante inmediato, a no ser que existan

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

acontecimientos imprevistos. Dicha intención se basa en la actitud personal hacia la conducta, basada en las creencias sobre el comportamiento y sus resultados, y la influencia social mediante las creencias normativas, es decir, lo que los otros esperan (Rodríguez, 1995).

*La Teoría de la Acción Social (TAS).* Concibe al individuo como un sistema autoregulador que trabaja activamente para alcanzar objetivos, con un conjunto de mecanismos de cambio interconectados y sistemas socio-ambientales que, contextualmente, determinan los mecanismos de cambio personal al proporcionar una estructura causal que liga los procesos de auto-cambio a los ambientes interpersonales. También supone la existencia de mecanismos que capacitan al individuo para cambiar patrones de conducta, llamados procesos motivacionales e incluyen expectativas sobre los resultados, la autoeficacia percibida y el establecimiento de metas (Rodríguez, 1995).

*Modelo psicológico de la salud biológica* (Ribes, 1990). Se concibe la dimensión psicológica de la salud como un proceso y un resultante. El proceso pertinente al mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud biológica, comprende la interacción de tres factores fundamentales: a) la historia del individuo que se debe analizar en términos de historia de competencias (funcionalidad adquirida en interacciones pasadas por ciertas formas de comportamiento ante determinadas situaciones) y de sus estilos interactivos, los cuales constituyen la manera consciente e idiosincrásica en la que un individuo interactúa con una situación en la que no existen criterios claros sobre cómo debe comportarse; b) las competencias funcionales (posesión de un conjunto de habilidades y destrezas que pueden desplegarse en respuesta a un requerimiento) persistentes al interactuar con una situación determinada; c) la modulación de estados biológicos del organismo. De este proceso se

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

obtienen una doble resultante: a) el grado de vulnerabilidad biológica del organismo a la enfermedad; y b) la disponibilidad de emisión de conductas instrumentales (acciones efectivas específicas de los individuos que, directa o indirectamente, disminuyen la probabilidad de contraer una enfermedad) preventivas o de riesgo para la aparición de enfermedades biológicas.

El Modelo Psicológico de Salud, considera que las conductas o comportamientos que presenta un individuo dependen de los repertorios conductuales elaborados con base en sus experiencias anteriores. La presencia de dichas conductas es fundamental para una adecuada prevención de enfermedad y la adherencia terapéutica ante la presencia de ésta.

*Estado de salud - enfermedad durante la tercera edad*

Una vida larga no implica una salud delicada aunque es posible que se presente (Stassen & Thompson, 2000).

Así, en relación con el proceso salud-enfermedad, en las personas de la tercera edad se pueden distinguir las siguientes peculiaridades (Rodríguez, 2000):

1. Mayor fragilidad y susceptibilidad ante el medio económico social, físico y psicológico.
2. Combinación de los componentes biológicos propios del envejecimiento con la posible aparición de aspectos patológicos.
3. La presencia de varias enfermedades en un mismo individuo.
4. La posible combinación de enfermedades transmisibles y crónico- degenerativas.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

5. Los posibles problemas de incapacidad o invalidez por la complicación o secuelas de procesos patológicos en etapas más tempranas de la vida.

Por tanto, durante la tercera edad, desde el punto de vista fisiológico, existe una mayor frecuencia de enfermedades. Por ejemplo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (INEGI, 2003), el 41.58% de los adultos mayores reportaron diagnóstico de cáncer en los últimos dos años, el 35.43% padecían hipertensión y el 16.7 % diabetes.

De esta manera, en el caso de los ancianos la definición de salud debe estar más enfocada hacia la autonomía, es decir, el grado en que las personas funcionan como desean, es un indicador de salud al realizar sus actividades de la vida diaria (OMS, 1984).

Es decir, la salud delicada es la incapacidad de llevar a cabo, de modo seguro y correcto las distintas tareas que implican el autocuidado del individuo (Stassen & Thompson, 2000).

Al respecto, en un estudio realizado por Swatzky, Ambrose, Miller y Marra (2007), la presencia de una enfermedad crónica puede reducir la realización de actividad en las personas adultas mayores. Además, el carácter crónico de una enfermedad añade a los efectos negativos de una enfermedad, sobre la salud y el bienestar, la permanencia, los procesos dolorosos, deterioro, tratamientos difíciles, duración e intensidad, que son factores estresantes. Los cuales, además del afrontamiento y el apoyo social son variables predictivas de la enfermedad (Mussi, 2004).

Sin embargo, una buena atención médica de las enfermedades crónicas (prevención secundaria) retrasa la pérdida de autonomía y la muerte. Por ejemplo, un paciente diabético

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

puede funcionar en su vida diaria, mediante el control de la enfermedad, a través de la adherencia terapéutica con el uso de la insulina o la dieta (OMS, 1984).

Asimismo, la intervención psicológica en el control de la hipertensión, puede ser genérica o específica. La genérica se compone de métodos indirectos, como la educación, para el control de la presión arterial, que se basan en el control de la ingesta de alimentos perjudiciales para su salud, la relajación, la solución de problemas y el autocontrol. Entre tanto, la intervención específica se refiere al tratamiento cuando se requieren fármacos, con el fin de reducir y mantener el control de la presión (Mussi, 2004).

Respecto del control de la hipertensión arterial, Varela, Arrivillaga, Cáceres, Correa y Holguín (2005), lograron mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y disminuir los niveles de presión arterial, los 44 adultos mayores, mediante un programa de modificación del estilo de vida.

Por otra parte, la red de apoyo social también puede funcionar como un elemento protector de la salud del individuo, por ejemplo, mitigando la preocupación asociada a la enfermedad y promoviendo conductas saludables (Sluzky, 1996).



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Método de la investigación

*Planteamiento del problema*

*Preguntas de investigación*

¿El entrenamiento en habilidades sociales dirigido a las personas mayores fortalecerá la red de apoyo social?

¿Al verse fortalecidas las redes de apoyo social en los ancianos, impactarán en el índice de adaptación de los adultos mayores?

¿Las medidas del índice de adaptación en la vejez: calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria, estado de salud y soledad de los adultos mayores, mejorarán después del entrenamiento en habilidades sociales, independientemente de las medidas iniciales?

*Justificación*

La población de personas adultas mayores se ha incrementado notablemente, y continuará incrementándose, tanto en el mundo como en México. Se espera que para el 2050, a nivel mundial la cifra alcance los 2000 millones personas (ONU, 2007), y a nivel nacional 532 mil personas (CONAPO, 2005).

Además, es claro que existen diversos cambios en las personas de la tercera edad que pueden ser considerados como negativos o pérdidas, tal es el caso de la mayor frecuencia de enfermedades físicas y la discapacidad consiguiente, aunado a la disminución del apoyo

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

socio-familiar, la pérdida del estatus laboral y económico, y la posibilidad de un mayor aislamiento social (Menchón, 1997).

Por lo tanto es necesario lograr que las personas que llegan a la tercera edad lo hagan adaptándose psicológicamente a las condiciones de esta etapa en su vida, mediante un envejecimiento exitoso o afortunado, optimizado y manteniendo algunas capacidades físicas funcionales y el compromiso activo con la vida (Quintanar, 2003; Rowe & Kahn, 1998).

Algunas variables que, se ha observado, están asociadas al envejecer exitoso, incluyen hábitos alimenticios adecuados, ejercicio, vida activa, interacciones, apoyo social, trabajo productivo y el mantenimiento de funciones cognoscitivas (Rowe & Kahn, 1987).

Por ejemplo, en un estudio realizado en la Ciudad de México, Vera (2006) encontró en una muestra de adultos mayores que sus sentimientos de soledad se asocian con sus niveles de bienestar emocional y de autoeficacia.

Así, entre otras variables de adaptación psicológica en la vejez se encuentran la calidad de vida, el bienestar emocional, la autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria, el estado de salud y la soledad de los adultos mayores.

La red social, por su parte, constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría de su comportamiento. Existe una relación recíproca entre la red de apoyo social y el estado de salud de la persona, así cuando la red es estable, sensible, activa y confiable, actúa como un agente de ayuda que propicia en el individuo conductas de protección a la salud y, por otro

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

lado, cuando una persona se encuentra o se percibe enferma es posible que la calidad de su interacción social se vea deteriorada (Sluzky, 1996).

Del mismo modo, algunas de estas investigaciones, realizadas en población adulta mayor, han encontrado que la red de apoyo social tiene impacto en: soledad (Burnett et al., 2006; Fernández-Balleteros, 2002; Ienovich et al., 2004; Moorer & Suurmeijer, 2001), mortalidad (Fernández-Balleteros, 2002; Litwin & Shiovitz-Ezra, 2006; Nebot et al., 2002), salud mental/deterioro cognoscitivo (Dengra, Mérida, Cobos, Gálvez & Arráez, 2000; Lahuerta et al., 2004), percepción de bienestar (Fernández-Balleteros, 2002; Vera & Sotelo, 2004; Vera, Sotelo & Domínguez, 2005), síntomas depresivos (Fiori et al., 2006), percepción de autoeficacia (Morris, McAuley & Motl, 2008) y calidad de vida (Fernández-Balleteros, 2002; Sánchez-Sosa & González-Celis, 2005). Por lo tanto, el establecimiento de redes sociales satisfactorias contribuye a una mejor adaptación psicológica e incluso física del individuo a la vejez.

Sin embargo, para mantener y entablar, redes sociales satisfactorias es fundamental el empleo de las habilidades sociales (Caballo, 1993; Juncos & Pereiro, 2000), para favorecer la comunicación y contribuir a mantener y desarrollar el nivel de satisfacción, además de contribuir a la adaptación a las nuevas situaciones de la tercera edad (Baltes & Baltes, 1993).

Así es necesario reforzar e incorporar al repertorio conductual de los adultos mayores las habilidades sociales que requieren para propiciar el desarrollo y el fortalecimiento de las redes de apoyo social con las que cuentan los individuos, con la finalidad de generar el replanteamiento de objetivos acordes con las capacidades actuales del adulto mayor,

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

reubicando sus pérdidas, propiciando una herramienta para una mejor adaptación psicológica a las condiciones de vida propias de la tercera edad.

*Objetivo general*

Diseñar, desarrollar y evaluar los efectos de un programa de intervención cognoscitivo-conductual basado en el entrenamiento en habilidades sociales en adultos mayores, que contribuya al incremento de las mismas habilidades sociales, así como al fortalecimiento de las redes de apoyo social, e impacte en la adaptación psicológica en la vejez medida en puntuaciones de calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria y percepción de soledad, y en el estado de salud medido a través del registro de la presión arterial, de los adultos mayores mexicanos que viven en zonas urbanas.

*Hipótesis general*

Mediante una intervención cognoscitivo-conductual basada en el entrenamiento en habilidades sociales en adultos mayores, se mejorarán las habilidades sociales, se fortalecerán las redes de apoyo social, e impactará en la adaptación en la vejez: calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria, soledad y estado de salud, de los adultos mayores mexicanos que viven en zonas urbanas.

*Definición de variables*

-Variables Independientes: 1. Intervención cognoscitivo-conductual basada en el entrenamiento en habilidades sociales.

-Variables Dependientes: 1. Red de apoyo social.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

2. Habilidades sociales.

3. Índice de adaptación psicológica.

3.1 Calidad de vida.

3.2 Bienestar emocional.

3.3 Autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria.

3.4 Soledad.

4. Estado de salud.

-Variables de control:

1. Sociodemográficas

1.1 Sexo.

1.2 Edad.

1.3 Escolaridad.

1.4 Estado civil.

*Definiciones conceptuales*

*Intervención cognoscitivo-conductual:* serie de técnicas concretas para cambiar la respuesta de una persona a situaciones y estímulos específicos (Wolman, 1987).

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Red de apoyo social:* “la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad” (Sluzki, p. 42). Las redes de apoyo social “se refieren a los contactos personales, comunitarios e institucionales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo” (Mendoza-Núñez & Martínez-Maldonado, 2009).

*Habilidades sociales:* “se considera una conducta socialmente habilidosa como ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de ese individuo en un momento adecuado a la situación, respetando las conductas de los demás, y que generalmente resuelve problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas” (Caballo, 1993, p. 6).

*Calidad de vida:* “la percepción de los individuos de su posición en la vida dentro del contexto de su cultura y el sistema de valores en el cual viven, y la relación de sus metas, expectativas, estándares e intereses” de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (Harper & Power, 1998, p. 551).

*Bienestar emocional:* es una medida multidimensional del bienestar global, reflejado en la satisfacción por la vida, felicidad, paz o logro percibido por el individuo (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002).

*Autoeficacia:* se refiere a las creencias que el individuo reporta respecto de sus propias capacidades para controlar, organizar y ejecutar las acciones requeridas en diversas situaciones (Bandura, 1993; 1999).

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Soledad: “fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante, resultado de carencias afectivas, reales o percibidas, que tienen un impacto diferencial sobre el funcionamiento y salud física y psicológica del sujeto”* (Montero-López, 1998, p 53).

*Estado de salud:* la Organización Mundial de la Salud define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2008). En los ancianos la definición de salud debe estar más enfocada hacia la autonomía, es decir, el grado en que las personas funcionan como desean hacerlo, es un indicador de salud al realizar sus actividades de la vida diaria (OMS, 1984).

*Sexo: “características anatómicas y fisiológicas que distinguen a los individuos como hombre o mujer”* (Montero-López, 1998, p 53).

*Edad: “el tiempo en años transcurrido desde el nacimiento del sujeto hasta el momento de la aplicación de los instrumentos de medida”* (Montero-López, 1998, p 52).

*Escolaridad:* grado máximo de estudios alcanzado por una persona en la educación formal.

*Estado civil:* condición civil dentro de una sociedad.

*Definiciones operacionales*

*Intervención cognoscitivo-conductual:* serie de técnicas concretas de entrenamiento para la adquisición de nuevas habilidades, en este caso sociales, que le ayuden al sujeto a mejorar sus respuestas a ciertos estímulos internos o externos, como lo es el establecimiento de relaciones o red social satisfactoria (Wolman, 1987).



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Red de apoyo social:* puntaje obtenido en la Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM) (Mendoza-Núñez & Martínez-Maldonado, 2009). Los componentes son: informales (cónyuge, hijos, otros familiares, amigos y grupos comunitarios) y formales (instituciones gubernamentales y no gubernamentales). Contempla los cuatro tipos de apoyo más frecuentes que brindan las redes de apoyo social: materiales, instrumentales, emocionales e informativos.

*Habilidades sociales:* respuestas al Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM); registro de los componentes moleculares: emisión de conductas socialmente habilidosas, tiempo de habla, postura corporal accesible y perturbaciones en la fluidez.

*Índice de adaptación psicológica en la vejez:* es una medida multidimensional compuesta de los puntajes de: calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria, soledad y estado de salud de los adultos mayores.

*Calidad de vida:* puntajes obtenidos por el instrumento WHOQoL-OLD con 24 reactivos preparado por la OMS y adaptado y validado para población anciana mexicana (González-Celis, 2002).

*Bienestar emocional:* abarca los tres factores: factor 1. Agitación; factor 2. Actitud hacia su propio envejecimiento; y factor 3. Soledad / Insatisfacción, comprendidos en la escala de Bienestar Emocional (PGC), elaborada y revisada por Lawton en 1975 y adaptada para población anciana en México por González-Celis (2002).

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Auto-eficacia:* respuestas al Instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve) elaborado por González-Celis, 2002 que, abarca cinco dominios:

- Actividades de independencia: preparar sus alimentos, planchar su ropa, quehaceres domésticos, lavar su ropa, asear su habitación e ir de compras.
- Actividades recreativas mentales: resolver juegos de pasatiempos, armar rompecabezas, pintar, dibujar o iluminar, jugar juegos de mesa, leer y ver televisión.
- Actividades recreativas físicas: hacer aeróbics, correr o trotar, hacer ejercicio, bailar o cantar y nadar.
- Actividades sociales: platicar con familiares y amigos, platicar con vecinos, visitar familiares, visitar amigos, hablar por teléfono con amigos o familiares y convivir con gente de mi edad.
- Actividades de protección a la salud: realizar análisis médicos, tomar medicamentos y visitar al médico o ir al hospital.

*Soledad:* puntaje obtenido en el IMSOL (Montero-López, 1998), que mide la frecuencia de la experiencia de soledad en relación a cuatro dimensiones: bienestar emocional, amistad, pareja o alguien en especial y compañeros.

*Estado de salud:* se evaluará mediante nivel de presión arterial.

*Hipertensión arterial:* reporte del diagnóstico médico y medidas de presión sistólica superior a 140 y diastólica por encima de 90.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Sexo:* autoasignación, en la ficha de datos sociodemográficos, del sujeto a una de las categorías como hombre o mujer.

*Edad:* años cronológicos que los participantes manifiestan tener, en la ficha de datos sociodemográficos.

*Escolaridad:* autosignación en la ficha de datos sociodemográficos, a una de las categorías: ninguna, primaria, secundaria o estudios técnicos, y bachillerato o profesional.

*Estado civil:* autoreporte, en la ficha de datos sociodemográficos, en una categoría: soltero(a) o sin pareja, casado(a) o con pareja, viudo(a), y separado(a) o divorciado(a).

*Con quien viven los ancianos:* respuesta a ¿con quién vive?, clasificada en: solo(a), con su pareja o cónyuge, con sus hijos, con familiares, con otros ancianos, y otros.

*Instrumentos*

1. Ficha de datos sociodemográficos, y hoja de reporte de salud, que incluye reactivos para obtener respuesta de los participantes en cuanto: enfermedades, sexo, edad, escolaridad, estado civil y con quien viven los ancianos (Anexo 1).
2. Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM), desarrollado *ex profeso* para esta investigación, con una Varianza Explicada (V.E.) de 52.34% y un coeficiente *Alfa de Cronbach* de .96. El cuestionario está integrado por 40 reactivos, con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, con valores de 0 a 4, agrupados en cinco dominios: hacer peticiones (V.E. = 13.84; *alfa* = .92); expresar amor, agrado y afecto (V.E. = 11.58; *alfa* = .91); dar ayuda (V.E. = 11.52; *alfa* = .85);

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

expresar opiniones y defender derechos (V.E. = 10.30; *alfa* = .86); e iniciar conversaciones (V.E. = 5.10; *alfa* = .78). La suma de todas las respuestas varía de 0 a 120, donde cuanto mayor sea la puntuación obtenida, más son las habilidades sociales que posee el individuo (Anexo 2).

3. Inventario de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASM). Con una confiabilidad inter-evaluador, con un valor de Kappa de .94; asimismo los autores reportan que la escala fue sometida a un proceso de validez por “Juicio de Expertos”, con base en el cual se hicieron las correcciones pertinentes a las observaciones emitidas por el grupo de expertos y se configuró la versión final del instrumento, incluyendo el protocolo de aplicación e instrucciones para su calificación (Mendoza-Núñez & Martínez-Maldonado, 2009). Por lo tanto la escala resultante, para fines del presente estudio, se sometió a validez con 324 adultos mayores, en donde se obtuvo una Varianza Explicada total de 55.44% y un coeficiente *Alfa de Cronbach* de .90. El inventario (ERASM) incluye, además de dos reactivos de cantidad de miembros de la red, 58 reactivos, con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, que evalúan la frecuencia de contacto, el tipo de apoyo (material, instrumental, económico e informativo) y la satisfacción con éste, divididos en siete dominios: pareja (V.E. = 11.41; *alfa* = .93), hijos (V.E. = 9.26; *alfa* = .87), familiares (V.E. = 8.25; *alfa* = .84), amigos: contacto y apoyo emocional (V.E. = 7.47; *alfa* = .87), amigos: apoyo material, instrumental e informativo (V.E. = 6.84; *alfa* = .75), grupo comunitario (V.E. = 6.17; *alfa* = .87) e institucional (V.E. = 5.63; *alfa* = .77). La puntuación de cada reactivo es de cero a tres, y la suma de las respuestas de los 58 reactivos varía de

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

0 a 174, donde cuanto mayor es la puntuación obtenida, se considera que el individuo tiene una red de apoyo social más satisfactoria (Anexo 3).

4. Instrumento de Calidad de Vida para Adultos Mayores. WHOQoL-OLD (*World Health Organization Quality of Life*) (Power, Quinn, Schmidt & WHOQoL-OLD Group, 2005). Adaptado a población mexicana, con una Varianza Explicada de 65.70% y un coeficiente *Alfa de Cronbach* de .82. El WHOQoL-OLD está constituido por 24 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert, con valores de uno a cinco, agrupados en seis dimensiones: habilidades sensoriales (V.E. = 12.84; *alfa* = .87), autonomía (V.E. = 12.74; *alfa* = .83), actividades (pasadas, presentes y futuras) (V.E. = 11.61; *alfa* = .82), participación social (V.E. = 11.29; *alfa* = .70), muerte y morir (V.E. = 9.12; *alfa* = .74), e intimidad (V.E. = 8.10; *alfa* = .88). La suma de todas las respuestas varía de 24 a 120, donde entre más alta sea la puntuación, mejor es la percepción de calidad de vida del individuo (Anexo 4).
  
5. Escala de Bienestar Emocional (*Philadelphia Geriatric Center*, PGC), elaborada por Lawton en 1975 y adaptada para población anciana en México por González-Celis (2002), con un *Alfa de Cronbach* de .81 y un coeficiente de correlación “r” de Pearson de .62 con el Instrumento de Calidad de Vida Breve (WHOQoL-BREF). La escala está constituida por 17 afirmaciones con opciones de respuesta dicotómicas, con valores de cero y uno, agrupadas en tres dominios: agitación, actitud hacia su propio envejecimiento, y soledad/insatisfacción. La suma de todas las respuestas varía de 0 a 17, donde cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mejor es el bienestar emocional del individuo (Anexo 5).

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

6. Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve) por González-Celis (2009), con un *Alfa de Cronbach* de .87 y un coeficiente de correlación “r” de Pearson de .54 ( $p < .01$ ) con el cuestionario de calidad de vida WHOQoL-Bref, de .35 ( $p < .01$ ) con la Escala de Bienestar Subjetivo de Lawton, y de -.31 ( $p < .01$ ) con el Inventario Multifacético de Soledad. El AeRAC-Breve está constituido por 26 reactivos con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, con puntuaciones de 0 a 100, agrupados en cinco dominios: actividades de independencia, actividades recreativas mentales, actividades recreativas físicas, actividades sociales y actividades de protección a la salud. El promedio de la suma total de sus reactivos va de 0 a 100, donde mientras más alta es la puntuación, mayor es la percepción de autoeficacia del individuo (Anexo 6).
  
7. Inventario Multidimensional de Soledad en su versión adaptada a Adultos Mayores (IMSOL-AM; Montero-López Lena 2009), con una consistencia interna para sus dos factores de  $\alpha = .93$  en alienación familiar, y un valor  $\alpha = .89$  en insatisfacción personal, además de un coeficiente “r” de .51 ( $p < .01$ ) con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y de -.58 ( $p < .01$ ) con la Escala de Soporte Social Percibido (ESS). El inventario consta de 20 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert, con valores de cero a cuatro, agrupados en dos dominios: alienación familiar e insatisfacción personal. La suma de las respuestas de los veinte reactivos varía de 0 a 80, en donde cuanto mayor es la puntuación obtenida, mayor es la percepción de soledad del individuo (Anexo 7).
  
8. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage et al. (1983), con una confiabilidad inter-observador de .65 ( $p < .001$ ) e intra-observador de .95 ( $p < .01$ ), mediante Kappa

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

ponderado de Cohen; y una consistencia interna de .99, a través del estadístico de Kuder-Richarson - 20 (KR-20). Con una validez convergente, con la escala de Montgomery-Asberg de detección de depresión, de .62 ( $p < .01$ ) y una validez discriminante, con el cuestionario de SPMSQ-VE para la detección de alteración cognoscitiva, de .23 ( $p < .01$ ), mediante el empleo de coeficiente de Spearman (Martínez, Onís, Dueñas, Colomer, Luque & Taberna, 2002). Por su parte, en una muestra de adultos mayores mexicanos se obtuvo una consistencia interna de *Alfa de Cronbach* de .55 y un coeficiente de estabilidad temporal de  $r = .67$  ( $p < .05$ ) (González-Celis, 2002). La escala está constituida por 15 afirmaciones con opciones de respuesta dicotómicas con valores de cero y uno, agrupadas en tres dominios: agitación, actitud hacia su propio envejecimiento y soledad/insatisfacción. La suma de todas las respuestas varía de 0 a 15, donde cuanto mayor sea la puntuación obtenida, más intensa es la sintomatología de depresión del individuo. Con un punto de corte de 5 o más, que indica presencia de sintomatología de depresión leve, y moderada a partir de 10 (Anexo 8).

9. Tarjetas de respuesta. Se emplearon como apoyo visual para facilitar la respuesta de los individuos. Mediante la representación gráfica de la intensidad y frecuencia, con base en figuras geométricas e imágenes ilustrativas de las opciones de respuesta, ilustradas a color e impresas en tarjetas con un tamaño de aproximado de 7 por 11 centímetros (Anexo 9).
10. Formato de registro de valores de presión arterial. En el cual se anotaron los valores de presión arterial diastólica y sistólica de las mediciones semanales realizadas a los participantes del grupo experimental (Anexo 10).

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

11. Formatos de registro de los componentes conductuales moleculares de las habilidades sociales: tiempo de habla, postura corporal accesible y perturbaciones en la fluidez del habla. Elementos moleculares que cada uno de los integrantes del grupo experimental expresaba durante sus intervenciones en el cierre de cada sesión de la intervención (Anexo 11).

*Diseño de investigación*

Cuasi-experimental de series cronológicas con dos grupos: un grupo experimental pre-medición-post-medición y seguimientos, y un grupo de comparación (Campbell, & Stanley, 1973; Hernández, Fernández & Baptista, 2001). Como se muestra en las Tablas 2 y 3.

**Tabla 2. Diseño de investigación para la intervención.**

Grupos	Evaluación Pre-medición	Intervención X	Evaluación Post-medición	Seguimientos	
				Al mes	A los tres meses
Ge	O <sub>1</sub>	PICC	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
Gc	O <sub>1</sub>	-	O <sub>2</sub>		

Ge = Grupo experimental de ancianos que viven en la zona metropolitana de la Ciudad de México, que participaron en la intervención cognoscitivo-conductual.

Gc = Grupo de comparación de ancianos que viven en la zona metropolitana de la Ciudad de México, que no participaron en la intervención cognoscitivo-conductual.

PICC = Programa de Intervención Cognoscitivo-Conductual.

O<sub>1</sub>, O<sub>2</sub>, O<sub>3</sub> y O<sub>4</sub> = Evaluaciones pre-medición-post-medición y seguimientos a uno y tres meses.

X = Aplicación de la intervención cognoscitivo-conductual (10 sesiones).

**Tabla 3. Diseño de investigación de series cronológicas para el registro conductual de habilidades sociales.**

Grupo	Observaciones
Ge	X O <sub>1</sub> X <sub>S1</sub> O <sub>2</sub> X <sub>S2</sub> O <sub>3</sub> X <sub>S3</sub> O <sub>4</sub> X <sub>S4</sub> O <sub>5</sub> X <sub>S5</sub> O <sub>6</sub> X <sub>S6</sub> O <sub>7</sub> X <sub>S7</sub> O <sub>8</sub> X <sub>S8</sub> O <sub>9</sub> X <sub>S9</sub> O <sub>10</sub> X <sub>S10</sub>

Ge = Grupo experimental de ancianos que viven en la zona Metropolitana de la Ciudad de México, que participaron en la intervención cognoscitivo-conductual.

O<sub>1</sub>, ..., O<sub>10</sub> = Observaciones conductuales en cada sesión de la intervención.

X = Aplicación de la intervención cognoscitivo-conductual (10 sesiones).

S<sub>1</sub>, ..., S<sub>10</sub> = Aplicación de las sesiones de la intervención.



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Tipo de estudio*

Descriptivo-correlacional-explicativo (Dankhe, 1976; Hernández, Fernández & Baptista, 2001).

Descriptivo. Se evaluaron las propiedades psicométricas de los instrumentos que midieron las variables de habilidades sociales, red de apoyo social, calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia y soledad, en adultos mayores mexicanos.

Correlacional. Se midió el grado de asociación, mediante una prueba “r” de Pearson, entre las variables de habilidades sociales, red de apoyo social, calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia y soledad, en adultos mayores mexicanos.

Explicativo. Se midió el efecto que tiene una intervención cognoscitivo-conductual basada en el entrenamiento de habilidades sociales en el fortalecimiento de la red apoyo social, calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria, soledad, y estado de salud en adultos mayores mexicanos que viven en el área metropolitana de la Ciudad de México.

La investigación se dividió en dos fases que se describen a continuación, la primera dirigida a examinar las propiedades psicométricas de los instrumentos de medida de habilidades sociales, red de apoyo social, calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia y soledad. Y la segunda fase, es propiamente la intervención cognoscitiva-conductual basada en el entrenamiento en habilidades sociales, la cual fue sometida para evaluar los efectos sobre la adaptación al proceso de envejecimiento en adultos mayores.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Fase 1

*Objetivos específicos de la fase 1*

1. Determinar las propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación de habilidades sociales, red de apoyo social e índice de adaptación psicológica: calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria, y sentimientos de soledad de los adultos mayores mexicanos que viven en zonas urbanas.
2. Probar si existe asociación entre la red de apoyo social, estado de salud y cada una de las medidas del índice de adaptación psicológica en los adultos mayores mexicanos.

*Hipótesis específicas de la fase 1*

1. Existirá una correlación estadísticamente significativa entre las habilidades sociales con las que cuente el anciano, la red de apoyo social y cada una de las medidas de adaptación psicológica: calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria y sentimientos de soledad.

*Tipo de muestra*

Muestra no probabilística de tipo intencional por cuotas, por disponibilidad de adultos mayores.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Participantes*

Hombre y mujeres ancianos y ancianas de tres zonas urbanas de México:

1. Clínica de salud de una institución de seguridad social del Estado de México: 134 individuos con promedio de edad de 70.72 y una desviación estándar de 6.83 años. De los cuales, 89 eran mujeres y 45 hombres; 8 solteros, 71 casados, 8 con pareja, 5 separados, 1 divorciado y 41 viudos; 26 sin estudios formales, 23 con estudios de hasta tercer grado de primaria, 55 de cuarto a sexto de primaria, 11 de secundaria, 13 de bachillerato y 6 con estudios de licenciatura o superior.
2. Jardín de la Tercera Edad de Chapultepec, de la Ciudad de México: 100 individuos con promedio de edad de 73.76 y una desviación estándar de 7.35 años. De los cuales, 55 eran mujeres y 45 hombres; 16 solteros, 23 casados, 9 con pareja, 5 separados, 6 divorciados y 41 viudos; 7 sin estudios formales, 45 con estudios de hasta tercer grado de primaria, 31 de cuarto a sexto de primaria y 17 de secundaria.
3. Centros recreativos de Ciudad Juárez, Chihuahua: 90 individuos con una edad promedio de 65.83 y una desviación estándar de 6.97. De los cuales, 52 eran mujeres y 38 hombres; 7 solteros, 50 casados, 5 con pareja, 3 separados, 8 divorciados y 17 viudos; 6 sin estudios formales, 38 con estudios de hasta tercer grado de primaria, 26 de cuarto a sexto de primaria y 20 de secundaria<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Los adultos mayores de Ciudad Juárez fueron evaluados por la Dra. María Elena Vidaña Gsytan. Profesora investigadora de tiempo completo, adscrita al Programa de Psicología de la UACJ. Líder del Cuerpo Académico “Psicología Clínica y de la Salud” CAEC-UACJ 35.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Crterios de inclusión*

Se incluyeron a individuos que cumplieron con los siguientes requisitos: a) por lo menos 60 años de edad, b) preferentemente alfabetos, c) informar de su consentimiento de ser evaluados, d) sin mostrar deterioro físico aparente, y e) sin deterioro cognoscitivo.

*Escenario*

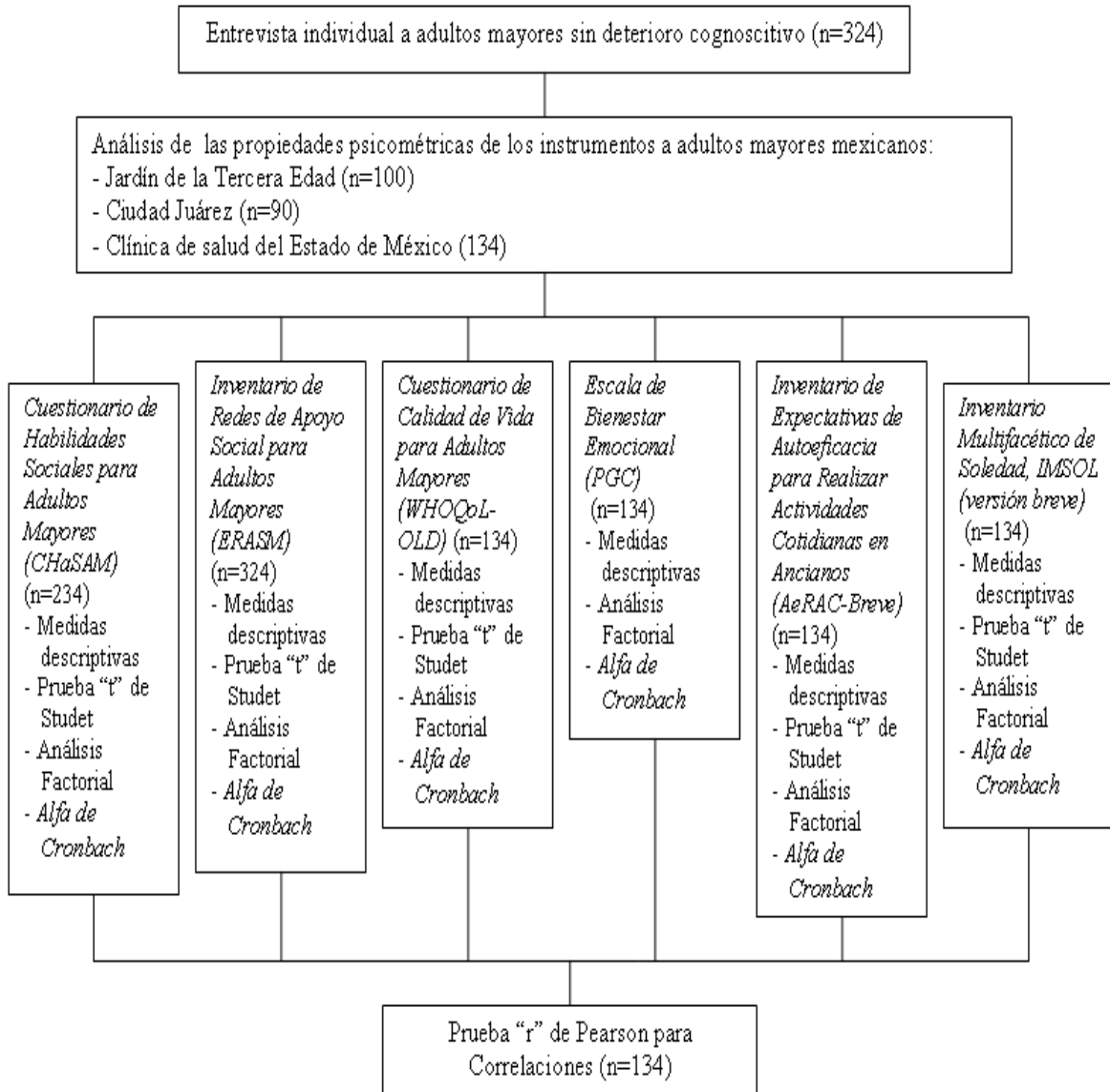
La aplicación de los instrumentos se realizó en los espacios facilitados por las autoridades de tres sedes: Clínica de Salud en el Estado de México, Jardín de la Tercera Edad de la Ciudad de México, y centros recreativos de Ciudad Juárez, Chihuahua.

*Procedimiento*

1. Se aplicaron los instrumentos, mediante entrevista, en sesiones individuales, donde el tiempo fue libre en el sentido de no utilizar ensayos discretos, pero controlado con un máximo de 60 minutos.
2. Para determinar la ausencia de deterioro cognoscitivo se aplicaron las cinco preguntas de orientación temporal (día de la semana, fecha, mes, año y estación del año) del *Mini-Mental State Examination (MMSE)*. Con base en las cuales, se descartaron a los individuos que contestaron incorrectamente al menos a una de esas preguntas.

En el diagrama de flujo de la Figura 5 se muestra una síntesis del proceso de desarrollo de la Fase 1.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**



**Figura 5. Diagrama de flujo de proceso de la Fase 1.**

## Resultados de la fase 1

### *Propiedades psicométricas de los instrumentos*

Con la finalidad de lograr una mejor interpretación de resultados, para todas las escalas que se obtuvieron con los instrumentos de medida, se llevó a cabo una transformación de las puntuaciones a puntajes equivalentes en una escala de 0 a 100. Donde entre mayor fuera el puntaje, indicaba mayor presencia de la variable.

### *Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM)*

Con base en el criterio del tamaño de la muestra para probar las propiedades psicométricas de un instrumento, el cuestionario fue aplicado sólo a dos muestras de adultos mayores que viven en zonas urbanas, 134 individuos que asisten a una clínica de salud de una institución de Seguridad Social del Estado de México, y 100 individuos que asisten al Jardín de la Tercera Edad de la Ciudad de México.

Con el propósito de garantizar el comportamiento homogéneo de la variable habilidades sociales en las dos muestras, se aplicó una prueba “t” de Student para muestras independientes, para probar si existían diferencias significativas; encontrándose un valor de  $t = 1.79$ ,  $p > .05$ . Por lo que no hubo suficiente evidencia estadística para afirmar que el comportamiento en las habilidades sociales fuera diferente dependiendo del grupo de donde provenían los individuos. Así es que se consideró, para el tratamiento estadístico subsecuente en el que se examinaron las propiedades psicométricas del instrumento, como una sola muestra a los 234 individuos. Las medidas descriptivas del comportamiento de las

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

habilidades sociales, así como de las cinco dimensiones que componen al constructo, se aprecian en la Tabla 4.

**Tabla 4. Medidas descriptivas del Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM).**

	n	Mínimo	Máximo	Media	D.E.
Habilidades sociales	234	13.33	100	66.12	22.41
<i>Hacer peticiones</i>	234	0	100	52.42	30.94
<i>Expresar amor, agrado y afecto</i>	234	0	100	71.70	26.53
<i>Dar ayuda</i>	234	16.67	100	77.63	22.30
<i>Expresar opiniones y defender derechos</i>	234	4.17	100	68.35	27.12
<i>Iniciar conversaciones</i>	234	0	100	48.21	29.38

Para evaluar la capacidad de discriminación de los reactivos del instrumento entre puntajes altos y bajos, a partir del percentil 25 y 75, respectivamente; se empleó una prueba “t” de Student para muestras independientes. Con base en la cual, se encontraron diferencias significativas entre puntuaciones altas y bajas, para cada uno de los reactivos ( $p < .01$ ), tal y como se reporta en la Tabla 5.

**Tabla 5. Valores de la Prueba “t” del Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM). n = 234.**

Reactivos	t
1. Si no estoy de acuerdo con un amigo se lo digo.	7.03, p < .01
2. Si necesito ayuda la pido.	13.06, p < .01
3. Soy una persona que sabe defender sus derechos.	12.13, p < .01
4. Expreso lo que siento a las personas que quiero.	12.80, p < .01
5. Cuando una persona me agrada se lo digo.	12.28, p < .01
6. Expreso lo que pienso.	14.59, p < .01
7. Si necesito ayuda de alguna persona la pido.	15.79, p < .01
8. A las personas que aprecio les digo que las quiero.	12.26, p < .01
9. Me es fácil mostrar a la gente mi agrado hacia ellos.	11.44, p < .01
10. Cuando no estoy de acuerdo con algo lo digo.	14.44, p < .01
11. Pido ayuda a mi familia cuando la necesito.	13.50, p < .01
12. Abrazo a las personas que quiero.	9.41, p < .01
13. Expreso mi opinión aunque no sea popular.	12.35, p < .01
14. Pido ayuda a mis amigos si así lo requiero.	19.49, p < 0.01
15. Digo a mis amigos que los aprecio.	20.39, p < .01
16. Expreso mi agrado a mis conocidos.	11.18, p < .01
17. Cuando necesito ayuda de algún conocido se la pido.	18.00, p < .01
18. Digo a mis familiares que los quiero.	11.48, p < .01
19. Tengo derecho a expresar mis opiniones.	10.33, p < .01
20. Si no entiendo algo pido que me lo expliquen.	9.37, p < .01
21. Procuro ayudar a las personas que aprecio.	9.92, p < .01
22. Soy amigable con las personas que me agradan.	8.46, p < .01
23. Procuro conversar con las personas aunque no las conozca.	11.99, p < .01
24. Digo que quiero a las personas sin importar lo que otros piensen.	14.74, p < .01
25. Expreso mi agrado por las personas.	12.81, p < .01
26. Yo inicio las pláticas con mis amigos.	7.08, p < .01
	<b>Continúa ...</b>



**Tabla 5. Valores de la Prueba “t” del Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM). n = 234. (continuación).**

Reactivos	t
27. Pido favores a los demás.	14.23, p < .01
28. Procuero que las personas que quiero se sientan bien.	8.13, p < .01
29. Cuando una persona me agrada la ayudo.	10.68, p < .01
30. Las pláticas con mis familiares las comienzo yo.	9.24, p < .01
31. Digo a mis conocidos cuando no estoy de acuerdo con ellos.	9.06, p < .01
32. Pido favores a mis amigos.	15.82, p < .01
33. Expreso a mis amigos que los quiero.	2.43, p < .01
34. Si mi vecino me agrada procuro ayudarle.	16.23, p < .01
35. Con mis conocidos yo inicio las pláticas.	12.00, p < .01
36. Pido favores a mis conocidos.	12.96, p < .01
37. Defiendo mis derechos.	10.87, p < .01
38. Expreso a mis familiares que los quiero.	11.75, p < .01
39. Cuando un conocido me agrada procuro ayudarle.	11.95, p < .01
40. Pido favores a mis familiares.	14.09, p < .01

La validez de constructo del instrumento se estableció mediante un análisis factorial, con el método de ejes principales para la extracción, restringido a cinco factores, con rotación Varimax y excluyendo cargas factoriales menores a .40.

Con un índice de muestreo adecuado de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = .93) y una correlación significativa entre elementos de  $X^2 = 5619.33$  (p < .01).

En la Tabla 6 se muestra la distribución final de los 40 reactivos en cinco dimensiones, con cargas factoriales por encima de .45.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

**Tabla 6. Agrupación factorial del Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM).**

Reactivos	Dimensiones			
	Hacer peticiones	Expresar amor, agrado y afecto	Dar ayuda	Expresar opiniones y defender derechos Iniciar conversaciones
32. Pido favores a mis amigos.	.77			
36. Pido favores a mis conocidos.	.77			
27. Pido favores a los demás.	.76			
41. Pido favores a mis familiares.	.69			
7. Si necesito ayuda de alguna persona la pido.	.64			
17. Cuando necesito ayuda de algún conocido se la pido.	.62			
2. Si necesito ayuda la pido.	.61			
14. Pido ayuda a mis amigos si así lo requiero.	.61			
11. Pido ayuda a mi familia cuando la necesito.	.59			
8. A las personas que aprecio les digo que las quiero.		.67		
15. Digo a mis amigos que los aprecio.		.64		
18. Digo a mis familiares que los quiero.		.63		
12. Abrazo a las personas que quiero.		.61		
38. Expreso a mis familiares que los quiero.		.61		
33. Expreso a mis amigos que los quiero.		.60		
16. Expreso mi agrado a mis conocidos.		.57		
24. Digo que quiero a las personas sin importar lo que otros piensen.		.51		
25. Expreso mi agrado por las personas.		.50		
4. Expreso lo que siento a las personas que quiero.		.46		
9. Me es fácil mostrar a la gente mi agrado hacia ellos.		.46		
5. Cuando una persona me agrada se lo digo.		.44		

**Continúa ...**

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

**Tabla 6. Agrupación factorial del Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM) (continuación).**

Reactivos	Dimensiones			
	Hacer peticiones	Expresar amor, agrado y afecto	Expresar opiniones y defender derechos	Dar ayuda Iniciar conversaciones
21. Procuero ayudar a las personas que aprecio.		.70		
39. Cuando un conocido me agrada procuro ayudarle.		.67		
29. Cuando una persona me agrada la ayuda.		.66		
22. Soy amigable con las personas que me agradan.		.66		
28. Procuero que las personas que quiero se sientan bien.		.49		
34. Si mi vecino me agrada procuro ayudarle.		.49		
20. Si no entiendo algo pido que me lo expliquen.		.47		
23. Procuero conversar con las personas aunque no las conozca.		.41		
3. Soy una persona que sabe defender sus derechos.			.65	
10. Cuando no estoy de acuerdo con algo lo digo.			.62	
37. Defiendo mis derechos.			.60	
6. Expreso lo que pienso.			.56	
19. Tengo derecho a expresar mis opiniones.			.54	
13. Expreso mi opinión aunque no sea popular.			.48	
1. Si no estoy de acuerdo con un amigo se lo digo.			.47	
31. Digo a mis conocidos cuando no estoy de acuerdo con ellos.			.46	
35. Con mis conocidos yo inicio las pláticas.				.68
26. Yo inicio las pláticas con mis amigos.				.65
30. Las pláticas con mis familiares las comienzo yo.				.45

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

En la Tabla 7 se muestran los valores *Alfa de Cronbach* (.96), como índice de confiabilidad, el porcentaje de la Varianza Explicada de habilidades sociales (52.34), así como los autovalores de la calificación total del constructo, y para cada una de las cinco dimensiones.

**Tabla 7. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM).**

	n	Número de reactivos	<i>Alfa de Cronbach</i>	Varianza Explicada	Autovalores
Habilidades sociales	234	40	.96	52.34	
<i>Hacer peticiones</i>	234	9	.92	13.84	5.67
<i>Expresar amor, agrado y afecto</i>	234	12	.91	11.58	4.75
<i>Dar ayuda</i>	234	8	.85	11.52	4.72
<i>Expresar opiniones y defender derechos</i>	234	8	.86	10.30	4.22
<i>Iniciar conversaciones</i>	234	3	.78	5.10	2.09

*Inventario de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASM)*

Con base en el criterio del tamaño de la muestra para probar las propiedades psicométricas de un instrumento, el cuestionario fue aplicado a tres muestras de adultos mayores mexicanos que viven en zonas urbanas, 134 individuos adscritos a una clínica de salud de una institución de Seguridad Social del Estado de México, 100 individuos que asistían al Jardín de la Tercera Edad de la Ciudad de México, y 90 individuos asistentes a centros recreativos de Ciudad Juárez en Chihuahua.

Con el propósito de garantizar el comportamiento homogéneo de la variable red de apoyo social en las tres muestras, se aplicó una prueba de análisis de varianza ANOVA,

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

para probar si existían diferencias significativas; encontrándose un valor de .754,  $p > .05$ . Por lo que no hubo suficiente evidencia estadística para afirmar que el comportamiento en la red de apoyo social fuera diferente dependiendo del grupo de donde provenían los individuos. Así es que se consideró, para el tratamiento estadístico subsecuente en el que se examinan las propiedades psicométricas del instrumento, como una sola muestra a los 324 individuos. Las medidas descriptivas del comportamiento de la red de apoyo social, así como de las siete dimensiones que componen al constructo, se aprecian en la Tabla 8.

**Tabla 8. Medidas descriptivas del Inventario de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASM).**

	n	Mínimo	Máximo	Media	D.E.
Red social	324	0.79	81.75	38.22	16.83
<i>Pareja</i>	324	0	100	39.10	39.82
<i>Hijos</i>	324	0	100	59.53	31.67
<i>Familiares próximos</i>	324	0	100	41.12	28.51
<i>Amigos: contacto y apoyo emocional</i>	324	0	100	69.54	36.64
<i>Amigos: apoyo material, instrumental e informativo</i>	324	0	100	24.15	29.01
<i>Grupo comunitario</i>	324	0	100	18.45	27.27
<i>Institucional</i>	324	0	100	28.33	24.56

Para evaluar la capacidad de discriminación de los reactivos del instrumento entre puntajes altos y bajos, a partir del percentil 25 y 75, respectivamente; se empleó una prueba “t” de Student para muestras independientes. Con base en la cual, se encontraron diferencias significativas entre puntuaciones altas y bajas, para cada uno de los reactivos ( $p < .01$ ), tal y como se reporta en la Tabla 9.

**Tabla 9. Valores de la Prueba “t” del Inventario de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASM). n = 324.**

Reactivos	t
1. Frecuencia con la que ve a su pareja	10.64. p < .01
2. Frecuencia con la que habla con su pareja	9.34. p < .01
3. Recibe apoyo emocional de su pareja	7.78. p < .01
4. Satisfacción con apoyo emocional con su pareja	9.76. p < .01
5. Recibe apoyo instrumental de su pareja	8.86. p < .01
6. Satisfacción con apoyo instrumental con su pareja	11.12, p < .01
7. Recibe apoyo material de su pareja	7.18, p < .01
8. Satisfacción con apoyo material con su pareja	9.19, p < .01
9. Recibe apoyo informativo de su pareja	9.13, p < .01
10. Satisfacción con apoyo informativo con su pareja	10.91, p < .01
11. Frecuencia con la que ve a sus hijos	7.22, p < .01
12. Frecuencia con la que habla con sus hijos	7.73, p < .01
13. Recibe apoyo emocional de sus hijos	6.31, p < .01
14. Satisfacción con apoyo emocional con sus hijos	10.33, p < .01
15. Recibe apoyo instrumental de sus hijos	9.09, p < .01
16. Satisfacción con apoyo instrumental con sus hijos	12.65, p < .01
17. Recibe apoyo material de sus hijos	5.84, p < .01
18. Satisfacción con apoyo material con sus hijos	8.41, p < .01
19. Recibe apoyo informativo de sus hijos	10.07, p < .01
20. Satisfacción con apoyo informativo con sus hijos	15.03, p < .01
21. Frecuencia con la que ve a sus familiares	5.15, p < .01
22. Frecuencia con la que habla con sus familiares	6.51, p < .01
23. Recibe apoyo emocional de sus familiares	6.83, p < .01
24. Satisfacción con apoyo emocional con sus familiares	8.11, p < .01
25. Recibe apoyo instrumental de sus familiares	5.63, p < .01
26. Satisfacción con apoyo instrumental con sus familiares	6.02, p < .01
27. Recibe apoyo material de sus familiares	4.71, p < .01
28. Satisfacción con apoyo material con sus familiares	4.35, p < .01
29. Recibe apoyo informativo de sus familiares	8.63, p < .01
30. Satisfacción con apoyo informativo con sus familiares	9.93, p < .01
31. Frecuencia con la que ve a sus amigos	6.60, p < .01
32. Frecuencia con la que habla con sus amigos	6.88, p < .01
	<b>Continúa ...</b>

**Tabla 9. Valores de la Prueba “t” del Inventario de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASM). n = 324. (continuación).**

Reactivos	t
33. Recibe apoyo emocional de sus amigos	7.99, p < .01
34. Satisfacción con apoyo emocional con sus amigos	8.83, p < .01
35. Recibe apoyo instrumental de sus amigos	7.55, p < .01
36. Satisfacción con apoyo instrumental con sus amigos	6.84, p < .01
37. Recibe apoyo material de sus amigos	3.16, p < .01
38. Satisfacción con apoyo material con sus amigos	3.27, p < .01
39. Recibe apoyo informativo de sus amigos	11.20, p < .01
40. Satisfacción con apoyo informativo con sus amigos	11.87, p < .01
41. Frecuencia con la que acude al grupo comunitario	7.23, p < .01
42. Recibe apoyo emocional de su grupo	6.97, p < .01
43. Satisfacción con apoyo emocional con su grupo	7.42, p < .01
44. Recibe apoyo instrumental de su grupo	5.84, p < .01
45. Satisfacción con apoyo instrumental con su grupo	4.74, p < .01
46. Recibe apoyo material de su grupo	3.83, p < .01
47. Satisfacción con apoyo material con su grupo	3.03, p < .01
48. Recibe apoyo informativo de su grupo	9.01, p < .01
49. Satisfacción con apoyo informativo con su grupo	8.85, p < .01
50. Frecuencia recibe apoyo institucional	3.15, p < .01
51. Recibe apoyo emocional de su institución	7.14, p < .01
52. Satisfacción con apoyo emocional con su institución	5.79, p < .01
53. Recibe apoyo instrumental de su institución	3.95, p < .01
54. Satisfacción con apoyo instrumental con su institución	3.57, p < .01
55. Recibe apoyo material de su institución	3.23, p < .01
56. Satisfacción con apoyo material con su institución	2.00, p < .01
57. Recibe apoyo informativo de su institución	8.15, p < .01
58. Satisfacción con apoyo informativo con su institución	8.97, p < .01

La validez de constructo del instrumento se estableció mediante un análisis factorial, con el método de ejes principales para la extracción, restringido a siete factores, con rotación Varimax y se excluyeron cargas factoriales menores a .40.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Con un índice de muestreo adecuado de Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO = .69$ ) y una correlación significativa entre elementos de  $X^2 = 16366.93$  ( $p < .01$ ).

En la Tabla 10 se muestra la distribución final de los reactivos en siete dimensiones, con cargas factoriales por encima de .45. En la que se eliminaron cuatro de los reactivos debido a su baja carga factorial.



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

**Tabla 10. Agrupación factorial del Inventario de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASM).**

Reactivos	Dimensiones						
	Pareja	Hijos	Familiares próximos	Amigos: contacto y apoyo emocional	Amigos: apoyo instrumental, material e informativo	Grupo comunitario	Institucional
1. Frecuencia con la que ve a su pareja	.87						
2. Frecuencia con la que habla con su pareja	.81						
3. Recibe apoyo emocional de su pareja	.78						
4. Satisfacción con apoyo emocional con su pareja	.79						
5. Recibe apoyo instrumental de su pareja	.76						
6. Satisfacción con apoyo instrumental con su pareja	.76						
7. Recibe apoyo material de su pareja	.69						
8. Satisfacción con apoyo material con su pareja	.66						
9. Recibe apoyo informativo de su pareja	.72						
10. Satisfacción con apoyo informativo con su pareja	.81						
11. Frecuencia con la que ve a sus hijos		.73					
12. Frecuencia con la que habla con sus hijos		.73					
13. Recibe apoyo emocional de sus hijos		.66					
14. Satisfacción con apoyo emocional con sus hijos		.72					
15. Recibe apoyo instrumental de sus hijos		.67					
16. Satisfacción con apoyo instrumental con sus hijos		.68					
17. Recibe apoyo material de sus hijos		.62					
18. Satisfacción con apoyo material con sus hijos		.62					
19. Recibe apoyo informativo de sus hijos		.64					
20. Satisfacción con apoyo informativo con sus hijos		.66					

**Continúa ...**

**Tabla 10. Agrupación factorial del Inventario de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASM).  
(continuación 1).**

Reactivos	Dimensiones						
	Pareja	Hijos	Familiares próximos	Amigos: contacto y apoyo emocional	Amigos: apoyo instrumental, material e informativo	Grupo comunitario	Institucional
21. Frecuencia con la que ve a sus familiares			.75				
22. Frecuencia con la que habla con sus familiares			.78				
23. Recibe apoyo emocional de sus familiares			.59				
24. Satisfacción con apoyo emocional con sus familiares			.66				
25. Recibe apoyo instrumental de sus familiares			.55				
26. Satisfacción con apoyo instrumental con sus familiares			.61				
27. Recibe apoyo material de sus familiares			.42				
28. Satisfacción con apoyo material con sus familiares			.48				
29. Recibe apoyo informativo de sus familiares			.54				
30. Satisfacción con apoyo informativo con sus familiares			.61				
31. Frecuencia con la que ve a sus amigos				.83			
32. Frecuencia con la que habla con sus amigos				.86			
33. Recibe apoyo emocional de sus amigos				.64			
34. Satisfacción con apoyo emocional con sus amigos				.78			
35. Recibe apoyo instrumental de sus amigos					.72		
36. Satisfacción con apoyo instrumental con sus amigos					.54		
37. Recibe apoyo material de sus amigos					.58		
38. Satisfacción con apoyo material con sus amigos					.52		
39. Recibe apoyo informativo de sus amigos					.52		
40. Satisfacción con apoyo informativo con sus amigos					.47		

**Continúa ...**

**Tabla 10. Agrupación factorial del Inventario de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASM).  
(continuación 2).**

Reactivos	Dimensiones						
	Pareja	Hijos	Familiares próximos	Amigos: contacto y apoyo emocional	Amigos: apoyo instrumental, material e informativo	Grupo comunitario	Institucional
41. Frecuencia con la que acude al grupo comunitario						.90	
42. Recibe apoyo emocional de su grupo						.77	
43. Satisfacción con apoyo emocional con su grupo						.88	
44. Recibe apoyo instrumental de su grupo						.56	
45. Satisfacción con apoyo instrumental con su grupo						.48	
46. Recibe apoyo informativo de su grupo						.84	
47. Satisfacción con apoyo informativo con su grupo						.81	
48. Frecuencia recibe apoyo institucional							.49
49. Recibe apoyo emocional de su institución							.67
50. Satisfacción con apoyo emocional con su institución							.71
51. Recibe apoyo instrumental de su institución							.56
52. Satisfacción con apoyo instrumental con su institución							.57
53. Recibe apoyo informativo de su institución							.61
54. Satisfacción con apoyo informativo con su institución							.62

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

En la Tabla 11 se muestra los valores de *Alfa de Cronbach* (.90), como índice de confiabilidad, el porcentaje de Varianza Explicada de red de apoyo social (55.44), así como los autovalores de la calificación total del constructo, y para cada una de las siete dimensiones.

**Tabla 11. Propiedades psicométricas del Inventario de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASM).**

	n	Número de reactivos	<i>Alfa de Cronbach</i>	Varianza Explicada	Autovalores
Red de Apoyo Social	324	54	.90	55.44	
<i>Pareja</i>	324	10	.93	11.41	6.16
<i>Hijos</i>	324	10	.87	9.26	5.00
<i>Familiares próximos</i>	324	10	.84	8.25	4.46
<i>Amigos: contacto y apoyo emocional</i>	324	4	.87	7.47	4.04
<i>Amigos: apoyo material, instrumental e informativo</i>	324	6	.75	6.84	3.69
<i>Grupo comunitario</i>	324	7	.87	6.17	3.33
<i>Institucional</i>	324	7	.77	5.63	3.04

*Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQoL-OLD)*

Con base en el criterio del tamaño de la muestra para probar las propiedades psicométricas de un instrumento, el cuestionario fue aplicado una sola muestra de 134 adultos mayores que asisten a una clínica de salud de una institución de Seguridad Social del Estado de México. Las medidas descriptivas del comportamiento de la calidad de vida, así como de las seis dimensiones que componen al constructo, se aprecian en la Tabla 12.

**Tabla 12. Medidas descriptivas del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQOL-OLD).**

	n	Mínimo	Máximo	Media	D.E.
Calidad de vida	134	42.50	100	78.07	12.99
<i>Satisfacción con actividades</i>	134	36	100	83.22	16.06
<i>Muerte y morir</i>	134	20	100	75.22	26.65
<i>Intimidad</i>	134	20	100	76.60	21.62
<i>Habilidades sensoriales</i>	134	30	100	72.95	18.80
<i>Participación en actividades</i>	134	20	100	77.26	22.28
<i>Autonomía</i>	134	20	100	81.64	16.62

Para evaluar la capacidad de discriminación de los reactivos del instrumento entre puntajes altos y bajos, a partir del percentil 25 y 75, respectivamente; se empleó una prueba “t” de Student para muestras independientes. Con base en la cual, se encontraron diferencias significativas entre puntuaciones altas y bajas, para cada uno de los reactivos ( $p < .01$ ), tal y como se reporta en la Tabla 13.

**Tabla 13. Valores de la Prueba “t” del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQOL-OLD). n = 134.**

Reactivos	t
1. ¿Qué tanto siente que la alteración de sus sentidos afecta su vida diaria?	6.56, $p < .01$
2. ¿Qué tanto la pérdida de audición, visión, olfato, etc. afecta su capacidad para llevar a cabo actividades en la vida diaria?	8.40, $p < .01$
3. ¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?	5.13, $p < .01$
4. ¿Qué tanto siente que tiene control sobre su futuro?	5.61, $p < .01$
5. ¿Qué tanto siente que las personas que le rodean respetan su libertad?	4.81, $p < .01$
6. ¿Qué tanto le preocupa la manera en que morirá?	7.68, $p < .01$
7. ¿Cuánto miedo siente de no ser capaz de controlar su muerte?	8.43, $p < .01$
8. ¿Cuánto le asusta morir?	7.48, $p < .01$
9. ¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?	6.55, $p < .01$
10. ¿Qué tanto sus problemas sensoriales afectan su capacidad para relacionarse con otras personas?	6.66, $p < .01$
	<b>Continúa ...</b>

**Tabla 13. Valores de la Prueba “t” del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQOL-OLD) n = 134. (continuación).**

Reactivos	t
11. ¿Cuánta capacidad tiene para realizar las cosas que le gustaría hacer?	6.27, p < .01
12. ¿Qué tanto está satisfecho/a con las oportunidades que tiene para seguir logrando cosas en su vida?	7.74, p < .01
13. ¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?	5.16, p < .01
14. ¿Qué tanto siente que tiene suficientes cosas que hacer cada día?	5.23, p < .01
15. ¿Qué tan satisfecho/a está con lo que ha conseguido en su vida?	5.69, p < .01
16. ¿Qué tan satisfecho/a está con la manera de utilizar su tiempo?	6.27, p < .01
17. ¿Qué tan satisfecho está con su nivel de actividad?	6.54, p < .01
18. ¿Qué tan satisfecho está con sus oportunidades para participar en actividades de la comunidad?	6.85, p < .01
19. ¿Qué tan contento está con las cosas que le ilusionan?	7.55, p < .01
20. ¿Cómo diría que es su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?	2.64, p < .01
21. ¿Cuántas oportunidades tiene para amar?	7.61, p < .01
22. ¿Cuántas oportunidades tiene de ser amado/a?	9.54, p < .01
23. ¿Qué tan acompañado se siente en su vida?	6.91, p < .01
24. ¿Cuánto amor experimenta en su vida?	6.87, p < .01

La validez de constructo del instrumento se estableció mediante un análisis factorial, con el método de componentes principales para la extracción y un autovalor mínimo de 1, excluyendo los valores menores a .40. Con un método de rotación Varimax.

Con un índice de muestreo adecuado de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = .80) y una correlación significativa entre elementos de  $X^2 = 1602.57$  (p < .01).

En la Tabla 14 se muestra la distribución final de los reactivos en las seis dimensiones, con cargas factoriales por encima de .41.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

**Tabla 14. Agrupación factorial del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQOL-OLD).**

Reactivos	Dimensiones					
	Satisfacción con actividades	Muerte y morir	Intimidad	Habilidades sensoriales	Participación en actividades	Autonomía
16. ¿Qué tan satisfecho/a está con la manera de utilizar su tiempo?	.87					
17. ¿Qué tan satisfecho está con su nivel de actividad?	.76					
19. ¿Qué tan contento está con las cosas que le ilusionan?	.68					
15. ¿Qué tan satisfecho/a está con lo que ha conseguido en su vida?	.67					
18. ¿Qué tan satisfecho está con sus oportunidades para participar en actividades de la comunidad?	.53					
7. ¿Cuánto miedo siente de no ser capaz de controlar su muerte?		.90				
6. ¿Qué tanto le preocupa la manera en que morirá?		.88				
8. ¿Cuánto le asusta morir?		.85				
9. ¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?		.64				
22. ¿Cuántas oportunidades tiene de ser amado/a?			.88			
21. ¿Cuántas oportunidades tiene para amar?			.81			
23. ¿Qué tan acompañado se siente en su vida?			.73			
24. ¿Cuánto amor experimenta en su vida?			.67			
1. ¿Qué tanto siente que la alteración de sus sentidos (vista, oído, etc.) afecta su vida diaria?				.87		
2. ¿Qué tanto la pérdida de audición, visión, olfato, etc., afecta su capacidad para llevar a cabo actividades en la vida diaria?				.81		
10. ¿Qué tanto sus problemas sensoriales afectan su capacidad para relacionarse con otras personas?				.72		
20. ¿Cómo diría que es su funcionamiento sensorial?				.65		

**Continúa ...**

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

**Tabla 14. Agrupación factorial del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQOL-OLD) (continuación).**

Reactivos	Dimensiones					
	Satisfacción con actividades	Muerte y morir	Intimidad	Habilidades sensoriales	Participación en actividades	Autonomía
1. ¿Qué tanto siente que la alteración de sus sentidos (vista, oído, etc.) afecta su vida diaria?				.87		
2. ¿Qué tanto la pérdida de audición, visión, olfato, etc., afecta su capacidad para llevar a cabo actividades en la vida diaria?				.81		
10. ¿Qué tanto sus problemas sensoriales afectan su capacidad para relacionarse con otras personas?				.72		
20. ¿Cómo diría que es su funcionamiento sensorial?				.65		
14. ¿Qué tanto siente que tiene suficientes cosas que hacer cada día?					.74	
13. ¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?					.68	
12. ¿Qué tanto está satisfecho/a con las oportunidades que tiene para seguir logrando cosas en su vida?					.67	
3. ¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?						.84
5. ¿Qué tanto siente que las personas que le rodean respetan su libertad?						.73
4. ¿Qué tanto siente que tiene control sobre su futuro?						.56
11. ¿Cuánta capacidad tiene para realizar las cosas que le gustaría hacer?						.41

En la Tabla 15 se muestran los valores *Alfa de Cronbach* (.82), como índice de confiabilidad, el porcentaje de la Varianza Explicada de calidad de vida (65.70), así como los autovalores de la calificación total del constructo, y para cada una de las seis dimensiones.



**Tabla 15. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQOL-OLD).**

	n	Número de reactivos	Alfa de Cronbach	Varianza Explicada	Autovalores
Calidad de vida	134	24	.82	65.70	
<i>Satisfacción con actividades</i>	134	5	.87	12.84	3.08
<i>Muerte y morir</i>	134	4	.83	12.74	3.06
<i>Intimidad</i>	134	4	.82	11.61	2.79
<i>Habilidades sensoriales</i>	134	4	.70	11.29	2.71
<i>Participación en actividades</i>	134	3	.74	9.12	2.16
<i>Autonomía</i>	134	5	.88	8.10	2.11

*Escala de Bienestar Emocional (PGC)*

Con base en el criterio del tamaño de la muestra para probar las propiedades psicométricas de un instrumento, el cuestionario fue aplicado a una sola muestra de 134 adultos mayores que asisten a una clínica de salud de una institución de Seguridad Social del Estado de México. Las medidas descriptivas del comportamiento del bienestar emocional, así como de las tres dimensiones que componen al constructo, se aprecian en la Tabla 16.

**Tabla 16. Medidas descriptivas de la Escala de Bienestar Emocional (PGC).**

	n	Mínimo	Máximo	Media	D.E.
Bienestar emocional	134	5.88	100	60.84	23.23
<i>Agitación</i>	134	0	100	55.22	31.52
<i>Actitud hacia su propio envejecimiento</i>	134	0	100	50.62	30.68
<i>Soledad / Insatisfacción</i>	134	0	100	75.75	26.70

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

La validez de constructo del instrumento se estableció mediante un análisis factorial, con el método de ejes principales para la extracción, restringido a tres factores, con rotación Varimax y se excluyeron cargas factoriales menores a .30.

Con un índice de muestreo adecuado de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = .81) y una correlación significativa entre elementos de  $X^2 = 455.37$  ( $p < .01$ ).

En la Tabla 17 se muestra la distribución final de los reactivos en las tres dimensiones, con cargas factoriales por encima de .30.

**Tabla 17. Agrupación factorial de los reactivos de la Escala de Bienestar Emocional (PGC).**

Reactivos	Dimensiones		
	Agitación	Actitud hacia su propio envejecimiento	Soledad / insatisfacción
15. La vida es dura para mí casi todo el tiempo	.71		
16. ¿Qué tan satisfecho está con su vida actualmente?	.52		
3. Tengo miedo de muchas cosas	.51		
17. Tengo muchas cosas porque estar triste	.50		
14. Algunas veces siento que la vida no vale la pena vivirla	.46		
12. ¿Qué tan solo se siente?	.39		
7. Las cosas se ponen cada vez peor conforme yo me hago más viejo		.59	
8. Yo tengo hoy tanta energía como la tenía el año pasado		.54	
11. Soy tan feliz ahora como cuando era más joven		.52	
9. Conforme tú envejeces eres menos útil		.51	
10. Conforme envejezco, las cosas son mejores/peores de lo que creí que serían		.47	
13. Veo lo suficiente a mis amigos y familiares		.32	
6. Me altero fácilmente			.59
4. Me enfurezco más de lo acostumbrado			.56
5. Tomo las cosas duramente			.52
1. Las pequeñas cosas me molestan más este año			.35
2. Algunas veces me preocupo tanto que no puedo dormir			.32

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

En la Tabla 18 se muestran los valores *Alfa de Cronbach* (.81), como índice de confiabilidad, el porcentaje de la Varianza Explicada de bienestar emocional (31.18), así como los autovalores de la calificación total del constructo, y para cada una de las tres dimensiones superiores a 1.

**Tabla 18. Propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Emocional (PGC).**

	n	Número de reactivos	<i>Alfa de Cronbach</i>	Varianza Explicada	Autovalores
Bienestar emocional	134	17	.81	31.18	
<i>Agitación</i>	134	5	.65	12.57	2.14
<i>Actitud hacia su propio envejecimiento</i>	134	6	.71	10.33	1.76
<i>Soledad / Insatisfacción</i>	134	6	.71	8.28	1.41

*Inventario de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve)*

Con base en el criterio del tamaño de la muestra para probar las propiedades psicométricas de un instrumento, el cuestionario fue aplicado una sola muestra de 134 adultos mayores adscritos a una clínica de salud de una institución de Seguridad Social del Estado de México. Las medidas descriptivas del comportamiento de la autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria, así como de las cinco dimensiones que componen al constructo, se aprecian en la Tabla 19.

**Tabla 19. Medidas descriptivas del Inventario de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve).**

	n	Mínimo	Máximo	Media	D.E.
Autoeficacia	134	.96	100	64.51	21.80
<i>Actividades de independencia</i>	134	0	100	80.39	28.96
<i>Actividades recreativas mentales</i>	134	0	100	49.59	30.78
<i>Actividades recreativas físicas</i>	134	0	100	39.39	33.28
<i>Actividades sociales</i>	134	0	100	72.03	28.68
<i>Actividades de protección a la salud</i>	134	0	100	89.41	20.62

Para evaluar la capacidad de discriminación de los reactivos del instrumento entre puntajes altos y bajos, a partir del percentil 25 y 75, respectivamente; se empleó una prueba “t” de Student para muestras independientes. Con base en la cual, se encontraron diferencias significativas entre puntuaciones altas y bajas, para cada uno de los reactivos ( $p < .05$ ), tal y como se reporta en la Tabla 20.

**Tabla 20. Valores de la Prueba “t” del Inventario de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve). n = 134.**

Reactivos	t
I-1. Preparar sus alimentos	4 .98, $p < .01$
I-2. Planchar su ropa	4 .19, $p < .01$
I-3. Quehaceres domésticos	3 .80, $p < .01$
I-4. Lavar su ropa	4 .47, $p < .01$
I-5. Asear su habitación	3 .59, $p < .01$
I-6. Ir de compras	4 .07, $p < .01$
RM-1. Resolver juegos de pasatiempos	3 .62, $p < .01$
RM-2. Armar rompecabezas	4 .12, $p < .01$
RM-3. Pintar, dibujar e iluminar	2 .52, $p < .01$
RM-4. Jugar juegos de mesa	4 .90, $p < .01$
RM-5. Leer	2 .58, $p < .01$
RM-6. Ver televisión	2 .24, $p < .05$
RF-1. Hacer aerobics	2 .65, $p < .01$
RF-2. Correr o trotar	2 .70, $p < .01$
	<b>Continúa...</b>

**Tabla 20. Valores de la Prueba “t” del Inventario de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve). n = 134 (continuación).**

Reactivos	t
RF-3. Hacer ejercicio	5 .73, p < .01
RF-4. Bailar o cantar	4 .33, p < .01
RF-5. Nadar	3 .08, p < .01
S-1. Platicar con familiares o amigos	5 .87, p < .01
S-2. Platicar con vecinos	6 .20, p < .01
S-3. Visitar familiares	7 .11, p < .01
S-4. Visitar amigos	7 .37, p < .01
S-5. Hablar por teléfono con amigos o familiares	5 .47, p < .01
S-6. Convivir con gente de mi edad	6 .27, p < .01
PS-1. Realizar análisis médicos	3 .19, p < .01
PS-2. Tomar medicamentos	2 .82, p < .01
PS-3. Visitar al médico o ir al hospital	3 .96, p < .01

La validez de constructo del instrumento se estableció mediante un análisis factorial, con el método de componentes principales, con un autovalor mínimo de 1, rotación Varimax y se excluyeron cargas factoriales menores a .40.

Con un índice de muestreo adecuado de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO =.84) y una correlación significativa entre elementos de  $X^2 = 2271.50$  (p < .01).

En la Tabla 21 se muestra la distribución final de los reactivos en tres dimensiones, donde la carga factorial mínima es de .47.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

**Tabla 21. Agrupación factorial de los reactivos del Inventario de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve).**

Reactivos	Dimensiones				
	Actividades de independencia	Actividades recreativas mentales	Actividades recreativas físicas	Actividades sociales	Actividades de protección a la salud
I-4. Lavar su ropa	.88				
I-5. Asear su habitación	.86				
I-3. Quehaceres domésticos	.81				
I-1. Preparar sus alimentos	.78				
I-6. Ir de compras	.77				
I-2. Planchar su ropa	.76				
RM-2. Armar rompecabezas		.81			
RM-3. Pintar, dibujar e iluminar		.76			
RM-4. Jugar juegos de mesa		.75			
RM-1. Resolver juegos de pasatiempos		.71			
RM-5. Leer		.51			
RM-6. Ver televisión		.47			
RF-1. Hacer aerobics			.79		
RF-2. Correr o trotar			.71		
RF-5. Nadar			.70		
RF-4. Bailar o cantar			.69		
RF-3. Hacer ejercicio			.56		
S-2. Platicar con vecinos				.78	
S-4. Visitar amigos				.76	
S-5. Hablar por teléfono con amigos o familiares				.76	
S-1. Platicar con familiares o amigos				.752	
S-3. Visitar familiares				.72	
S-6. Convivir con gente de mi edad				.67	
PS-2. Tomar medicamentos					.87
PS-3. Visitar al médico o ir al hospital					.86
PS-1. Realizar análisis médicos					.85

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

En la Tabla 22 se muestran los valores *Alfa de Cronbach* (.89), como índice de confiabilidad, el porcentaje de la Varianza Explicada de la autoeficacia para la vida cotidiana (67.06), así como los autovalores de la calificación total del constructo, y para cada una de las cinco dimensiones.

**Tabla 22. Propiedades psicométricas del Inventario de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve).**

	n	Número de reactivos	<i>Alfa de Cronbach</i>	Varianza Explicada	Autovalores
Autoeficacia	134	26	.89	67.06	
<i>Actividades de independencia</i>	134	6	.92	17.33	4.50
<i>Actividades recreativas mentales</i>	134	6	.75	12.54	4.01
<i>Actividades recreativas físicas</i>	134	5	.75	11.41	3.26
<i>Actividades sociales</i>	134	6	.89	15.42	2.97
<i>Actividades de protección a la salud</i>	134	3	.91	10.36	2.69

*Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL (versión breve)*

Con base en el criterio del tamaño de la muestra para probar las propiedades psicométricas de un instrumento, el cuestionario fue aplicado una sola muestra de 134 adultos mayores pertenecientes a una clínica de salud de una institución de Seguridad Social del Estado de México. Las medidas descriptivas del comportamiento de la percepción de soledad, así como de las dos dimensiones que componen al constructo, se aprecian en la Tabla 23.

**Tabla 23. Medidas descriptivas del Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL (versión breve).**

	n	Mínimo	Máximo	Media	D.E.
Soledad	134	0	95	20.64	22.82
<i>Alienación familiar</i>	134	0	100	19.95	23.85
<i>Insatisfacción personal</i>	134	0	100	21.21	23.61

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Para evaluar la capacidad de discriminación de los reactivos del instrumento entre puntajes altos y bajos, a partir del percentil 25 y 75, respectivamente; se empleó una prueba “t” de Student para muestras independientes. Con base en la cual, se encontraron diferencias significativas entre puntuaciones altas y bajas, para cada uno de los reactivos ( $p < .01$ ), tal y como se reporta en la Tabla 24.

**Tabla 24. Valores de la Prueba “t” del Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL (versión breve). n = 134.**

Reactivos	t
1. Siente que solo cuenta consigo mismo(a)	9 .24, $p < .01$
2. Se siente rechazado(a)	5 .92, $p < .01$
3. Se siente inseguro(a) acerca de su futuro	9 .69, $p < .01$
4. Se siente aislado(a)	8 .51, $p < .01$
5. Se siente incomprendido(a) en su familia	8 .72, $p < .01$
6. Se siente vacío(a) de cariño	7 .97, $p < .01$
7. Se siente cansado(a) de luchar por la vida	8 .83, $p < .01$
8. Se siente como encerrado(a) en sí mismo(a)	8 .74, $p < .01$
9. Se siente solo(a)	10 .38, $p < .01$
10. Se siente apartado(a) de su familia	8 .01, $p < .01$
11. Se siente abandonado(a)	5 .03, $p < .01$
12. Siente su vida vacía	7 .43, $p < .01$
13. Siente que su familia desconoce sus sentimientos	11 .92, $p < .01$
14. Se siente insatisfecho(a) con su vida	7 .02, $p < .01$
15. Siente que su familia desaprueba su manera de ser	6 .69, $p < .01$
16. Siente que su vida carece de propósito	6 .93, $p < .01$
17. Se siente desamparado(a)	7 .02, $p < .01$
18. Siente que la soledad es su única compañía	6 .68, $p < .01$
19. Siente que su vida está llena de conflictos y tristezas	9 .19, $p < .01$
20. Se siente triste	9 .62, $p < .01$

La validez de constructo del instrumento se estableció mediante un análisis factorial, con el método de ejes principales, restringido a dos factores, con rotación Varimax y se excluyeron cargas factoriales menores a .30.



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Con un índice de muestreo adecuado de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = .94) y una correlación significativa entre elementos de  $X^2 = 1908.10$  ( $p < .01$ ).

En la Tabla 25 se muestra la distribución final de los reactivos en las dos dimensiones, con cargas factoriales por encima de .39.

**Tabla 25. Agrupación factorial de los reactivos del Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL (versión breve).**

Reactivos	Dimensiones	
	Alienación familiar	Insatisfacción personal
1. Siente que solo cuenta consigo mismo(a)	.39	
2. Se siente rechazado(a)	.62	
4. Se siente aislado(a)	.57	
3. Se siente incomprendido(a) en su familia	.83	
4. Se siente vacío(a) de cariño	.75	
8. Se siente como encerrado(a) en sí mismo(a)	.43	
9. Se siente solo(a)	.48	
10. Se siente apartado(a) de su familia	.73	
11. Se siente abandonado(a)	.52	
13. Siente que su familia desconoce sus sentimientos	.65	
15. Siente que su familia desaprueba su manera de ser	.49	
3. Se siente inseguro(a) acerca de su futuro		.50
7. Se siente cansado(a) de luchar por la vida		.77
12. Siente su vida vacía		.65
14. Se siente insatisfecho(a) con su vida		.57
16. Siente que su vida carece de propósito		.52
17. Se siente desamparado(a)		.77
18. Siente que la soledad es su única compañía		.71
19. Siente que su vida está llena de conflictos tristezas		.59
20. Se siente triste		.58

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

En la Tabla 26 se muestran los valores *Alfa de Cronbach* (.95), como índice de confiabilidad, el porcentaje de la Varianza Explicada de la percepción de soledad (56.46), así como los autovalores de la calificación total del constructo, y para cada una de las dos dimensiones.

**Tabla 26. Propiedades psicométricas y medidas descriptivas del Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL (versión breve).**

	n	Número de reactivos	<i>Alfa de Cronbach</i>	Varianza Explicada	Autovalores
Soledad	134	20	.95	56.46	
<i>Alienación Familiar</i>	134	9	.91	27.14	5.89
<i>Insatisfacción personal</i>	134	11	.92	29.32	5.41

*Correlación entre variables*

A continuación se presentan las correlaciones significativas entre las habilidades sociales y la red de apoyo social, con el índice de adaptación psicológica: calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria y percepción de soledad.

Debido a que el tamaño de la muestra satisfacía el requisito para calcular correlaciones, los instrumentos fueron aplicados a una muestra de 134 adultos mayores adscritos a una clínica de salud de una institución de Seguridad Social del Estado de México.

Mediante el empleo de la prueba “r” de Pearson se calcularon las correlaciones entre las variables.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Como se muestra en la Tabla 27, para esta muestra existe una correlación leve pero significativa entre las habilidades sociales y la red de apoyo social (.203,  $p < .05$ ), así como con las variables del índice de adaptación psicológica.

**Tabla 27. Correlaciones significativas entre habilidades sociales y red de apoyo social, con el índice de adaptación psicológica.**

	Habilidades sociales	Red de apoyo social
Habilidades sociales		.203, $p < .05$
<i>Índice de adaptación psicológica</i>		
Calidad de vida	.386, $p < .01$	.347, $p < .01$
Bienestar emocional	.271, $p < .01$	.158, $p = .07$
Autoeficacia	.251, $p < .01$	.288, $p < .01$
Soledad	-.333, $p < .01$	-.227, $p < .01$

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Fase 2

*Objetivos específicos de la fase 2*

1. Comparar y examinar el impacto de un programa de intervención cognoscitivo-conductual, basado en el entrenamiento en habilidades sociales, en el grupo experimental, en las medidas de habilidades sociales, red de apoyo social, calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria y percepción de soledad, mediante una comparación intra-grupo, en la pre-medición-post-medición y seguimientos al mes y los tres meses.
2. Comparar y examinar el impacto de un programa de intervención cognoscitivo-conductual, basado en el entrenamiento en habilidades sociales, en las medidas de los componentes moleculares de las habilidades sociales de los participantes del grupo experimental, mediante comparaciones intra-sujeto, del registro conductual de las habilidades sociales de los participantes durante el desarrollo del taller.
3. Comparar y examinar el impacto del programa de intervención cognoscitivo-conductual, basado en el entrenamiento de habilidades, entre los adultos mayores del grupo experimental de intervención cognoscitivo-conductual y los que conformaron el grupo de comparación sin intervención, entre las evaluaciones pre-medición y post-medición de las variables de habilidades sociales y sus dominios, red de apoyo social, calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria y percepción de soledad.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

4. Comparar y examinar el impacto de un programa de intervención cognoscitivo-conductual, basado en el entrenamiento en habilidades sociales, en el estado de salud de los participantes del grupo experimental, mediante comparaciones intra-sujeto, de las medidas semanales de presión arterial de los participantes durante el desarrollo del taller.

*Hipótesis específicas de la fase 2*

1. Se encontrarán cambios clínicos objetivos (CCO) y diferencias significativas clínicas (SC) en las evaluaciones pre-medición-post-medición y seguimiento de los adultos mayores como efecto del programa de intervención cognoscitivo-conductual, basado en el entrenamiento en habilidades sociales, en el grupo experimental, en las medidas de habilidades sociales, red de apoyo social, calidad de vida, autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria y percepción de soledad, mediante una comparación intra-grupo.
2. Se observarán cambios en la frecuencia de los componentes conductuales de las habilidades sociales, en el comportamiento de los participantes del grupo experimental, como efecto del programa de intervención, mediante comparaciones intra-sujeto e inter-sujeto.
3. Se encontrarán diferencias significativas estadísticas en las evaluaciones pre-medición-post-medición de los adultos mayores que formaron parte del grupo experimental de intervención cognoscitivo-conductual, y no habrá suficiente evidencia estadística para encontrar diferencias en las puntuaciones pre-medición-post-medición de los participantes que conformaron el grupo de comparación sin

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

intervención, en las medidas de habilidades sociales y sus dominios, red de apoyo social, calidad de vida, autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria y percepción de soledad.

4. Mejorará el estado de salud de los participantes del grupo experimental, como efecto del programa de intervención basado en el entrenamiento de habilidades sociales, mediante la comparación intra-sujeto de las medidas semanales de presión arterial de los participantes durante el desarrollo del taller.

*Tipo de muestra*

*Grupo experimental (Ge).* Muestra no probabilística de tipo intencional por cuotas de 10 adultos mayores que viven en la zona metropolitana de México, con un nivel bajo, leve o moderado de habilidades sociales.

*Grupo de comparación sin intervención (Gc).* Muestra no probabilística de tipo intencional por cuotas de 10 adultos mayores que viven en la zona metropolitana de México, con un nivel bajo, leve o moderado de habilidades sociales.

*Participantes*

Participaron 20 adultos mayores distribuidos en dos grupos e igualados en el nivel de habilidades sociales y sexo, que cumplieran con los siguientes criterios:

*Grupo experimental (Ge).* Constituido por 10 adultos mayores asistentes a consulta médica a una clínica de salud de una institución de Seguridad Social y a Casas de la Tercera Edad de la zona metropolitana de México, con nivel bajo, leve o moderado de habilidades sociales.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Grupo de comparación sin intervención (Gc).* Integrado por 10 adultos mayores con características de nivel de habilidades sociales y sexo igualadas a los adultos mayores que conformaron el grupo experimental, como se muestra en la Tabla 28. Excepto el participante 12, cuyo puntaje de habilidades sociales se encontraba 2.87 puntos por debajo del nivel leve, es decir, del nivel de habilidades sociales en el que se ubicaba el otro miembro de su diada.

Los rangos de los niveles de habilidades sociales fueron establecidos con base a una desviación estándar a partir de la media, en una muestra de 234 adultos mayores mexicanos. Donde se obtuvieron los siguientes rangos: a) bajo (0 – 43.70 bajo), b) leve (43.71 - 66.12), c) moderado (66.13 - 88.53), y d) alto (88.54-100).

**Tabla 28. Características de los participantes del grupo experimental y el grupo de comparación.**

<i>Participante</i>	<i>Grupo experimental</i>	<i>Nivel de habilidades sociales</i>	<i>Participante</i>	<i>Grupo de comparación sin intervención</i>	<i>Nivel de habilidades sociales</i>
1	Mujer de 69 años	bajo	11	Mujer de 69 años	bajo
2	Mujer de 76 años	leve	12	Mujer de 63 años	bajo
3	Hombre de 81 años	leve	13	Hombre de 83 años	leve
4	Mujer de 73 años	leve	14	Mujer de 65 años	leve
5	Mujer de 66 años	leve	15	Mujer de 67 años	leve
6	Mujer de 83 años	leve	16	Mujer de 70 años	leve
7	Mujer de 75 años	leve	17	Mujer de 61 años	leve
8	Mujer de 67 años	moderado	18	Mujer de 76 años	moderado
9	Mujer de 64 años	moderado	19	Mujer de 62 años	moderado
10	Mujer de 64 años	moderado	20	Mujer de 64 años	moderado

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Además, con el propósito de garantizar el comportamiento homogéneo del grupo experimental y el grupo de comparación sin intervención en la variable de habilidades sociales, se aplicó una prueba “t” de Student, para probar si existían diferencias significativas; encontrándose un valor de 0.306,  $p > .05$ . Por lo que no hubo suficiente evidencia estadística para afirmar que el comportamiento en las habilidades sociales fuera diferente dependiendo del grupo al que pertenecen los individuos.

*Criterios de inclusión*

Son comunes para los dos grupos: a) por lo menos 60 años de edad, b) preferentemente alfabetos, c) informar de su consentimiento para ser evaluados y participar en un programa de intervención, para el grupo experimental, d) sin mostrar deterioro físico aparente, e) sin deterioro cognoscitivo, f) sin depresión, y g) tener un nivel de habilidades sociales bajo, leve o moderado.

*Aparatos*

1. Baumanómetro mecánico y estetoscopio.
2. Cuatro cámaras de video.

*Escenario*

La aplicación de la intervención se realizó en los espacios facilitados por las autoridades de tres sedes: clínica de salud de una institución de Seguridad Social del Estado de México, Casas de la Tercera Edad “El Ahuehuate” y “Emma Godoy” de la Ciudad de México.



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Se cuidó que la aplicación fuera homogénea para todos los participantes, asimismo se controlaron las variables extrañas que pudieran interferir en la aplicación, tales como ruido, interrupciones, distracción y fatiga.

*Procedimiento*

1. Se realizó la evaluación pre-medición de las habilidades sociales, la red de apoyo social y el índice de adaptación psicológica. Mediante la aplicación, tipo entrevista, de los instrumentos, en sesiones individuales, donde el tiempo fue libre en el sentido de no utilizar ensayos discretos, pero controlado con un máximo de 60 minutos.
2. Para determinar la ausencia de deterioro cognoscitivo se aplicaron las cinco preguntas de orientación temporal (día de la semana, fecha, mes, año y estación del año) del *Mini-Mental State Examination* (MMSE). Con base en las cuales, se descartaron a los individuos que contestaron incorrectamente al menos a una de esas preguntas.
3. Para determinar la ausencia de depresión severa se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), con base en la cual se eliminaron, como participantes del grupo experimental y del grupo de comparación, a los individuos con altos niveles de depresión.
4. Se eligieron a los adultos mayores con habilidades bajas, leves o moderadas, sin deterioro cognoscitivo y sin depresión, y se les invitó a formar parte del grupo experimental de intervención a 10 adultos mayores.
5. Una vez conformado el grupo experimental, se integró el grupo de comparación sin intervención por 10 adultos mayores con habilidades sociales bajas, leves o

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

moderadas, sin deterioro cognoscitivo y sin depresión. Igualados a los participantes del grupo experimental en el nivel de habilidades sociales y el sexo.

6. Los 10 adultos mayores otorgaron su consentimiento de participación, para completar los instrumentos de evaluación pre-medición-post-medición y seguimientos en el grupo experimental; mientras que los 10 adultos mayores del grupo de comparación, también otorgaron su consentimiento informado para completar los instrumentos en dos momentos igualados a la pre y post-medición del grupo experimental.
7. Los participantes del grupo experimental asistieron y participaron en el taller. Haciendo saber a los participantes que en cualquier momento tenían la libertad de abandonar el programa, así como las ventajas y beneficios de continuar en el mismo.
8. Se desarrolló el programa de intervención previamente planeado, tal como se observa en la Tabla 2.
9. El desarrollo de taller se llevó a cabo con base en los lineamientos establecidos en el Protocolo del Taller de Habilidades Sociales en Adultos Mayores (Anexo 12).
10. Para evaluar el impacto de la intervención en el estado de salud, durante el desarrollo del programa se midió cada semana el nivel de presión arterial de los participantes del grupo experimental:
  - a. La medición fue realizada por un investigador, con entrenamiento y experiencia previa en la toma de presión arterial, empleando un baumanómetro mecánico.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

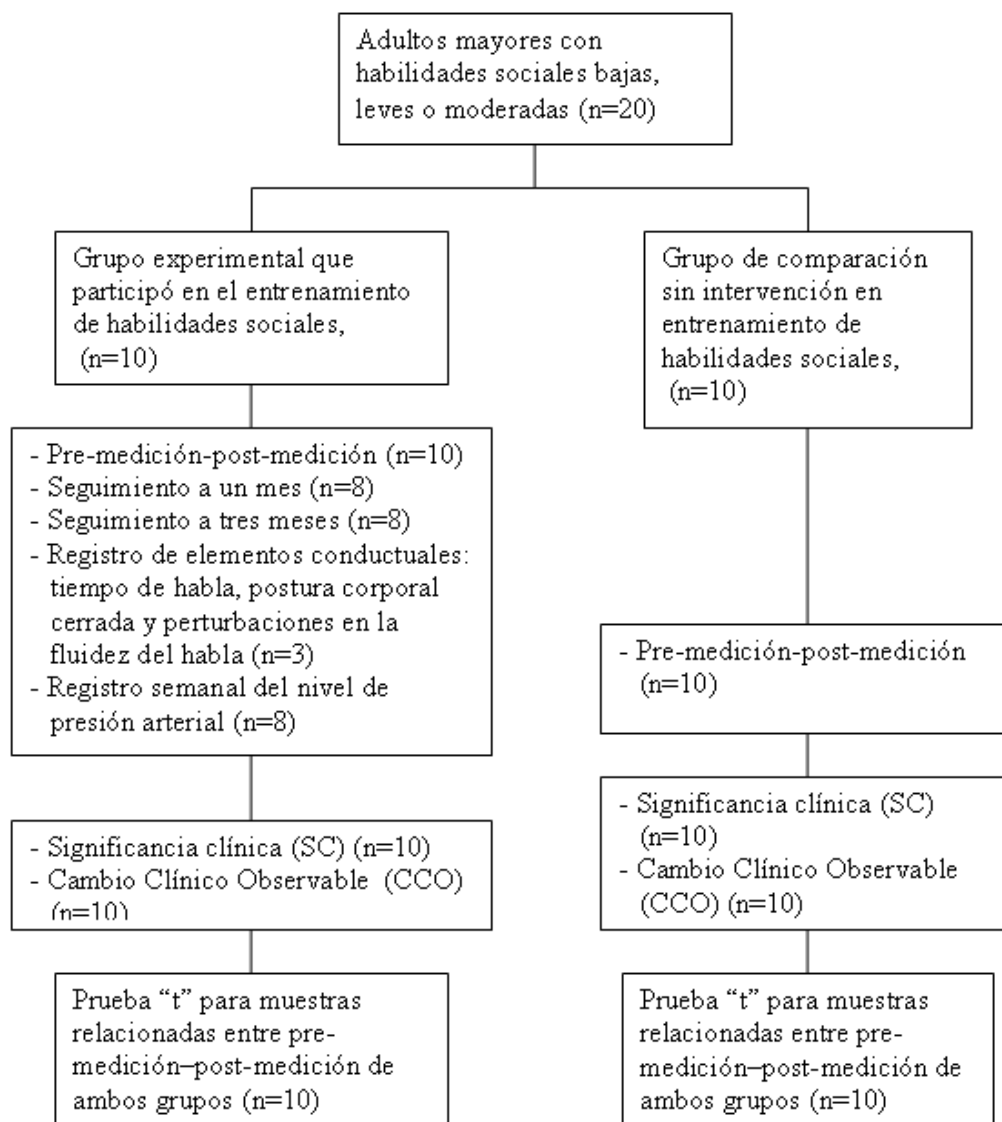
- b. Para la medición de la presión arterial, se esperaba 10 minutos de reposo desde el arribo de cada participante a la sede del programa, con el fin de minimizar la interferencia de la agitación física en la toma de presión.
  - c. En los casos en los que la presión arterial diastólica y/o sistólica era demasiado baja o elevada se repitió la operación, con el fin de garantizar una medida confiable.
  - d. Los valores de la presión arterial diastólica y sistólica fueron registrados en formatos individuales (Anexo 10).
11. Se grabó en video cada sesión para la posterior evaluación conductual de los componentes conductuales molares de las habilidades sociales: tiempo de habla, postura corporal accesible y perturbaciones en la fluidez del habla (Anexo 11):
- a. El registro de los elementos fue por cada uno de los 10 participantes del grupo experimental.
  - b. Los elementos moleculares de las habilidades sociales, de los participantes del grupo experimental, se realizaron con base en sus intervenciones orales durante el cierre de cada sesión.
    - Tiempo de habla. Es el tiempo que duraban las intervenciones orales de cada participantes durante el cierre y fue registrado en segundos.
    - Postura corporal accesible. Es el tiempo, registrado en segundos, que los participantes mantenían una postura corporal accesible (ambos brazos a los lados del cuerpo, ambas manos abiertas y pies paralelos).

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

- Perturbaciones en la fluidez del habla. Son el número de perturbaciones presentes en el discurso de los participantes durante sus intervenciones orales en el cierre.
12. Una vez concluido en su totalidad el programa de intervención, se evaluaron integralmente sus efectos en las habilidades sociales, la red de apoyo social y el índice de adaptación psicológica, en los participantes del grupo experimental, mediante una evaluación post-medición aplicando un procedimiento igual al pre-medición.
  13. Entre los participantes del grupo experimental y el grupo de comparación sin intervención, se compararon los efectos del programa de intervención cognoscitivo-conductual basado en el entrenamiento en habilidades sociales, sobre el fortalecimiento de las redes de apoyo social, la adquisición de nuevas habilidades sociales y en el índice de adaptación psicológica integrado por las medidas de: calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria, la percepción de soledad y el estado de salud medido a través de la presión arterial.
  14. Se llevaron a cabo los seguimientos, en el grupo experimental, al mes y a tres meses de haber concluido la intervención, mediante un procedimiento igual al de la pre-medición-post-medición.

En el diagrama de flujo de la Figura 6 se muestra una síntesis del proceso de desarrollo de la Fase 2.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**



**Figura 6. Diagrama de flujo de proceso de la Fase 1.**

*Componentes de la intervención*

Para evaluar los efectos de la intervención se estableció individualmente una pre-evaluación en cuanto a las habilidades sociales, así como las redes de apoyo social de los adultos mayores participantes, índice de adaptación psicológica y nivel presión arterial en la sangre.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Se aplicó la intervención desde un enfoque cognoscitivo-conductual, que constó del entrenamiento de habilidades sociales, es decir, un programa dirigido a la adquisición de estrategias para llevarse bien con las demás personas que rodean a un individuo y solucionar adecuadamente los problemas que se le presentan.

Dicho programa consideró doce dimensiones que, de acuerdo con Caballo (1993), son las habilidades sociales que han sido las más estudiadas: a) hacer cumplidos; b) aceptar cumplidos; c) hacer peticiones; d) expresar amor, agrado y afecto; e) iniciar y mantener conversaciones; f) defender los propios derechos; g) rechazar peticiones; h) expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo; i) expresión justificada de molestia, desagrado o enfado; j) petición de cambio de conducta en el otro; k) disculparse o admitir ignorancia; y l) afrontar las críticas.

El número de sesiones fue de once, con una duración de 90 minutos cada una.

Se llevó a cabo una primera sesión de presentación en la que se realizaron las siguientes actividades:

1. Se expuso a los participantes el objetivo de la intervención.
2. Se propició la empatía entre los participantes y el entrevistador, mediante la convivencia y la charla.
3. Se proporcionó un entrenamiento en relajación mediante respiración diafragmática.

Cada una de las sesiones de intervención comprendió una estructura como la que se presenta a continuación, en la Tabla 29.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

**Tabla 29. Estructura de las sesiones de la intervención cognoscitivo-conductual.**

Actividad	Objetivo	Tiempo
Bienvenida y entrega de registro de actividades y tareas.	Generar empatía para la sesión y la tarea.	5 minutos
Medición fisiológica	Obtener la medida presión arterial de los participantes (una vez por semana).	10 minutos
Relajación	Relajación mediante la técnica diafragmática.	5 minutos
Indicaciones y dudas	Que los participantes conozcan la habilidad que se trabajaría esa sesión y la manera en que se realizaría.	5 minutos
Integración de los equipos de trabajo	Conformar grupos de trabajo de tres o cuatro integrantes cada uno, distintos para cada sesión.	45 minutos
Desarrollo de la Técnica	Los participantes y el investigador llevaron a cabo la técnica programada para el tema, como parte de la intervención.	
Retroalimentación y cierre	Reforzar la participación de los individuos y hacer aclaraciones respecto de su comportamiento y de las dudas generadas durante la realización de la técnica. Se les indicó las tareas para realizar en casa, dependiendo del tipo de actividad.	20 minutos

Durante las sesiones de intervención se trabajó en equipos de tres o cuatro integrantes para facilitar la participación de los individuos. La conformación de dichos equipos fue realizada de manera aleatoria mediante un sorteo.

Como parte del entrenamiento, se llevaron a cabo nueve sesiones con componentes cognoscitivo-conductuales para la adquisición de habilidades sociales que incluyeron: entrenamiento en relajación, re-estructuración cognoscitiva, imaginación guiada, modelamiento, moldeamiento, apoyo en tareas, juego de roles, reforzamiento (basado en Caballo, 1993), en el orden en que se muestran en la Tabla 30.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

**Tabla 30. Técnicas de la intervención cognoscitivo-conductual de habilidades sociales por sesión.**

Sesión	Habilidad Social	Técnica (s)
2	Expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo.	Reestructuración cognoscitiva y juego de roles con moldeamiento.
3	Hacer cumplidos. Aceptar cumplidos.	Modelamiento, juego de roles con moldeamiento.
4	Hacer peticiones. Rechazar peticiones.	Reestructuración cognoscitiva y juego de roles con moldeamiento.
5	Expresar amor, agrado y afecto.	Reestructuración cognoscitiva, y juego de roles con modelamiento.
6	Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado. Petición de cambio de conducta del otro.	Reestructuración cognoscitiva y juego de roles con moldeamiento.
7	Defender los propios derechos.	Imaginación guiada y juego de roles con moldeamiento.
8	Afrontar las críticas. Disculparse o admitir ignorancia.	Reestructuración cognoscitiva y juego de roles con moldeamiento.
9	Iniciar y mantener conversaciones.	Modelamiento y juego de roles con moldeamiento.

En todas las sesiones se empleó adicionalmente la técnica del reforzamiento verbal, para propiciar el desarrollo y mantenimiento de las habilidades sociales y la participación.

En la última sesión (décima) se realizó el cierre del entrenamiento, en la cual se dio un resumen de los elementos incluidos en el programa y retroalimentación general acerca del mismo.

La descripción detallada de la intervención, es decir, el Taller de Habilidades Sociales para Adultos Mayores se puede consultar en el Anexo 12.



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Resultados de la fase 2

*Resultados de la intervención*

Para calcular el grado de significación de los cambios de las variables de habilidades sociales, red de apoyo social, calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria y soledad, se emplearon los criterios de Cambio Clínico Objetivo (CCO), el nivel de Significancia Clínica (SC) y el nivel de significancia estadística mediante una prueba “t” de Student para muestras relacionadas.

1. Para calcular si el cambio de comportamiento de cada participante era significativo con respecto a su propio comportamiento, del pre-medición al pos-test, se empleó el criterio de Cambio Clínico Objetivo (CCO), el cual se obtiene con la siguiente fórmula (Cardiel, 1994):

$$CCO = \frac{Pos - Pre}{Pre}$$

Donde:

Pre = puntuación del participante en la pre-medición.

Pos = puntuación del participante en la post-medición.

Cuyo resultado, con base en el criterio propuesto por Cardiel (1994), con un punto de corte mayor o igual a .20 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; y un punto de corte menor o igual a -.20, significa que hubo un CCO negativo.

2. Para evaluar la significancia del efecto de la intervención en el nivel de habilidades sociales, red de apoyo social y las variables componentes del índice de adaptación

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

psicológica, se calculó el punto de corte del nivel de Significancia Clínica (SC) del grupo experimental, en comparación con un grupo funcional con un nivel de habilidades sociales de moderado a alto. Para ello se empleó la siguiente fórmula (Jacobson, 1991):

$$\frac{S_0 M_1 + S_1 M_0}{S_0 + S_1}$$

Donde:

$M_0$  = Media del grupo funcional (participantes con niveles moderado y alto de habilidades sociales).

$S_0$  = Desviación estándar del grupo funcional (participantes con niveles moderado y alto de habilidades sociales).

$M_1$  = Promedio de medias del grupo experimental y grupo de comparación sin intervención en la pre-medición.

$S_1$  = Promedio de las desviaciones estándar del grupo experimental y del grupo de comparación sin intervención en la pre-medición.

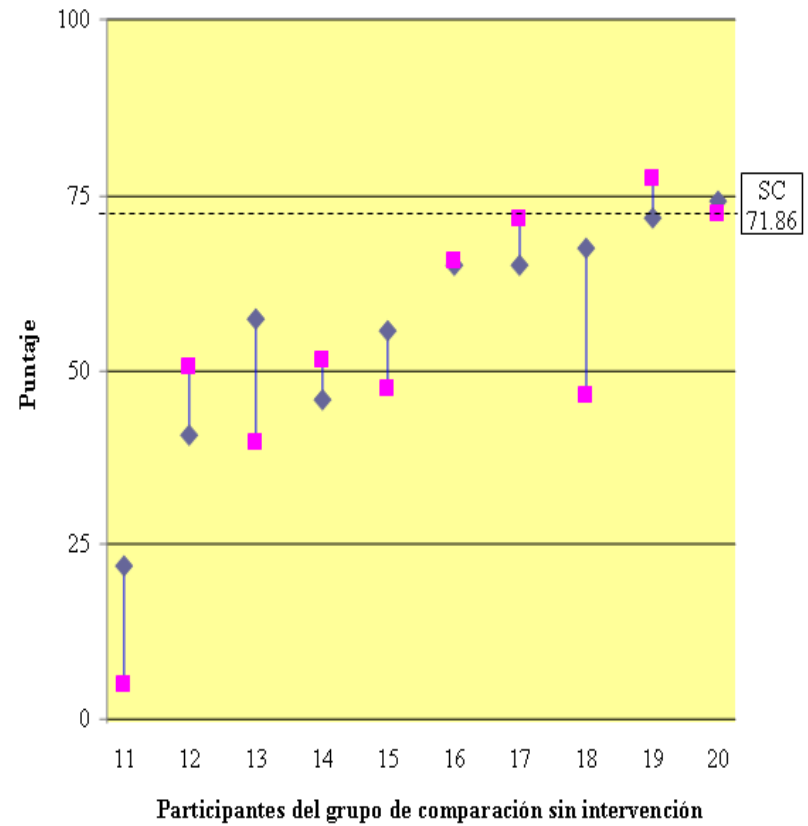
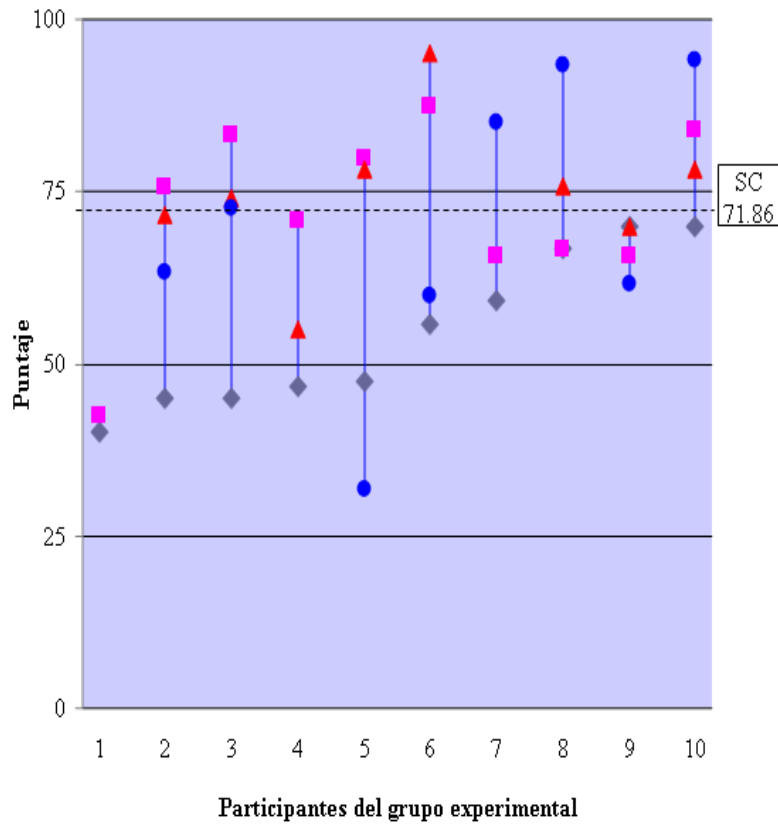
3. Con el fin de analizar si los cambios en habilidades sociales y las otras variables de estudio en el grupo experimental se debían al efecto de la intervención cognoscitivo-conductual, basada en el entrenamiento de habilidades sociales, se empleó la “t” de Student para muestras relacionadas, entre las evaluaciones pre-medición-post-medición, aplicada una prueba “t” al grupo experimental y otra prueba “t” al grupo de comparación sin intervención.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

A continuación se presentan los análisis de los resultados del grupo experimental y del grupo de comparación en cada una de las variables incluidas en el estudio.

*Habilidades sociales*

Respecto del efecto de la intervención cognoscitivo-conductual basada en el entrenamiento de habilidades sociales, como se puede observar en la Figura 7, seis de los 10 participantes del grupo experimental exhibieron cambios positivos significativos entre sus evaluaciones de la pre-medición la post-medición, con base en el criterio de CCO (participantes: 2, 3, 4, 5, 6 y 10); y por otro lado, en el grupo de comparación sin intervención únicamente la participante 12 presentó un CCO significativo. Por su parte, los cambios en cinco de los participantes del grupo experimental fueron suficientemente amplios para mostrar puntuaciones, en la post-medición, que cruzaron el nivel de Significancia Clínica (SC) (participantes: 2, 3, 5, 6 y 10), y sólo el participante 19, del grupo de comparación, presentó un cambio que cruzó el nivel de SC. Además, en los seguimientos, hubo cambios por encima del nivel de SC en cinco de los participantes del grupo experimental en el seguimiento a un mes (participantes: 3, 5, 6, 8 y 10), y en cuatro de los participantes en el seguimiento a los tres meses (participantes: 3, 7, 8 y 10).



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Pre-test	40	45	45	46.67	47.5	55.83	59.17	66.67	70	70
■ Post-test	42.5	75.83	83.33	70.83	80	87.5	65.83	66.67	65.83	84.17
▲ 1 Mes		71.67	74.17	55	78.33	95		75.83	70	78.33
● 3 Meses		63.33	72.5		31.67	60	85	93.33	61.67	94.17
CCO	0.06	0.69*	0.85*	0.52*	0.68*	0.57*	0.11	0.00	-0.06	0.20*

SC= Nivel de Significancia Clínica \* = Cambio Clínico Objetivo Positivo Significativo (CCO)

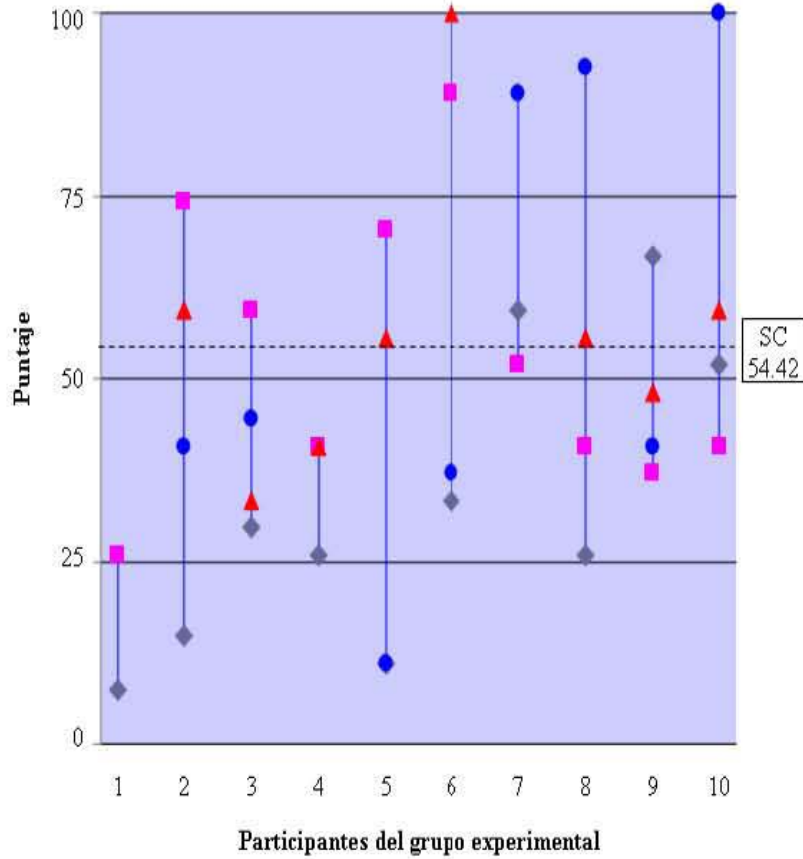
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
◆ Pre-test	21.67	40.83	57.5	45.83	55.83	65	65	67.5	71.67	74.17
■ Post-test	5	50.83	40	51.67	47.5	65.83	71.67	46.67	77.5	72.5
▲ 1 Mes										
● 3 Meses										
CCO	-0.77	0.24*	-0.30	0.13	-0.15	0.01	0.10	-0.31	0.08	-0.02

SC= Nivel de Significancia Clínica \* = Cambio Clínico Objetivo Positivo Significativo (CCO)

**Figura 7. Evaluaciones pre-medición-post-medición y seguimientos de las habilidades sociales de ambos grupos.**

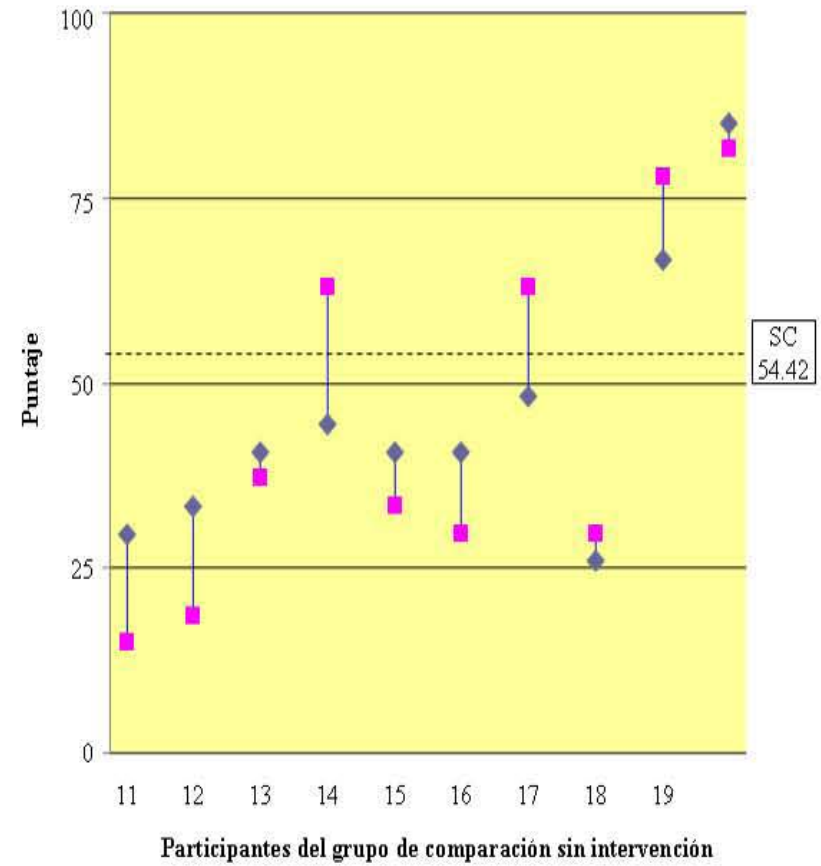
**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Por su parte, en los cinco dominios o factores que constituyen las habilidades sociales medidas a través del CHaSAM, en el dominio de hacer peticiones (Figura 8) siete de los 10 participantes del grupo experimental (1, 2, 3, 4, 5, 6 y 8) exhibieron Cambios Clínicos Objetivos (CCO) significativos, y sólo dos de los participantes del grupo de comparación sin intervención mostraron CCO significativos (participantes: 14 y 17). Por otra parte, cuatro de los participantes del grupo experimental mostraron cambios positivos que cruzaron el nivel de Significancia Clínica (SC) en la post-medición (participantes: 2, 3, 5 y 6), y únicamente dos de los participantes del grupo de comparación presentaron cambios significativos pre-post-medición con respecto a la SC (participantes: 14 y 17). Además, en los seguimientos, hubo cambios por encima del nivel de SC en cinco de los participantes del grupo experimental en el seguimiento a un mes (participantes: 2, 5, 6, 8 y 10), y en tres de los participantes en el seguimiento a los tres meses (participantes: 7, 8 y 10).



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Pre-test	7.41	14.81	29.63	25.93	11.11	33.33	59.26	25.93	66.67	51.85
■ Post-test	25.93	74.07	59.26	40.74	70.37	88.89	51.85	40.74	37.04	40.74
▲ 1 Mes		59.26	33.33	40.74	55.56	100		55.56	48.15	59.26
● 3 Meses		40.74	44.44		11.11	37.04	88.89	92.59	40.74	100
CCO	2.50*	4.00*	1.00*	0.57*	5.33*	1.57*	-0.13	0.57*	-0.44	-0.21

SC= Nivel de Significancia Clínica \* = Cambio Clínico Objetivo Positivo Significativo (CCO)



	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
◆ Pre-test	29.63	33.33	40.74	44.44	40.74	40.74	48.15	25.93	66.67	85.19
■ Post-test	14.81	18.52	37.04	62.96	33.33	29.63	62.96	29.63	77.78	81.48
▲ 1 Mes										
● 3 Meses										
CCO	-0.50	-0.44	-0.09	0.42*	-0.18	-0.27	0.31*	0.14	0.17	-0.04

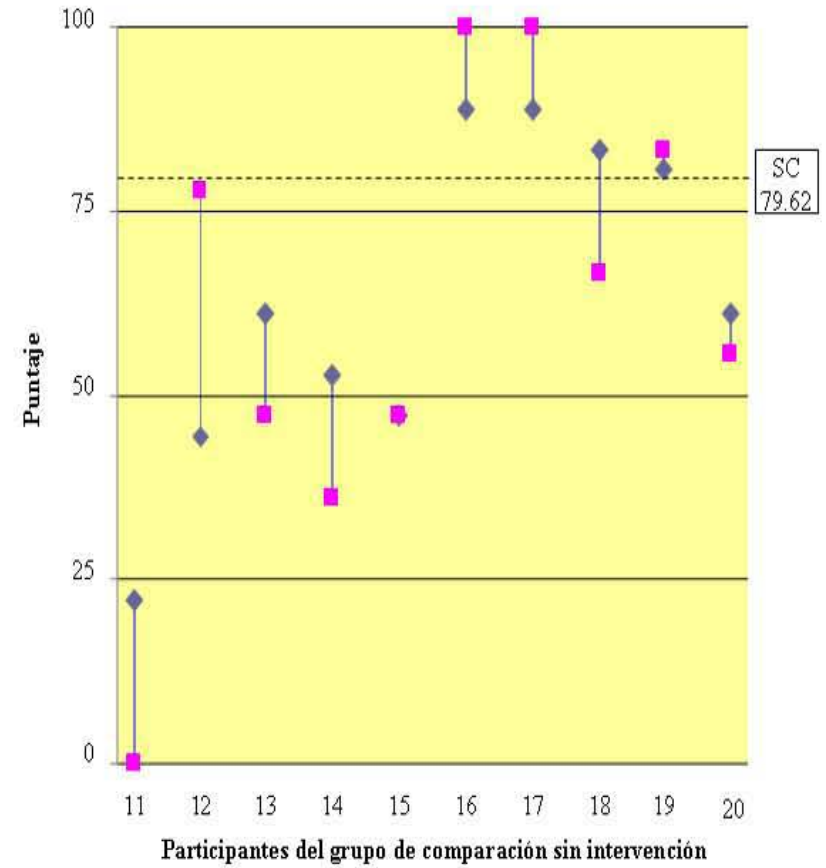
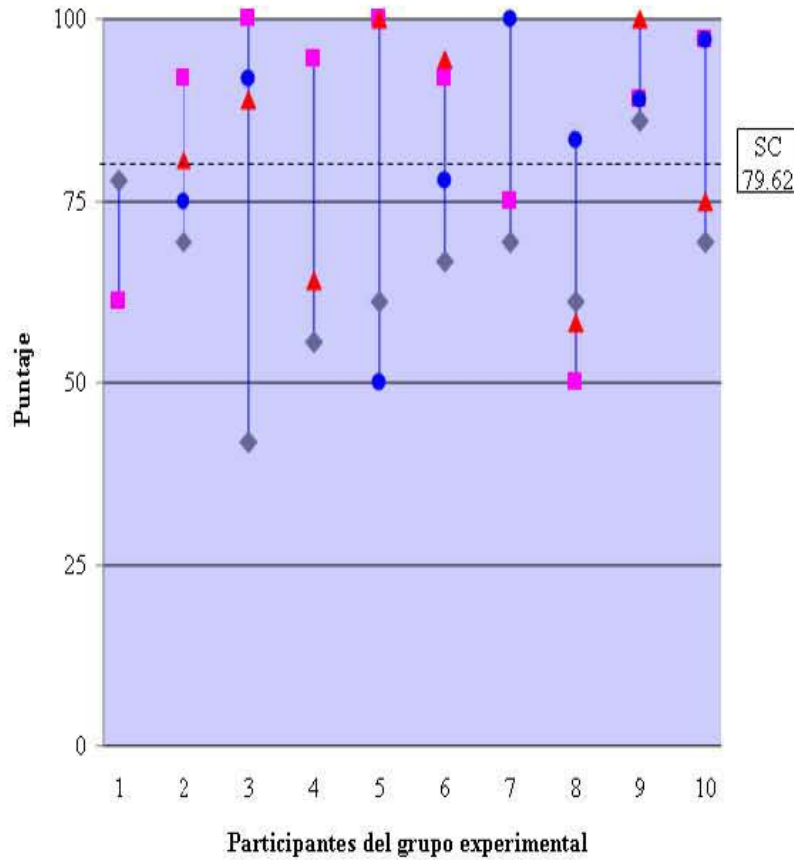
SC= Nivel de Significancia Clínica \* = Cambio Clínico Objetivo Positivo Significativo (CCO)

**Figura 8. Evaluaciones pre-medición-post-medición y seguimientos del dominio hacer peticiones de ambos grupos.**

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

En el dominio de “expresar amor, agrado y afecto”, como se observa en la Figura 9, seis de los participantes del grupo experimental (2, 3, 4, 5, 6 y 10) exhibieron Cambios Clínicos Objetivos (CCO) significativos entre la pre-medición y la post-medición, mismos que también cruzaron el nivel de Significacia Clínica (SC), y únicamente la participante 12 del grupo de comparación sin intervención mostró un CCO significativo, pero ninguno de ellos mostró cambios con respecto de la SC. Además, en los seguimientos, hubo cambios por encima del nivel de SC en cuatro de los participantes del grupo experimental en el seguimiento a un mes (participantes: 2, 3, 5 y 6), y en cuatro de los participantes en el seguimiento a los tres meses (participantes: 3, 7, 8 y 10).





	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Pre-test	77.78	69.44	41.67	55.56	61.11	66.67	69.44	61.11	86.11	69.44
■ Post-test	61.11	91.67	100	94.44	100	91.67	75	50	88.89	97.22
▲ 1 Mes		80.56	88.89	63.89	100	94.44		58.33	100	75
● 3 Meses		75	91.67		50	77.78	100	83.33	88.89	97.22
CCO	-0.21	0.32*	1.40*	0.70*	0.64*	0.37*	0.08	-0.18	0.03	0.40*

SC= Nivel de Significancia Clínica \* = Cambio Clínico Objetivo Positivo Significativo (CCO)

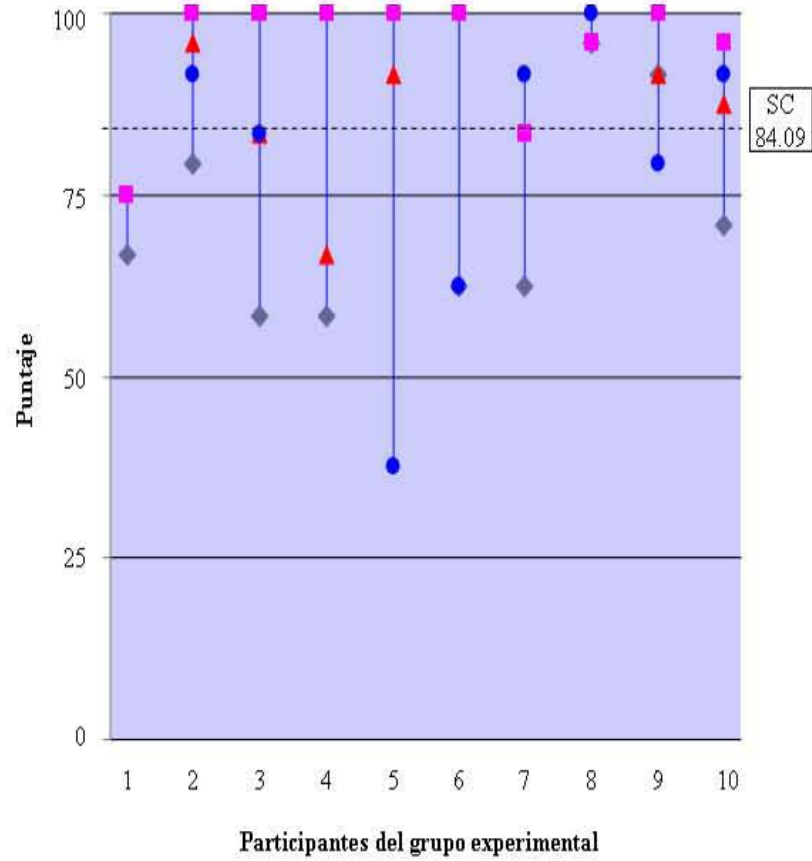
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
◆ Pre-test	22.22	44.44	61.11	52.78	47.22	88.89	88.89	83.33	80.56	61.11
■ Post-test	0	77.78	47.22	36.11	47.22	100	100	66.67	83.33	55.56
▲ 1 Mes										
● 3 Meses										
CCO	-1.00	0.75*	-0.23	-0.32	0.00	0.12	0.12	-0.20	0.03	-0.09

SC= Nivel de Significancia Clínica \* = Cambio Clínico Objetivo Positivo Significativo (CCO)

**Figura 9. Evaluaciones pre-medición-post-medición y seguimientos del dominio expresar amor, agrado y afecto de ambos grupos.**

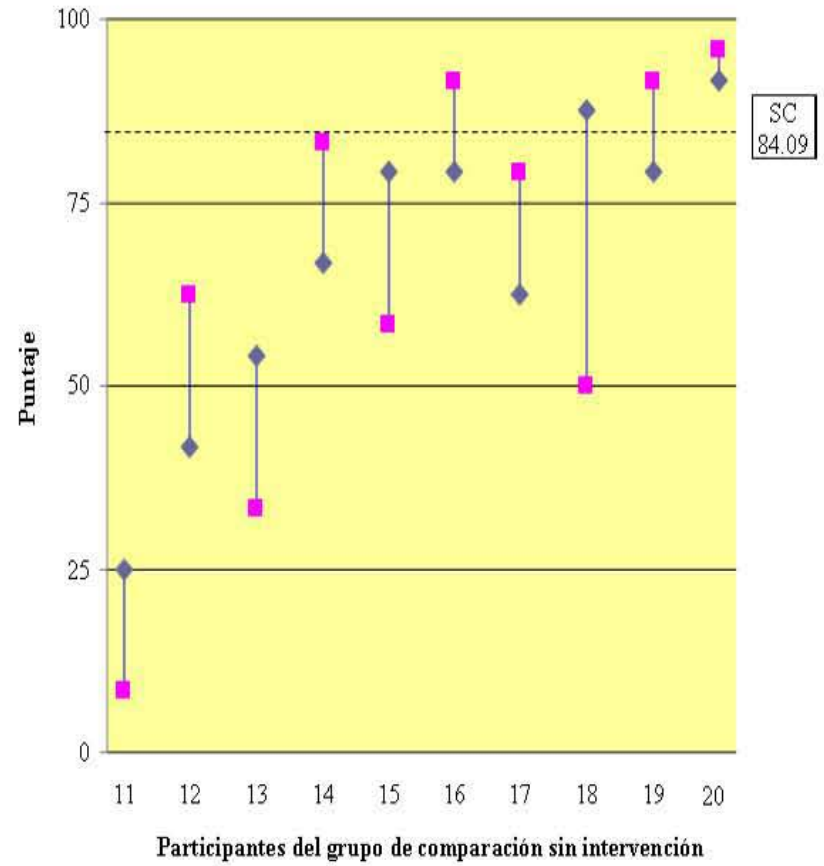
**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

En el dominio “dar ayuda”, como se muestra en la Figura 10, seis de los participantes del grupo experimental exhibieron Cambios Clínicos Objetivos (CCO) significativos entre pre-medición-post-medición (participantes: 2, 3, 4, 6, 7 y 10), y sólo tres de los participantes del grupo de comparación sin intervención mostraron CCO significativos (participantes: 12, 14 y 17). Por su parte, cinco de los participantes del grupo experimental (participantes: 2, 3, 4, 6 y 10) mostraron cambios positivos en la post-medición que cruzaron el nivel de Significancia Clínica (SC), y únicamente dos de los participantes del grupo de comparación sin intervención mostraron cambios significativos con respecto de la SC (participantes: 16 y 19). Además, en los seguimientos, hubo cambios por encima del nivel de SC en tres de los participantes del grupo experimental en el seguimiento a un mes (participantes: 2, 6 y 10), y en tres de los participantes en el seguimiento a los tres meses (participantes: 2, 7 y 10).



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Pre-test	66.67	79.17	58.33	58.33	100	62.5	62.5	95.83	91.67	70.83
■ Post-test	75	100	100	100	100	100	83.33	95.83	100	95.83
▲ 1 Mes		95.83	83.33	66.67	91.67	100		100	91.67	87.5
● 3 Meses		91.67	83.33		37.5	62.5	91.67	100	79.17	91.67
CCO	0.12	0.26*	0.71*	0.71*	0.00	0.60*	0.33*	0.00	0.09	0.35*

SC= Nivel de Significancia Clínica \* = Cambio Clínico Objetivo Positivo Significativo (CCO)



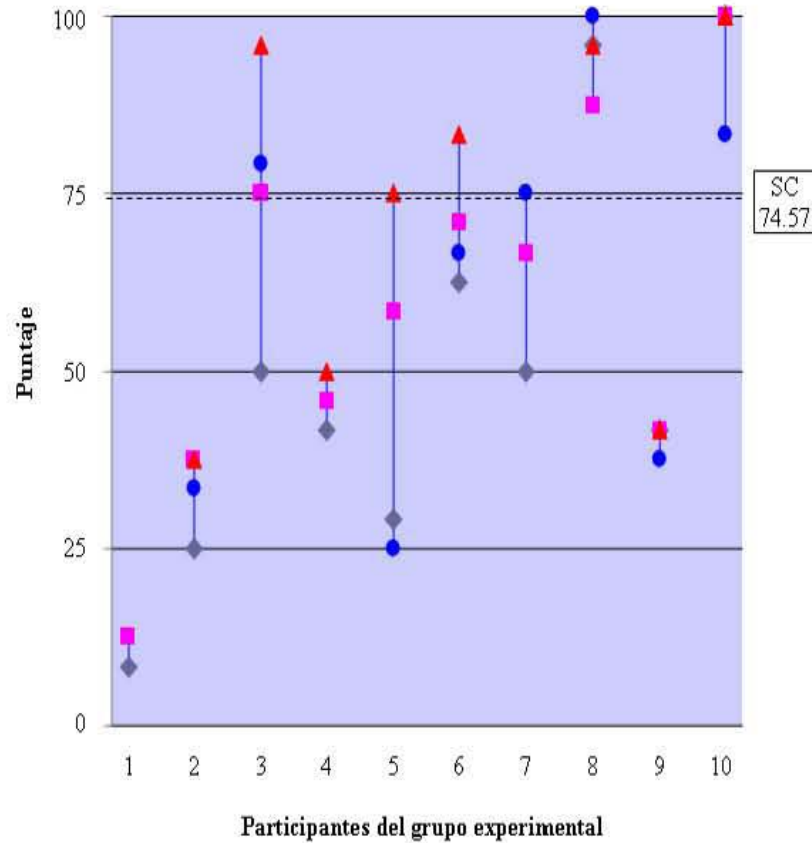
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
◆ Pre-test	25	41.67	54.17	66.67	79.17	79.17	62.5	87.5	79.17	91.67
■ Post-test	8.33	62.5	33.33	83.33	58.33	91.67	79.17	50	91.67	95.83
▲ 1 Mes										
● 3 Meses										
CCO	-0.67	0.50*	-0.38	0.25*	-0.26	0.16	0.27*	-0.43	0.16	0.05

SC= Nivel de Significancia Clínica \* = Cambio Clínico Objetivo Positivo Significativo (CCO)

Figura 10. Evaluaciones pre-medición-post-medición y seguimientos del dominio dar ayuda de ambos grupos.

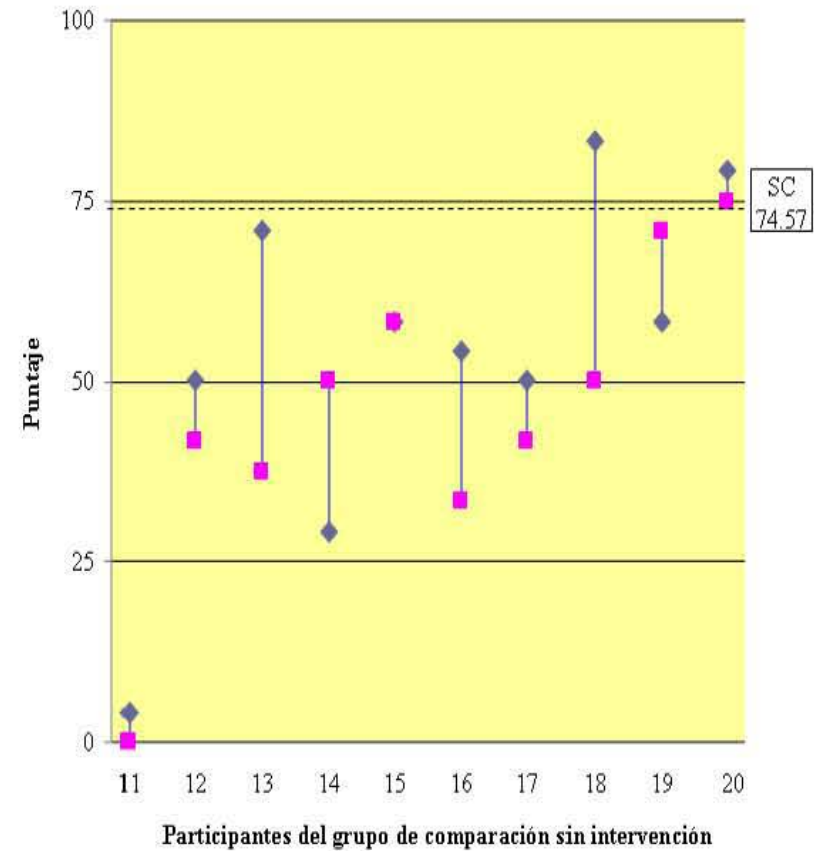
**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Como se muestra en la Figura 11, en el dominio “expresar opiniones”, cinco de los participantes del grupo experimental exhibieron Cambios Clínicos Objetivos (CCO) significativos pre-medición-post-medición (participantes: 1, 2, 3, 5 y 7), y únicamente dos de los participantes del grupo de comparación sin intervención mostraron CCO significativos (participantes: 14 y 19). Por su parte, el participante 3 del grupo con intervención presentó un cambio positivo que cruzó en la post-medición el nivel de Significancia Clínica (SC), y ninguno de los participantes del grupo de comparación sin intervención mostró cambios significativos con respecto de la SC. Además, en los seguimientos, hubo cambios por encima del nivel de SC en tres de los participantes del grupo experimental en el seguimiento a un mes (participantes: 3, 5 y 6), y en dos de los participantes en el seguimiento a los tres meses (participantes: 3 y 7).



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Pre-test	8.33	25	50	41.67	29.17	62.5	50	95.83	41.67	100
■ Post-test	12.5	37.5	75	45.83	58.33	70.83	66.67	87.5	41.67	100
▲ 1 Mes		37.5	95.83	50	75	83.33		95.83	41.67	100
● 3 Meses		33.33	79.17		25	66.67	75	100	37.5	83.33
CCO	0.50*	0.50*	0.50*	0.10	1.00*	0.13	0.33*	-0.09	0.00	0.00

SC= Nivel de Significancia Clínica \* = Cambio Clínico Objetivo Positivo Significativo (CCO)



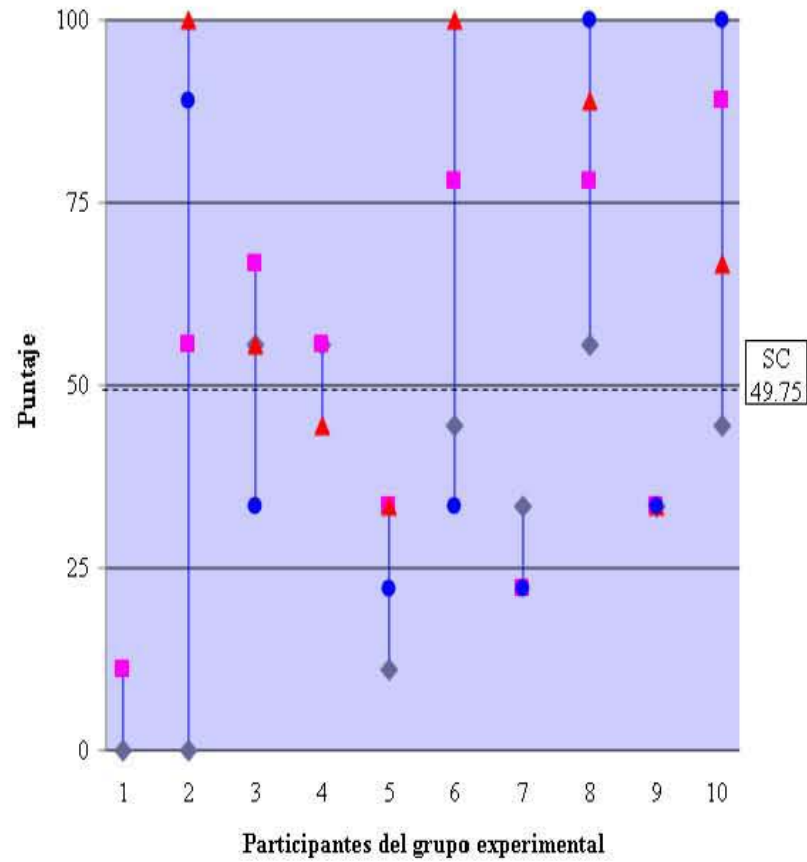
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
◆ Pre-test	4.17	50	70.83	29.17	58.33	54.17	50	83.33	58.33	79.17
■ Post-test	0	41.67	37.5	50	58.33	33.33	41.67	50	70.83	75
▲ 1 Mes										
● 3 Meses										
CCO	-1.00	-0.17	-0.47	0.71*	0.00	-0.38	-0.17	-0.40	0.21*	-0.05

SC= Nivel de Significancia Clínica \* = Cambio Clínico Objetivo Positivo Significativo (CCO)

**Figura 11. Evaluaciones pre-medición-post-medición y seguimientos del dominio expresar opiniones y defender derechos de ambos grupos.**

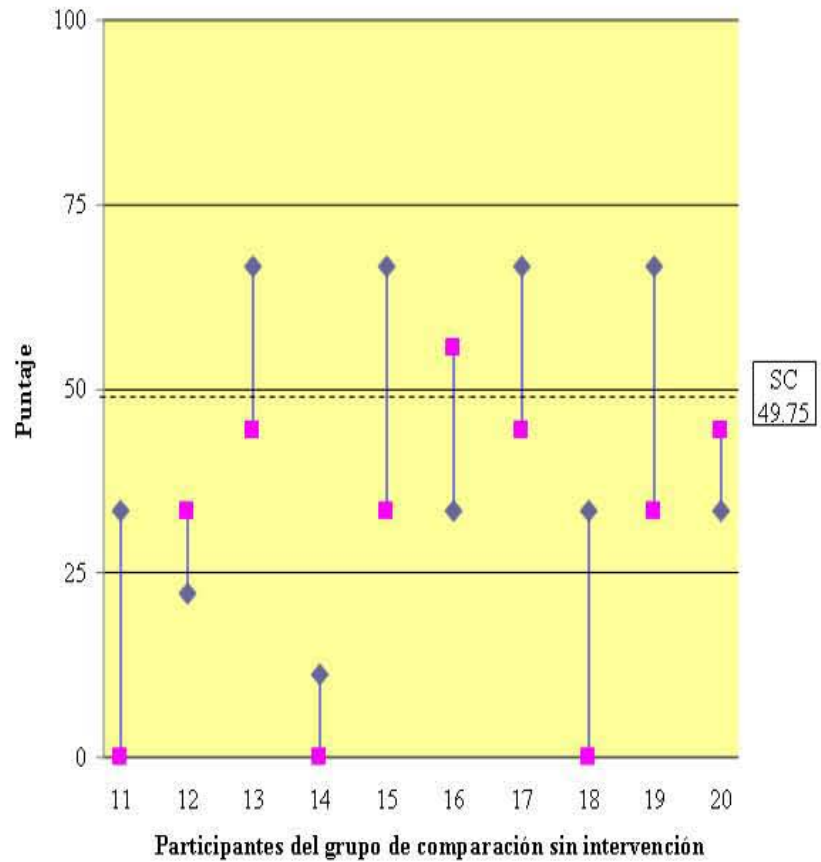
**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

En el dominio “iniciar conversaciones”, como se muestra en la Figura 12, siete de los participantes del grupo experimental exhibieron Cambios Clínicos Objetivos (CCO) pre-medición-post-medición significativos (participantes: 1, 2, 3, 5, 6, 8 y 10), y únicamente tres de los participantes del grupo de comparación sin intervención mostraron CCO significativos (participantes: 12, 16 y 20). Por su parte, tres de los participantes del grupo experimental (2, 6, y 10) mostraron cambios positivos en la post-medición, que cruzaron el nivel de Significancia Clínica (SC), y sólo la participante 16 del grupo de comparación mostró cambios significativos con respecto a la SC. Además, en los seguimientos, hubo cambios por encima del nivel de SC en tres de los participantes del grupo experimental en el seguimiento a un mes (participantes: 2, 6 y 10), y en dos de los participantes en el seguimiento a los tres meses (participantes: 2 y 10).



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Pre-test	0	0	55.56	55.56	11.11	44.44	33.33	55.56	33.33	44.44
■ Post-test	11.11	55.56	66.67	55.56	33.33	77.78	22.22	77.78	33.33	88.89
▲ 1 Mes		100	55.56	44.44	33.33	100		88.89	33.33	66.67
● 3 Meses		88.89	33.33		22.22	33.33	22.22	100	33.33	100
CCO	1.00*	1.00*	0.20*	0.00	2.00*	0.75*	-0.33	0.40*	0.00	1.00*

SC= Nivel de Significancia Clínica \* = Cambio Clínico Objetivo Positivo Significativo (CCO)



	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
◆ Pre-test	33.33	22.22	66.67	11.11	66.67	33.33	66.67	33.33	66.67	33.33
■ Post-test	0	33.33	44.44	0	33.33	55.56	44.44	0	33.33	44.44
▲ 1 Mes										
● 3 Meses										
CCO	-1.00	0.50*	-0.33	-1.00	-0.50	0.67*	-0.33	-1.00	-0.50	0.33*

SC= Nivel de Significancia Clínica \* = Cambio Clínico Objetivo Positivo Significativo (CCO)

Figura 12. Evaluaciones pre-medición-post-medición y seguimientos del dominio iniciar conversaciones de ambos grupos.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Registro de los componentes conductuales de las habilidades sociales*

Mediante las grabaciones en video del comportamiento de los participantes del grupo experimental dentro de las sesiones del taller, se registraron al tiempo de habla, la postura corporal accesible y las perturbaciones en la fluidez de habla, como componentes conductuales moleculares de las habilidades sociales.

Para la representación gráfica del registro de los componentes conductuales de las habilidades sociales, se eligieron tres participantes del grupo experimental, con base en los cambios en sus puntajes de habilidades sociales, en las evaluaciones de auto-reporte pre-medición-post-medición. Mediante sus calificaciones en el cuestionario CHaSAM, se eligió al participante con el mayor cambio positivo (3), a una participante con un cambio moderado (4), y a la participante con el menor cambio positivo (9).

*Tiempo de habla*

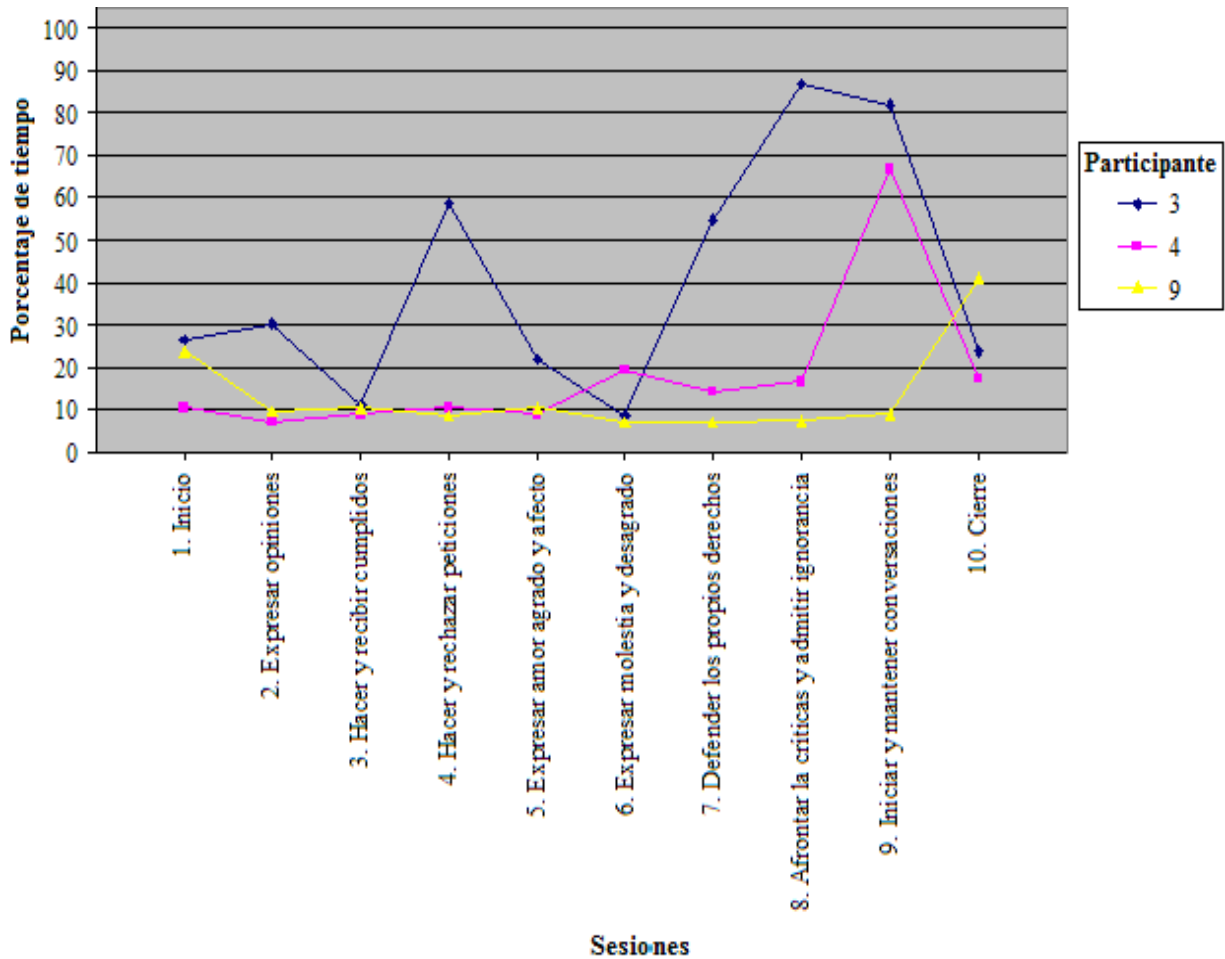
El tiempo de habla se estableció en el total de segundos que duraron las intervenciones orales de los participantes durante el cierre de las sesiones. Además se establecieron los porcentajes de tiempo tomando como referencia el tiempo mayor de habla de los 10 participantes del grupo experimental (294 segundos).

En la Figura 13 se pueden observar diferencias entre el porcentaje de tiempo de habla de los tres participantes con alto (participante 3), moderado (participante 4) y bajo cambio positivo (participante 9) en las evaluaciones pre-medición-post-medición de habilidades sociales. Además los tres participantes mostraron fluctuaciones inconstantes en el tiempo



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

que dura su discurso durante las sesiones, aunque en la sesión tres (hacer y recibir cumplidos) todos mostraron un decremento.



**Figura 13. Tiempo de habla.**

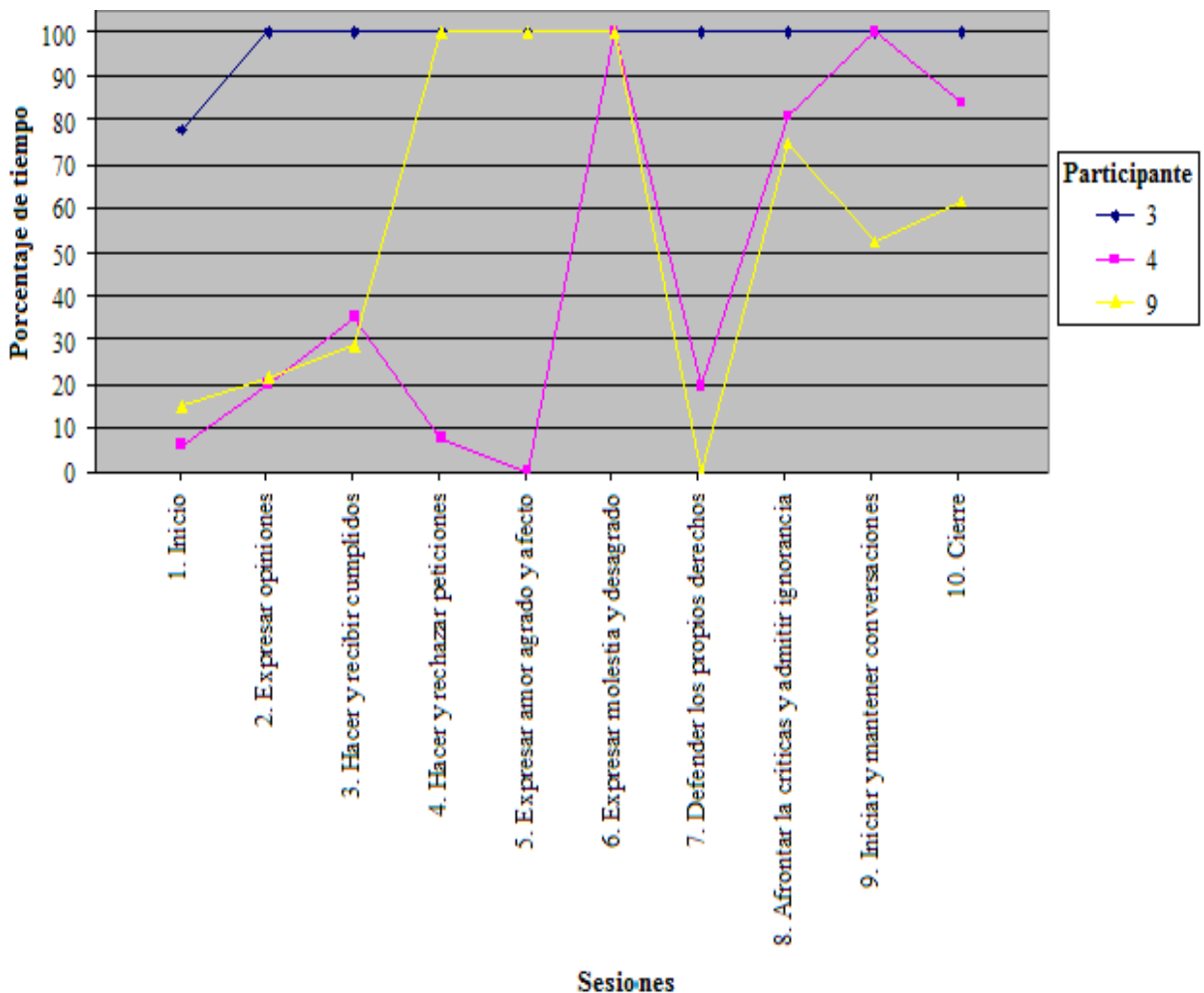
*Postura corporal accesible*

La postura corporal se estableció con base en el porcentaje del tiempo que cada participante mantenía una postura corporal accesible, durante sus intervenciones orales en el cierre de las sesiones.

En la Figura 14 se pueden observar diferencias entre el porcentaje de tiempo con una postura corporal accesible de los tres participantes: con alto (participante 3), moderado

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

(participante 4) y bajo cambio positivo (participante 9), en las evaluaciones pre-medición-post-medición de habilidades sociales. Además los tres participantes mostraron fluctuaciones inconstantes en el tiempo que dura su discurso durante las sesiones, aunque en las sesiones dos, tres, seis y ocho (expresar opiniones, hacer y recibir cumplidos, expresar molestia y desagrado, y afrontar las críticas) los participantes 4 y 9 exhiben un aumento en el porcentaje de tiempo con una postura corporal abierta, mientras que el participante 3 permaneció con una puntuación de 100% en estas sesiones.



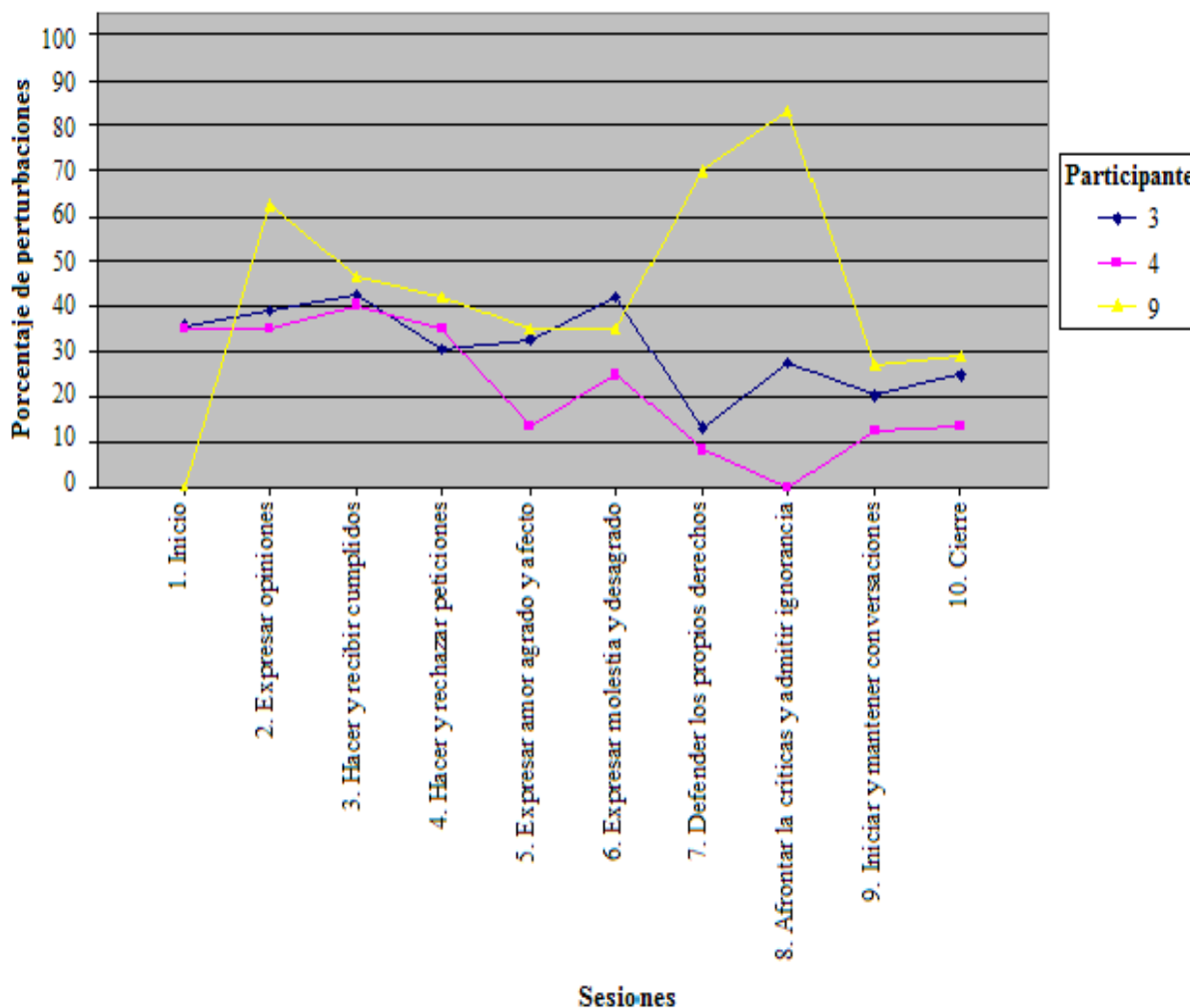
**Figura 14. Postura corporal accesible.**

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Perturbaciones en la fluidez de habla*

Se calculó el promedio de perturbaciones, por minuto, en el discurso de cada participante durante sus intervenciones orales en el cierre de las sesiones.

Como se puede observar en la Figura 15, tres de los participantes (3, 4 y 9), con alto, moderado y bajo cambio positivo, mostraron fluctuaciones en el porcentaje de tiempo que mantuvieron una postura corporal accesible durante su discurso. Aunque en las sesiones cuatro y siete (hacer y recibir cumplidos, y defender los propios derechos) los tres participantes mostraron decrementos en el porcentaje de perturbaciones por minuto.

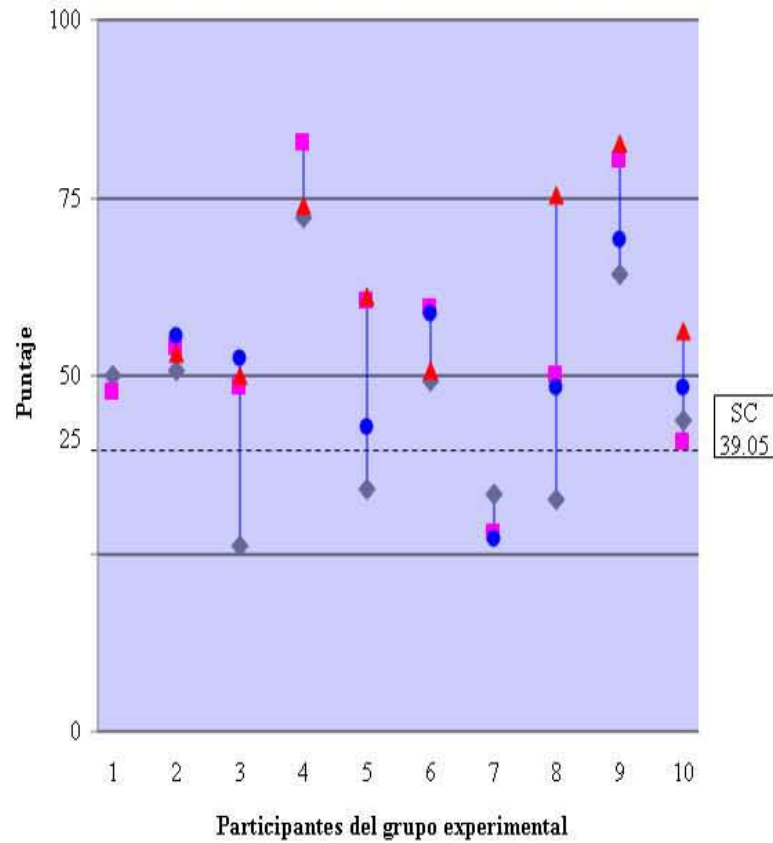


**Figura 15. Perturbaciones en la fluidez del habla.**

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

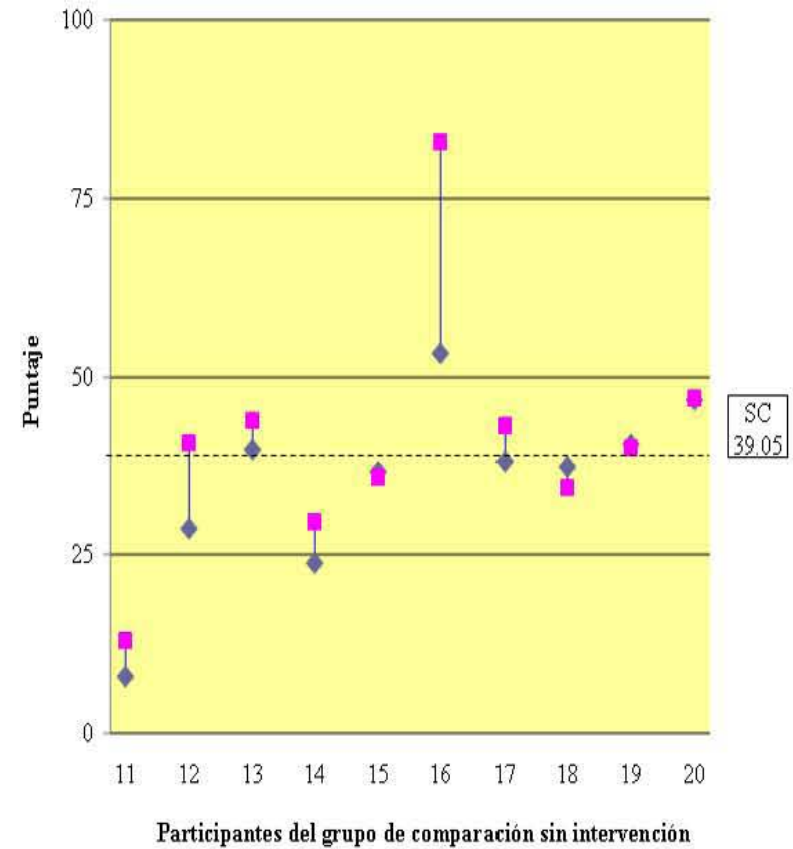
*Red de apoyo social*

En lo referente al efecto de la intervención sobre la red de apoyo social, en la Figura 16, se puede observar que cinco de los 10 participantes del grupo experimental (3, 5, 6, 8 y 9), en la pre-medición-post-medición exhibieron Cambios Clínicos Objetivos (CCO) significativos, y por otro lado, cuatro de los participantes del grupo de comparación sin intervención mostraron CCO significativos (participantes: 11, 12, 14 y 16). Sin embargo, tres de los participantes del grupo experimental (3, 5 y 8) mostraron cambios positivos en la post-medición, que cruzan el nivel de Significancia Clínica (SC), y que se mantuvieron por encima del nivel de SC en los seguimientos a uno y tres meses. Y únicamente los participantes 12 y 17 del grupo de comparación sin intervención mostraron cambios significativos con respecto del nivel de SC.



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Pre-test	50	50.79	26.19	72.22	34.13	49.21	33.33	32.54	64.29	43.65
■ Post-test	47.62	53.97	48.41	82.54	60.32	59.52	27.78	50	80.16	40.48
▲ 1 Mes		53.17	50	73.81	61.11	50.79		75.4	82.54	56.35
● 3 Meses		55.56	52.38		42.86	58.73	26.98	48.41	69.05	48.41
CCO	-0.05	0.06	0.85*	0.14	0.77*	0.21*	-0.17	0.54*	0.25*	-0.07

SC= Nivel de Significancia Clínica \* = Cambio Clínico Objetivo Positivo Significativo (CCO)



	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
◆ Pre-test	7.94	28.57	39.68	23.81	36.51	53.17	38.1	37.3	40.48	46.83
■ Post-test	12.7	40.48	43.65	29.37	35.71	82.54	42.86	34.13	39.68	46.83
▲ 1 Mes										
● 3 Meses										
CCO	0.6*	0.42*	0.1	0.23*	-0.02	0.55*	0.12	-0.08	-0.02	0

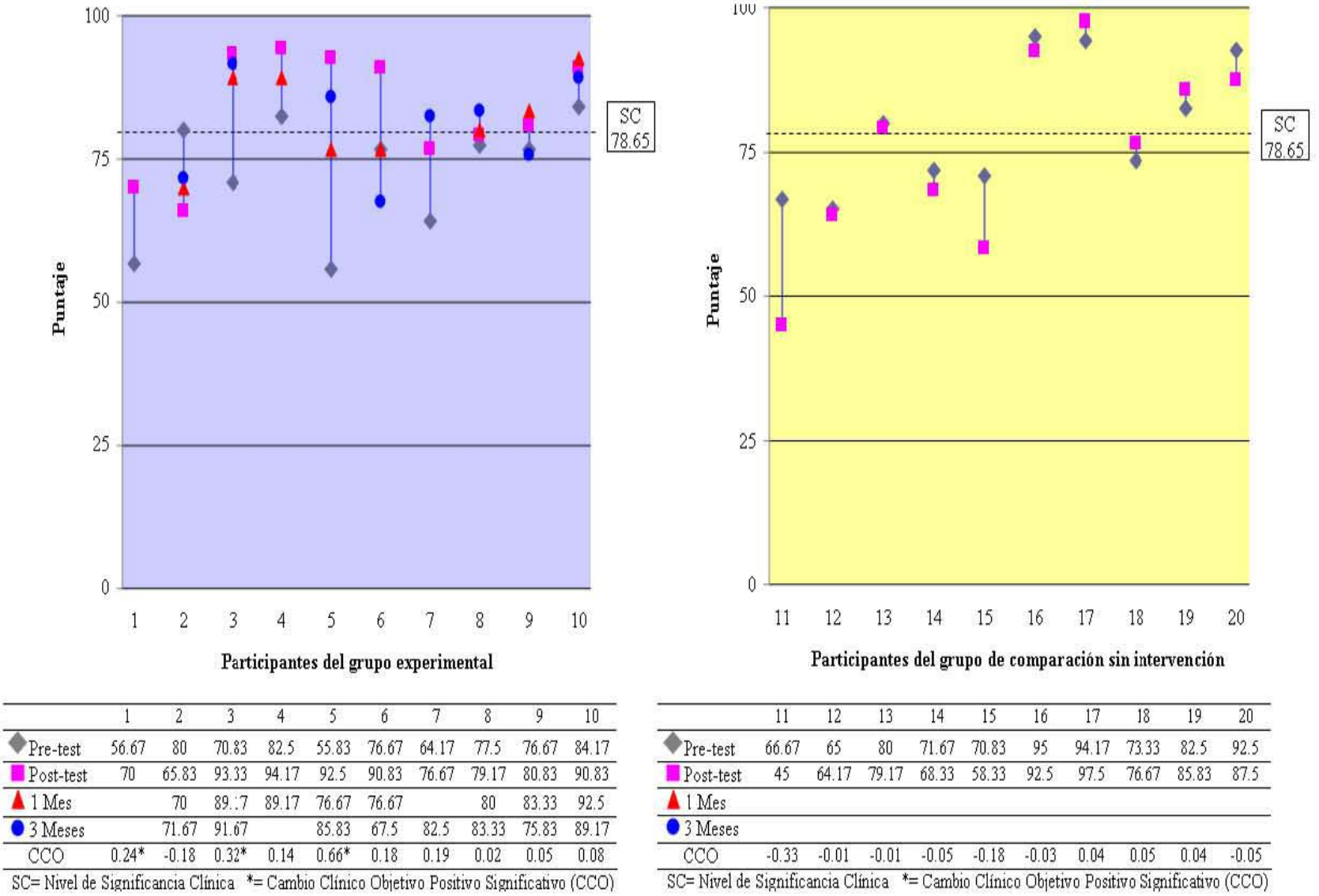
SC= Nivel de Significancia Clínica \* = Cambio Clínico Objetivo Positivo Significativo (CCO)

**Figura 16. Evaluaciones pre-medición-post-medición y seguimientos de red de apoyo social de ambos grupos.**

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Calidad de vida*

Respecto de la variable de calidad de vida, como se puede observar en la Figura 17, tres de los participantes del grupo experimental (1, 3 y 5) exhibieron Cambios Clínicos Objetivos (CCO) significativos respecto de su propio comportamiento en la pre-medición-post-medición, en su nivel de calidad de vida, y cinco de los participantes (3, 5, 6, 8 y 9) mostraron cambios positivos que cruzan el nivel de Significancia Clínica (SC), en la post-medición. Por otro lado, ninguno de los participantes del grupo de comparación sin intervención mostró un cambio significativo del CCO, ni con referencia al nivel de SC. Además, en los seguimientos, hubo cambios por encima del nivel de SC en tres de los participantes del grupo experimental en el seguimiento a un mes (participantes: 3, 8 y 9), y en cuatro de los participantes en el seguimiento a los tres meses (participantes: 3, 5, 7 y 8).



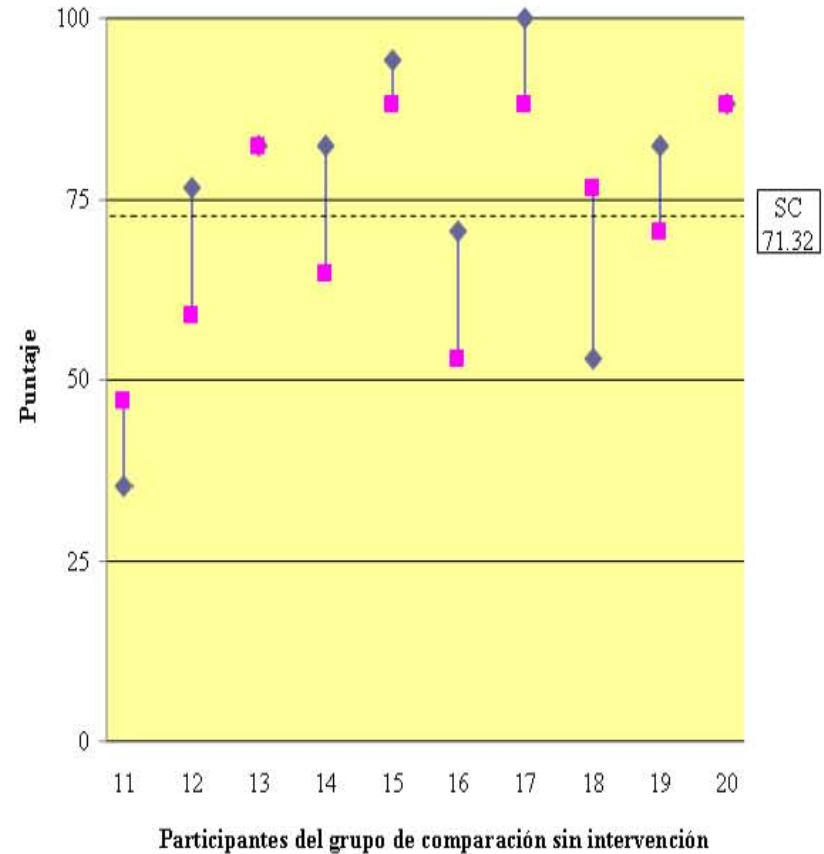
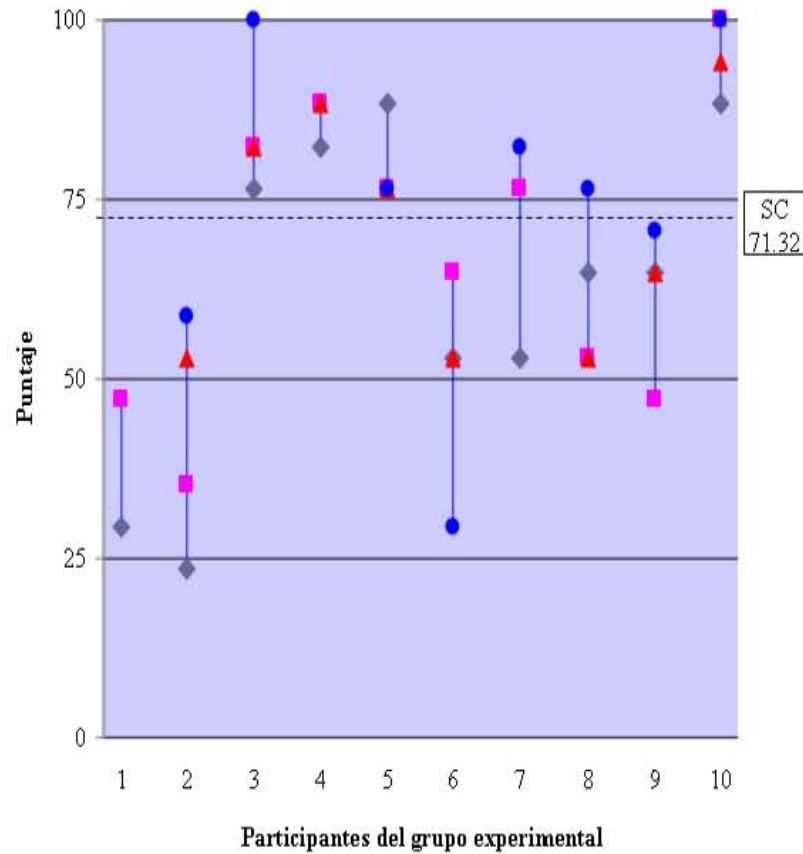
**Figura 17. Evaluaciones pre-medición-post-medición y seguimientos de calidad de vida de ambos grupos.**

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Bienestar emocional*

Respecto del bienestar emocional, como se muestra en la Figura 18, cuatro de los participantes del grupo experimental (1, 2, 6 y 7) presentaron Cambios Clínicos Objetivos (CCO) significativos respecto de su propio comportamiento, entre la pre-medición y la post-medición, y únicamente dos de los participantes del grupo de comparación sin intervención mostraron cambios CCO significativos (participantes: 11 y 18). Por otra parte, el participante 7 mostró un cambio positivo que cruzó el nivel de Significancia Clínica (SC), en la post-medición, al igual que el participante 18 del grupo de comparación. Además los participantes 7 y 8 del grupo experimental mostraron cambios significativos con respecto del nivel de SC en el seguimiento a los tres meses.





	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Pre-test	29.41	23.53	76.47	82.35	88.24	52.94	52.94	64.71	64.71	88.24
■ Post-test	47.06	35.29	82.35	88.24	76.47	64.71	76.47	52.94	47.06	100
▲ 1 Mes		52.94	82.35	88.24	76.47	52.94		52.94	64.71	94.12
● 3 Meses		58.82	100		76.47	29.41	82.35	76.47	70.59	100
CCO	0.60*	0.50*	0.08	0.07	-0.13	0.22*	0.44*	-0.18	-0.27	0.13

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
◆ Pre-test	35.29	76.47	82.35	82.35	94.12	70.59	100	52.94	82.35	88.24
■ Post-test	47.06	58.82	82.35	64.71	88.24	52.94	88.24	76.47	70.59	88.24
▲ 1 Mes										
● 3 Meses										
CCO	0.33*	-0.23	0.00	-0.21	-0.06	-0.25	-0.12	0.44*	-0.14	0.00

SC= Nivel de Significancia Clínica \* = Cambio Clínico Objetivo Positivo Significativo (CCO)

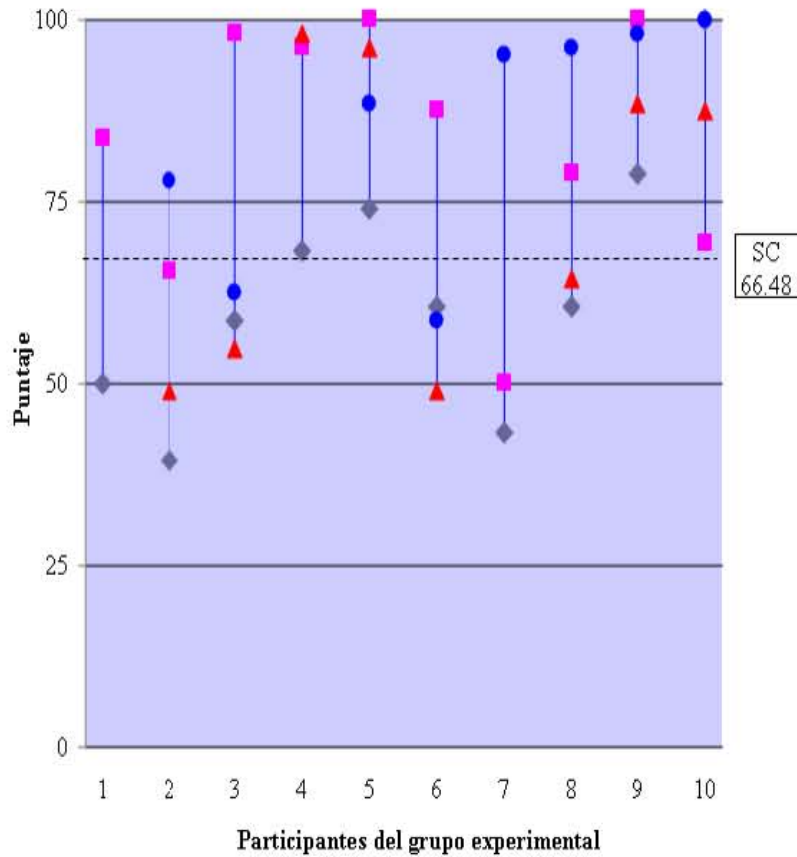
SC= Nivel de Significancia Clínica \* = Cambio Clínico Objetivo Positivo Significativo (CCO)

**Figura 18. Evaluaciones pre-medición-post-medición y seguimientos de bienestar emocional de ambos grupos.**

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

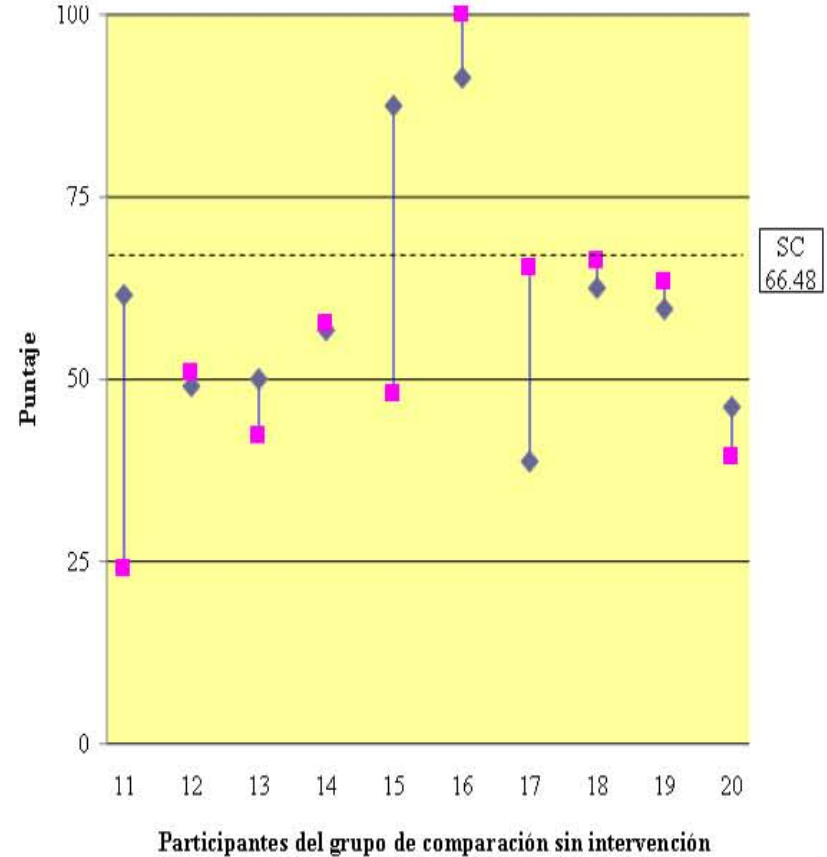
*Autoeficacia*

En la variable de autoeficacia para las actividades de la vida cotidiana, como se observa en la Figura 19, ocho de los participantes del grupo experimental (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8 y 9) exhibieron en la pre-medición-post-medición, Cambios Clínicos Objetivos (CCO) significativos, y únicamente el participante 17 del grupo de comparación sin intervención mostró un CCO significativo. Por otra parte, cuatro de los participantes (1, 3, 6 y 8) mostraron cambios positivos en la post-medición, que cruzaron el nivel de Significancia Clínica (SC), y ninguno de los participantes del grupo experimental mostró cambio significativo con respecto de la SC. Además los participantes 2, 7 y 8 del grupo experimental mostraron cambios significativos con respecto del nivel de SC en el seguimiento a los tres meses.



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Pre-test	50	39	58.65	68.27	74	60.58	43.27	60.58	78.85	100
■ Post-test	83.65	65	98	96.15	100	87.5	50	78.85	100	69.23
▲ 1 Mes		49.04	55	98.08	96	49.04		64	88	88
● 3 Meses		77.88	62.5		88.46	58.65	95	96.15	98	100
CCO	0.67*	0.66*	0.67*	0.41*	0.35*	0.44*	0.16	0.30*	0.27*	-0.31

SC= Nivel de Significancia Clínica \* = Cambio Clínico Objetivo Positivo Significativo (CCO)



	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
◆ Pre-test	61.54	49	50	56.73	87.5	91.35	38.81	62.5	59.62	46.15
■ Post-test	24.04	51	42.31	57.69	48.08	100	65.38	66.35	63.46	39
▲ 1 Mes										
● 3 Meses										
CCO	-0.61	0.04	-0.15	0.02	-0.45	0.09	0.68*	0.06	0.06	-0.15

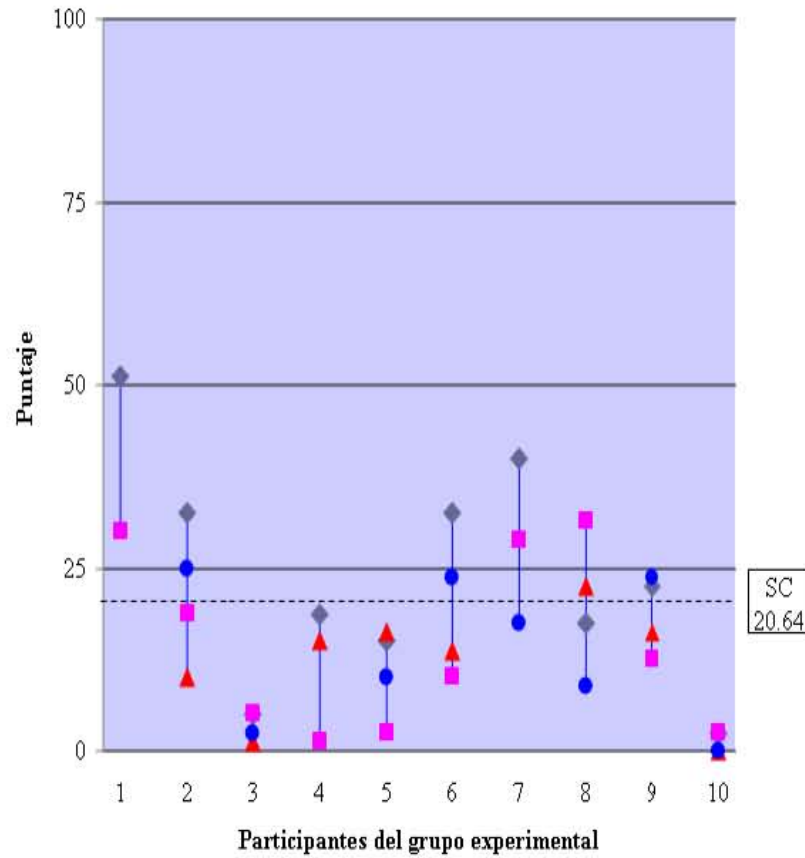
SC= Nivel de Significancia Clínica \* = Cambio Clínico Objetivo Positivo Significativo (CCO)

**Figura 19. Evaluaciones pre-medicación-post-medicación y seguimientos de autoeficacia de ambos grupos.**

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

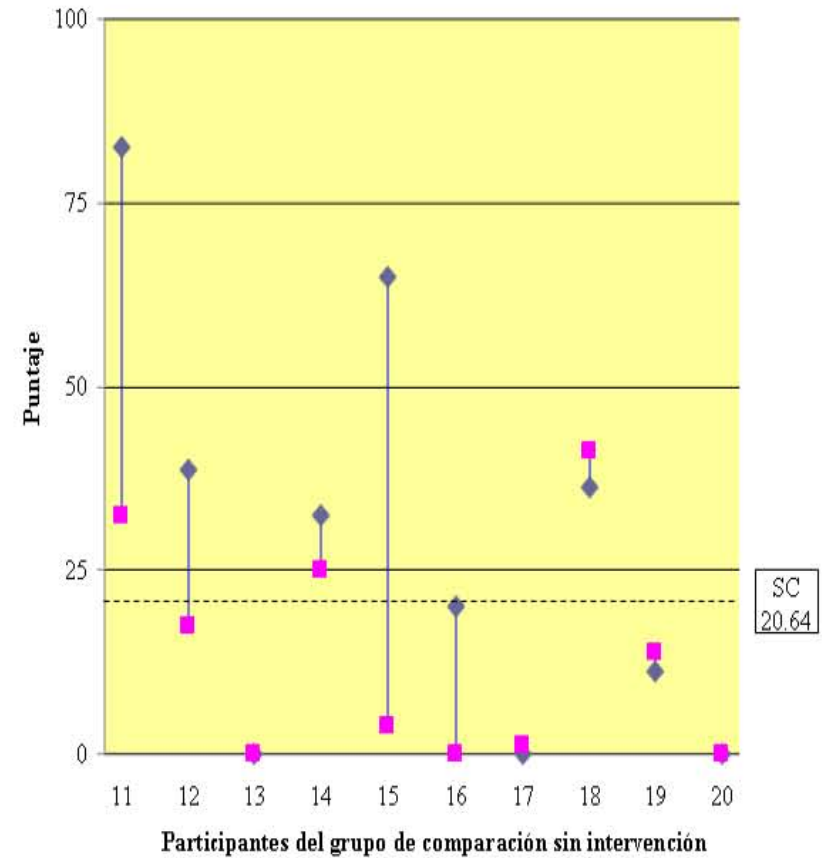
*Soledad*

Como se muestra en la Figura 20, en la variable de soledad siete de los participantes del grupo experimental (1, 2, 4, 5, 6, 7 y 9) exhibieron Cambios Clínicos Objetivos (CCO) significativos, en el pre-post-medición, y cinco de los participantes del grupo de comparación sin intervención también mostraron CCO significativos (participantes: 11, 12, 14, 15 y 16). Por otro lado, tres de los participantes del grupo experimental (2, 6 y 9) mostraron cambios que cruzan el nivel de Significancia Clínica (SC), en la post-medición, al igual que los participantes 12 y 15 del grupo de comparación sin intervención. Además, en los seguimientos, hubo cambios por encima del nivel de SC en tres de los participantes del grupo experimental en el seguimiento a un mes (participantes: 2, 6 y 9), y en dos de los participantes en el seguimiento a los tres meses (participantes: 7 y 8).



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Pre-test	51.25	32.5	5	18.75	15	32.5	40	17.5	22.5	2.5
■ Post-test	30	18.75	5	1.25	2.5	10	28.75	31.25	12.5	2.5
▲ 1 Mes		10	1.25	15	16.25	13.75		22.5	16.25	0
● 3 Meses		25	2.5		10	23.75	17.5	8.75	23.75	0
CCO	-0.41*	-0.42*	0.00	-0.93*	-0.83*	-0.69*	-0.28*	0.79	-0.44*	0.00

SC= Nivel de Significancia Clínica \* = Cambio Clínico Objetivo Positivo Significativo (CCO)



	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
◆ Pre-test	82.5	38.75	0	32.5	65	20	0	36.25	11.25	0
■ Post-test	32.5	17.5	0	25	3.75	0	1.25	41.25	13.75	0
▲ 1 Mes										
● 3 Meses										
CCO	-0.61*	-0.55*	0	-0.23*	-0.94*	-1.00*	1.00	0.14	0.22	0

SC= Nivel de Significancia Clínica \* = Cambio Clínico Objetivo Positivo Significativo (CCO)

**Figura 20. Evaluaciones pre-medición-post-medición y seguimientos de soledad de ambos grupos.**

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Diferencias significativas entre evaluaciones pre-medición-post-medición del grupo experimental y del grupo de comparación sin intervención.*

Respecto del número de cambios significativos de los participantes en habilidades sociales, red de apoyo social, calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia para realizar actividades de la vida cotidiana y soledad, como se muestra en la Tabla 31, se presentó un mayor número de cambios significativos en los participantes del grupo experimental que en los participantes del grupo de comparación sin intervención, respecto de las evaluaciones pre-medición-post-medición, tomado como medidas el Cambio Clínico Observable (CCO) y el nivel de Significancia Clínica (SC).

**Tabla 31. Número de participantes con cambios significativos de ambos grupos.**

Variable	Cambios significativos			
	Cambio Clínico Observable (CCO)		Significancia Clínica (SC)	
	Grupo experimental	Grupo de comparación	Grupo experimental	Grupo de comparación
Habilidades sociales	6	1	5	1
<i>Hacer peticiones</i>	7	2	4	2
<i>Expresar amor, agrado y afecto</i>	6	1	6	0
<i>Dar ayuda</i>	6	3	5	2
<i>Expresar opiniones y defender derechos</i>	5	2	1	0
<i>Iniciar conversaciones</i>	7	3	3	1
Red de apoyo social	5	4	3	2
Calidad de vida	3	0	5	0
Bienestar emocional	4	2	1	1
Autoeficacia	8	1	4	0
Soledad	7	5	3	2

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Por otro lado, para probar la efectividad de la intervención cognoscitiva-conductual basada en el entrenamiento de habilidades sociales en los participantes de grupo experimental como grupo, se empleó una prueba “t” para muestras relacionadas, entre las evaluaciones pre-medición-post-medición del grupo experimental y del grupo de comparación sin intervención. De esta manera, como se muestra en la Tabla 32, las diferencias entre las evaluaciones pre-medición-post-medición en el grupo experimental fueron estadísticamente significativas para habilidades sociales (3.56,  $p < .05$ ), así como para cuatro de sus cinco dominios, al igual que para red de apoyo social, calidad de vida, autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria y soledad. En tanto que entre las evaluaciones pre-medición-post-medición del grupo de comparación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables.

**Tabla 32. Valores de “t” para muestras relacionadas entre pre-medición–post-medición de ambos grupos.**

Variable	t	
	Grupo experimental	Grupo de comparación
Habilidades sociales	3.56, $p < .05$	0.99, $p > .05$
<i>Hacer peticiones</i>	2.07, $p < .05$	0.19, $p > .05$
<i>Expresar amor, agrado y afecto</i>	2.55, $p > .05$	0.31, $p > .05$
<i>Dar ayuda</i>	4.00, $p < .05$	0.19, $p > .05$
<i>Expresar opiniones y defender derechos</i>	2.47, $p < .05$	1.42, $p > .05$
<i>Iniciar conversaciones</i>	2.85, $p < .05$	2.11, $p > .05$
Red de apoyo social	3.23, $p < .05$	2.23, $p > .05$
Calidad de vida	2.59, $p < .05$	1.46, $p > .05$
Bienestar emocional	1.08, $p > .05$	1.08, $p > .05$
Autoeficacia	3.13, $p < .05$	.071, $p > .05$
Soledad	2.69, $p < .05$	2.05, $p > .05$

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Estado de salud*

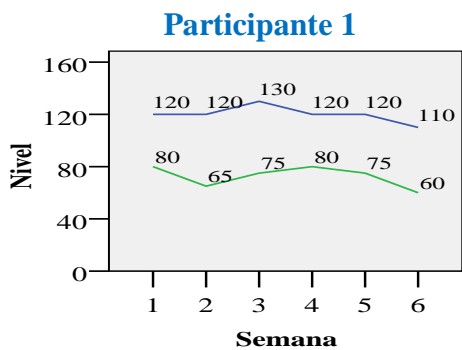
El estado de salud fue evaluado mediante la medición de la presión arterial, por uno de los coordinadores con entrenamiento y experiencia previa, empleando un baumanómetro mecánico.

En la Figura 21 se muestran los niveles de presión arterial registrados para ocho de los participantes del grupo experimental durante las semanas en las que se desarrolló la intervención cognoscitivo-conductual basada en el entrenamiento de habilidades sociales. En dicha figura, se puede observar que el nivel de presión arterial diastólica y sistólica permaneció relativamente constante en niveles normales en tres de los ocho participantes (1, 7 y 10). Además se observan cambios favorables en dos de los participantes, así el participante 2, de mostrar niveles de hipotensión en la primer semana, reflejó niveles normales en las sesiones posteriores; al igual que el participante 4, quien de mostrar niveles altos de presión arterial diastólica en las primeras semanas, presentó niveles dentro de los parámetros normales en la semanas 4 y 6.

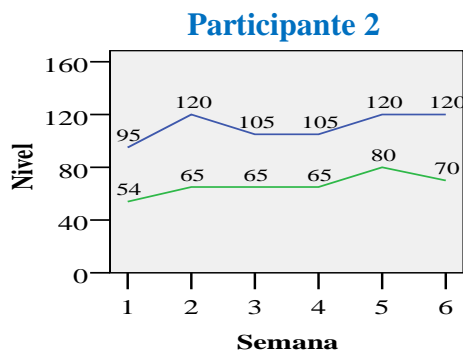
Por su parte, los participantes 3 y 5, mostraron incremento en su nivel de presión arterial. En cuanto al participante 3 reportó haber olvidado tomar su medicamento la última semana de la intervención, y la participante 5 mencionó la coincidencia de las últimas semanas con el aniversario luctuoso de su hijo; lo cual debe considerarse con cuidado en la discusión.



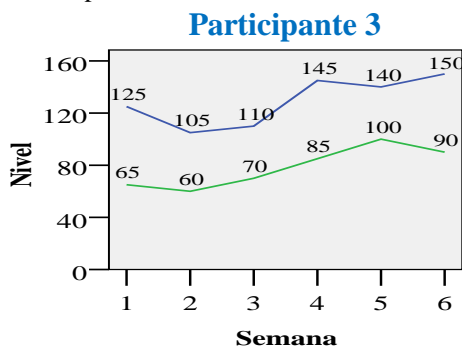
**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**



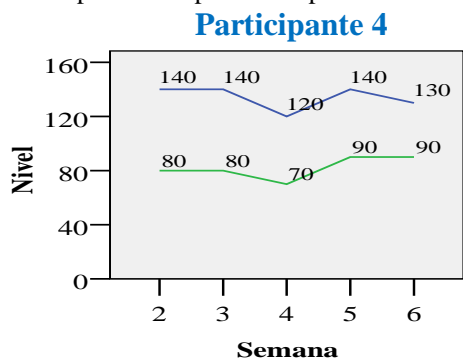
Nota: sin peculiaridades.



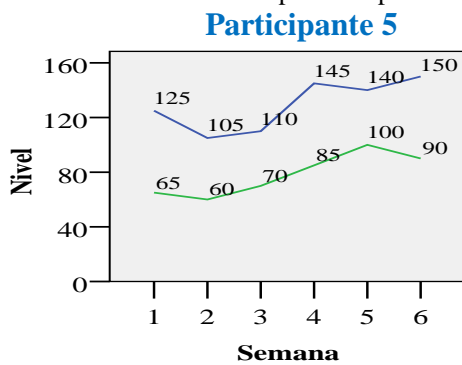
Nota: se presentó hipotensa la primer semana.



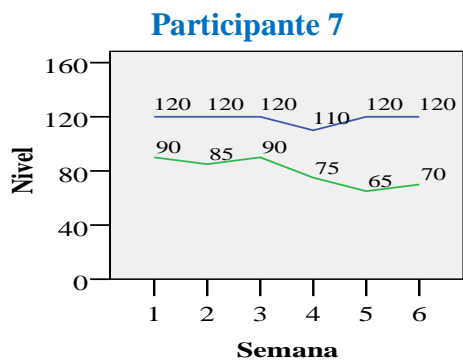
Nota: la última semana reportó haber olvidado tomar su medicamento para la hipertensión.



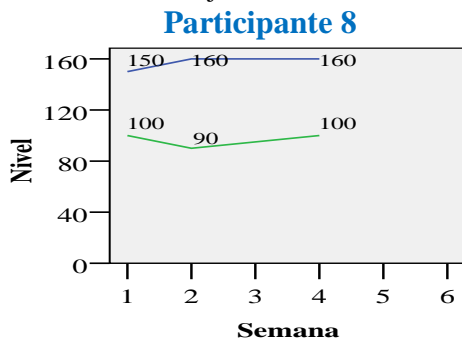
Nota: sin peculiaridades.



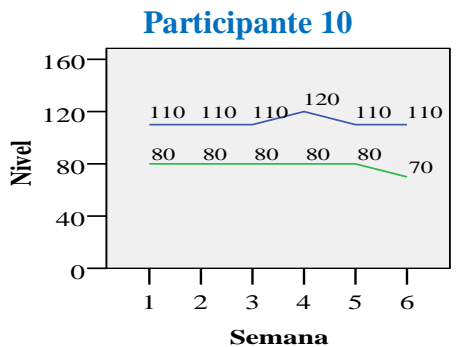
Nota: en las últimas tres semanas fue el aniversario luctuoso de su hijo.



Nota: sin peculiaridades.



Nota: renunció a la medida de presión arterial.



Nota: sin peculiaridades.

**Figura 21. Nivel de presión arterial de los participantes del grupo experimental.**

Diastóli

## Discusión

En la vejez existen cambios y condiciones que pueden ser considerados como pérdidas, y tienen mayor o menor impacto en la manera en que la persona experimenta el envejecimiento.

Entre las condiciones a las que el individuo debe hacer frente durante la tercera edad se encuentra la disminución del apoyo socio-familiar, que conlleva la posibilidad de un mayor aislamiento social (Menchón, 1997), como resultado de la pérdida de amigos, pares y cónyuge, por la muerte y el cese del estatus laboral (Furguet & Caner, 1993; Martín, 2008; Quintanilla, 2000).

Aunado al hecho de que, como lo menciona Cinta (2006), existen individuos que cuando llegan a la vejez, es posible que experimenten la ruptura en las funciones que realizaban como adultos más jóvenes, por ejemplo, sus roles sociales adquiridos como ser madre/padre y jefe de familia pueden perderse y se perciban aislados de los otros miembros de la familia.

Así, existen condiciones de la red de apoyo social de los individuos que pueden afectar negativamente otros aspectos del bienestar en la tercera edad. Como lo demuestran hallazgos anteriores, corroborados en el presente estudio, es decir, la red de apoyo social de los adultos mayores tiene una relación significativa con diversas variables como la calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 2002; Sánchez-Sosa & González-Celis, 2005), la percepción de bienestar (Fernández-Ballesteros, 2002; Vera & Sotelo, 2004; Vera, Sotelo & Domínguez, 2005), la autoeficacia (Morris, McAuley & Motl, 2008) y la soledad (Burnett et al., 2006; Ienovich et al., 2004; Moorer & Suurmeijer, 2001).

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Por lo tanto, se hace necesario que el individuo disponga de herramientas o habilidades que le permitan establecer redes de apoyo social más amplias y satisfactorias, ante la serie de pérdidas ocurridas durante el proceso del envejecimiento, así como ante sus propias demandas y expectativas, para contribuir a una adaptación positiva más exitosa en la vejez.

Dentro de los elementos fundamentales para entablar y mantener redes sociales satisfactorias se encuentran las habilidades sociales (Caballo, 1993; Juncos & Pereiro, 2000), que favorecen la comunicación y contribuyen a la adaptación a las nuevas situaciones de la tercera edad (Baltes & Baltes, 1993).

Cuando un individuo de la tercera edad posee pocas o nulas herramientas o elementos que favorezcan su adaptación a la vejez, como lo son las habilidades sociales, es posible incorporarlas y reforzarlas como parte de su repertorio conductual. Ya que, como Furguet y Caner (1993) lo señalan, el adulto mayor, con excepción de casos patológicos, conserva su madurez y personalidad; al igual que su capacidad cognoscitiva que, a pesar de no ser tan eficiente como en etapas anteriores del ciclo vital, puede adaptarse a las nuevas condiciones de su edad (Stassen & Thompson, 2000).

Así, es posible implementar programas para fortalecer e incorporar, al repertorio conductual de un individuo de la tercera edad, habilidades y comportamientos que se encontraban escasos, débiles o ausentes. Un medio eficaz para tal propósito, es la intervención cognoscitivo-conductual, que está conformada por una serie de técnicas estructuradas que se centran en el presente y la acción, además de que, como Hernández (2005) lo menciona, son aplicables a los individuos sin importar su edad.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Del mismo modo, en la tercera edad, los programas de intervención con personas adultas mayores deben estar orientados al cambio de sentimientos, pensamientos y actos, con el fin de mejorar las relaciones consigo mismos y con los otros, disminuir tensiones de origen biológico o cultural, lograr satisfacciones y aumentar la productividad (Hernández, 2005).

Así, la efectividad de las intervenciones cognoscitivas-conductuales grupales ha sido probada para el fortalecimiento y mejora de diferentes variables, en población adulta mayor de diferentes países de habla hispana, como lo son: sintomatología de ansiedad y depresión (Contreras, Moreno, Martínez, Araya, Livacic-Rojas & Vera-Villaruel, 2006), e hipertensión arterial (Moreno, Contreras, Martínez, Araya, Livacic-Rojas & Vera-Villaruel, 2006) en Chile; preocupación excesiva (Nuevo & Montorio, 2005) en España; calidad de vida y autoeficacia (González-Celis, 2005), e ideas irracionales, depresión y bienestar emocional (Vergara, 2009) en México.

De igual modo, es importante resaltar el trabajo se realice en grupo para fortalecer las habilidades sociales ya que, como lo menciona Martín (2008) este contexto promueve el despliegue de intercambios de conocimientos y experiencias, además de facilitar la reducción de la negatividad, el desaliento y la soledad.

Por lo que la implementación de un taller, con un enfoque cognoscitivo-conductual, basado en el entrenamiento de habilidades sociales, de manera grupal, puede ser una herramienta útil para fortalecer la red de apoyo social de un individuo de la tercera edad y, con ello mejorar su calidad de vida, bienestar emocional y autoeficacia en actividades de la vida diaria, sentimientos de soledad, y estado de salud, como se muestra en los resultados

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

de la fase 2. Sin embargo, su efectividad también se encuentra influenciada por otras variables, ya que los individuos no son seres estáticos e inertes, sino son personas en constante movimiento e interacción con otros individuos, situaciones y fenómenos que influyen en su reacción y adaptación ante nuevas situaciones y conocimientos.

Como índice del cambio significativo, tanto para habilidades sociales como para la red de apoyo social, calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia para realizar actividades de la vida cotidiana y soledad, se emplearon el Cambio Clínico Objetivo (CCO) (Cardiel, 1994), que utiliza como referente el propio comportamiento del individuo, y aunque se pretende una generalización de los efectos, cada individuo posee características particulares que pudieron influenciar el efecto de la intervención, por lo que puede presentar cambios significativos en su comportamiento, pero no suficientes como para ser catalogado como un individuo con habilidades sociales, o con una puntuación que lo ubique en este grupo, es por ese motivo que se utilizó también el nivel de Significancia Clínica (SC) (Jacobson, 1991), que emplea como referente a un grupo con habilidades sociales adecuadas como un grupo de comparación.

Así, como se muestra en los resultados, dentro del grupo experimental se presentaron individuos que reportaban cambios significativos con respecto del grupo con habilidades sociales, otros que reportaban cambios significativos respecto de su propio comportamiento, y otros reportaban cambios significativos en ambos indicadores.

Mediante el autoreporte de las habilidades sociales, a través del instrumento CHaSAM, los participantes del grupo experimental presentan diferentes grados de cambio en sus puntuaciones en la post-medición respecto del pre-medición, en habilidades sociales

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

y sus dominios. Seis de los participantes presentaron cambios positivos significativos respecto de su propio comportamiento, dos presentan cambios positivos aunque no significativos y dos de ellos exhibieron cambios nulos e, incluso, negativos, lo que puede deberse a diferentes variables.

Por ejemplo, en una de las participantes se observan pocos cambios favorables significativos, lo que posiblemente, entre otras variables, se pudiera deber al grado en el que se involucraba en su aprendizaje en el taller. El cual, con base en su discurso recurrente en tercera persona y con mayor referencia a sus compañeras, parecía estar concebido por ella como un fenómeno ajeno a su persona y a sus necesidades.

Por su parte en otra participante, con base en lo reportado por ella misma durante el desarrollo de las sesiones, se encontraba en situación de maltrato verbal y psicológico, lo que afecta su situación psicológica y, por lo tanto, pudo interferir con la efectividad del taller.

En lo que respecta al grupo de comparación sin intervención, únicamente uno de los participantes exhibió un cambio significativo respecto de su propio comportamiento en habilidades sociales.

De los cinco dominios de las habilidades sociales que componen el instrumento CHaSAM, expresar opiniones, un menor número de participantes del grupo experimental exhibieron cambios significativos en SC y en CCO, aún, así los participantes que mostraron CCO significativo en este dominio fueron cinco. Además únicamente dos de los participantes del grupo de comparación sin intervención exhibieron CCO significativos, y ninguno de ellos mostró cambios que cruzaran el nivel de significancia clínica.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Del mismo modo, se probó que existe una diferencia significativa entre las evaluaciones pre-medición-post-medición de habilidades sociales del grupo experimental, en tanto que el grupo de comparación sin intervención no mostró cambio significativo.

Respecto de los elementos paralingüísticos empleados como indicadores moleculares, con base en los resultados de los registros conductuales, el tiempo del habla de los participantes parece ser un indicador de las habilidades sociales que posee un individuo. Los tres participantes del grupo experimental con distintos niveles de cambio (alto, moderado y bajo) mostraron diferentes porcentajes en cuanto a su tiempo de habla. Es decir, el participante con un mayor cambio se mantuvo hablando más tiempo que la participante con un cambio moderado, el cual, a su vez, habló más tiempo que la participante con un cambio bajo, principalmente en las últimas sesiones.

Por su parte, la postura corporal y las perturbaciones en la fluidez del habla también mostraron ser indicadores confiables del nivel de habilidades sociales de los participantes del grupo experimental. Ya que se observaron diferencias más claras en los porcentajes de estos elementos moleculares entre los participantes de alto, moderado y bajo cambio.

Además, el hecho de que en ciertas sesiones los tres participantes con diferente rendimiento muestren descensos en el porcentaje de postura corporal accesible y perturbaciones en la fluidez del habla, también es un indicador de que existen habilidades sociales que son más sencillas de aprender y practicar para los adultos mayores de este estudio.

Por lo que, estos datos aportan suficiente evidencia para considerar que la intervención cognoscitiva-conductual, basada en el entrenamiento de habilidades sociales,

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

si mostró efectos en el comportamiento de los participantes como individuos que conformaron al grupo experimental. Con lo cual, se cumple con el propósito de las intervenciones en población adulta mayor que, de acuerdo con Lehr (1995), deben centrarse en el fortalecimiento de aptitudes que permitan al individuo una mayor participación y movilidad social, con el fin de influir positivamente en el proceso de envejecimiento y propiciar el bienestar emocional.

Por ejemplo, el fortalecimiento de las habilidades, mediante una intervención cognoscitivo-conductual, permite a los participantes contar con nuevas herramientas que faciliten manejar de manera más exitosa, las demandas y expectativas del ambiente social (Oppenheimer, 1989; Zelek & Weissberg, 1989). Para con ello, entablar y mantener una red de apoyo social satisfactoria (Caballo, 1993; Caballo, Del Prette, Monjas & Carrillo, 2006; Juncos & Pereiro, 2000). Como lo demuestra la evidencia empírica obtenida a partir de este estudio.

Se puede considerar que la intervención si influyó en el fortalecimiento de la red de apoyo social de los participantes del grupo experimental. Cinco de los asistentes al taller exhibieron un cambio significativo respecto de su propio comportamiento, y tres de ellos presentaron cambio en los puntajes que cruzaron por encima del nivel de SC, de la pre-medición a la post-medición. Por otro lado, un número menor de participantes del grupo de comparación sin intervención mostraron cambios significativos con respecto del CCO y del nivel de SC.



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Además, se probó que el grupo experimental, como unidad, presentó un cambio significativo entre sus evaluaciones pre-medición-post-medición de red de apoyo social, en tanto que el grupo de comparación sin intervención no mostró cambio significativo.

Así, los cambios significativos en la red de apoyo social de los participantes del grupo experimental contribuyen al bienestar y adaptación de las personas adultas mayores ya que, como lo menciona Sluzky (2000), durante la tercera edad son frecuentes las pérdidas de amigos, cónyuges y familiares, lo que obstaculiza el acceso a las relaciones sociales a las que estaban acostumbrados (Martín, 2002).

Es decir, un individuo de la tercera edad tiene un alto riesgo de no contar con una red de apoyo social que sea satisfactoria ante sus expectativas y necesidades, como lo son la necesidad de sentirse amados y que forman parte de un grupo, además del deseo de necesidad de ser considerados y reconocidos como útiles, por otras personas (De la Serna, 2000).

Por otro lado, el fortalecimiento de las habilidades sociales y, a su vez de la red de apoyo social, también tiene un impacto en la adaptación de las personas adultas mayores a la vejez. Debido a que, como lo demuestran algunas investigaciones realizadas con personas de la tercera edad, la red de apoyo social se encuentra relacionada con: calidad de vida (Fernández-Balleteros, 2002; Sánchez-Sosa & González-Celis, 2005), percepción de bienestar (Fernández-Balleteros, 2002; Vera & Sotelo, 2004; Vera, Sotelo & Domínguez, 2005), autoeficacia (Morris, McAuley & Motl, 2008), y soledad (Burnett et al., 2006; Fernández-Balleteros, 2002; Ienovich et al., 2004; Moorer & Suurmeijer, 2001).

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Así, en el presente estudio también se evaluó el impacto de la intervención cognoscitiva-conductual, basada en el entrenamiento de habilidades sociales, sobre la adaptación a la vejez (calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria y percepción de soledad), con el fin de proporcionar evidencia empírica de éste.

En investigaciones anteriores, como la realizada por Leiva (2006) con estudiantes de enfermería con trastornos psicosomáticos, ya se había establecido el impacto que tiene el fortalecimiento de las habilidades sociales, sobre la mejora en poblaciones jóvenes. Sin embargo, en el presente estudio se aporta evidencia empírica de que dicha influencia también está presente en población adulta mayor.

De esta manera, en calidad de vida, cinco de los participantes del taller, exhibieron aumentos que cruzaron el nivel de SC de sus puntuaciones en la pre-medición a sus puntuaciones en la post-medición; y tres de los participantes mostraron CCO. Asimismo, ninguno de los participantes del grupo de comparación sin intervención presentó cambio significativo con respecto del nivel de SC, ni del CCO.

Además, se probó un cambio significativo entre las evaluaciones pre-medición-post-medición de calidad de vida del grupo experimental, como unidad, en tanto que el grupo de comparación sin intervención no mostró cambio significativo.

Por lo que, los cambios en el nivel de calidad de vida de los participantes del grupo experimental son atribuibles al efecto de la intervención cognoscitivo-conductual basada en el entrenamiento de habilidades sociales. En otras palabras, mediante la intervención, se

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

logró incrementar el grado de satisfacción de los individuos respecto a sus necesidades (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002; 2005).

Por lo que respecta al bienestar emocional, éste se encuentra relacionado con elementos como la adaptación social y psicológica (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2005). Debido a lo cual, el fortalecimiento de las habilidades sociales también tiene influencia en la sensación de bienestar, como lo demuestra la evidencia empírica presente en este estudio.

En bienestar emocional, cuatro de los participantes exhibieron CCO, pero sólo uno de ellos presentó un cambio que cruzó el nivel de SC. Asimismo únicamente dos de los participantes del grupo de comparación sin intervención mostraron cambios significativos con base a su propio comportamiento, y sólo uno de ellos exhibió un cambio que cruzó el nivel de SC.

Así, al mejorar el nivel de bienestar emocional se reitera que, a pesar de que los adultos mayores experimentan pérdidas físicas, biológicas, materiales y sociales, su percepción de bienestar no declina forzosamente, ya que es posible mantener, e incrementar, el nivel de bienestar emocional durante la tercera edad (Baltes, 1977; 1998).

Por su parte, al igual que en investigaciones anteriores, como la de Junco y Pereiro (2000), en el presente estudio se aporta evidencia de que el fortalecimiento de las habilidades sociales en la tercera edad, también impacta en su autoeficacia.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Lo que es de esperar ya que, como lo establecieron Morris, Mc Auley y Motl en un estudio que realizaron con adultos mayores en el 2008, una de las variables que afecta la autoeficacia es la satisfacción social.

De hecho, la variable que presentó un mayor número de cambios significativos fue autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria; ocho de los participantes del grupo experimental exhibieron CCO, aunque sólo cinco cruzaron el nivel de SC. Además, sólo uno de los participantes del grupo de comparación sin intervención mostró un CCO significativo, y ninguno de ellos presentó un cambio que cruzara el nivel de SC.

Del mismo modo, se probó un cambio significativo entre las evaluaciones pre-medición-post-medición de autoeficacia para realizar actividades de la vida cotidiana del grupo experimental, como unidad, en tanto que el grupo de comparación sin intervención no mostró cambio significativo.

Por lo que, los cambios en el nivel de autoeficacia para realizar actividades de la vida cotidiana de los participantes del grupo experimental son atribuibles al efecto de la intervención cognoscitivo-conductual basada en el entrenamiento de habilidades sociales. Lo que resulta de suma importancia debido a que, al envejecer el individuo experimenta pérdidas físicas, psicológicas y sociales, al igual que pérdidas biológicas (pe. el padecimiento de una enfermedad crónica), las cuales de manera conjunta o por separado, pueden producir dependencia y pérdida de autonomía (Robles, 2006), que es uno de los principales temores de las personas adultas mayores, de acuerdo con un estudio realizado por Treviño-Siller, Pelcastre-Villafuerte y Márquez-Serrano en 2006.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

De esta manera, una de las mejores defensas contra la dependencia en la tercera edad es la re-apreciación de la autoeficacia. Así a pesar de las condiciones negativas e, incluso, las discapacidades, los individuos pueden elegir superarlas, compensarlas y vivir con ellas o a pesar de ella (Stassen & Thompson, 2000). Ya que, la autoeficacia en las personas adultas mayores se centra en la buena o mala valoración que ellos hacen de sus propias capacidades, y ellas pueden optimizar sus talentos, concentrar esfuerzos y ejercer control sobre sus comportamientos (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002).

Respecto de la percepción de soledad, algunos conceptos relacionado con ella son la habilidad para revelar pensamientos y sentimientos, y las habilidades sociales en general (Díaz, Oliveros et al, 2005; Rodríguez, 2009). Es decir, las personas con pocas habilidades sociales frecuentemente se encuentran solas, debido a que prestan poca atención en sus interacciones con otras personas y tienen dificultades para responder preguntas, así como para continuar en los tópicos de la conversación (Altea, 2005).

Por lo tanto, el fortalecer las habilidades sociales, provee a los individuos de una eficaz herramienta para evitar el aislamiento y relacionarse con otras personas de manera más satisfactoria (Ulla, Espinoza, Fernández E., Fernández, A. & Prieto, 2003).

De esta forma, como también lo demuestran los resultados del presente estudio, al fortalecer las habilidades sociales, mediante la intervención cognoscitiva-conductual, se disminuyó la percepción de soledad de los participantes.

Así, se esperaba que los cambios a partir de la intervención fuesen negativos, es decir, que disminuyera la percepción de soledad en los participantes del grupo experimental. Así

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

ocho de los participantes del grupo experimental exhibieron CCO respecto de su propio comportamiento, pero sólo tres presentaron cambios que cruzaron el nivel de SC.

Además, aunque cinco de los participantes del grupo de comparación sin intervención también mostraron cambios significativos respecto de su propio comportamiento, y dos de ellos cruzaron el nivel de SC; el número de participantes del grupo de comparación sin intervención que mostró cambios significativos, sigue siendo menor que los participantes del grupo experimental que exhibieron cambios significativos. Es decir, los cambios en la percepción de soledad presentes en integrantes del grupo de comparación pueden ser atribuibles al efecto reactivo de la medición, en otras palabras, a que los individuos que conformaron a este grupo recibieron atención y contacto que posiblemente no tenían y/o no esperaban. Cuestión que es reforzada por los hallazgos de una diferencia significativa entre las evaluaciones pre-medición-pos-test del grupo experimental como unidad, así como la ausencia de ésta en el grupo de comparación sin intervención.

El impacto de la intervención en el fortalecimiento de las habilidades sociales sobre la disminución en la percepción de soledad de los participantes, también representa una importante aportación. Debido a que el sentimiento de soledad deriva de los déficits interpersonales, principalmente de aquellos que son importantes o valiosos para el sujeto en cuestión (Montero-Lopez Lena, 2009), y que pueden implicar carencias de intimidad y/o apego (Montero-López Lena, 1998).

Lo que es especialmente importante durante la tercera edad, ya que, como se establece en un estudio realizado por Treviño-Siller, Pelcastre-Villafuerte y Márquez-Serrano en el 2006, uno de los principales temores de los adultos mayores es la soledad.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Situación que se intensifica dado el hecho de que, como lo señala Rodríguez (2009), en esta etapa de la vida suceden una serie de pérdidas que facilitan la aparición del sentimiento de soledad, entre los que se encuentran el abandono del hogar por parte de los hijos, la muerte del cónyuge, la salida del mercado laboral, la falta de actividades placenteras (uso del tiempo libre) y los prejuicios (laborales, sexuales, de autonomía, experiencia, etc.).

De manera general, los resultados muestran que la intervención también tuvo efecto significativo en la percepción de un mayor número de integrantes del grupo experimental, como individuos, en las variables de red de apoyo social, calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria y soledad.

Además, en el presente estudio, también se aporta evidencia del efecto de la intervención basada en el entrenamiento de habilidades sociales, en el grupo experimental como unidad. Es decir, para el grupo experimental, mediante el empleo de una prueba “t” de Student para muestras relacionadas, se establecieron cambios significativos entre sus evaluaciones pre-medición-post-medición, en las variables de habilidades sociales, red de apoyo social, calidad de vida, autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria y soledad. Sin embargo, al aplicar la misma prueba (“t” de Student para muestras relacionadas) en las evaluaciones pre-medición-post-medición no se identificaron cambios significativos en las mismas variables para el grupo de comparación sin intervención.

Respecto del efecto en el estado de salud de los participantes, a pesar de reportar cambios significativos en habilidades sociales, red de apoyo social, calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria y soledad, mostraron incremento en su nivel de presión arterial. Aunque este aumento en la presión

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

arterial puede atribuirse en el caso uno de los participantes a que, como él lo reporta, la última semana olvidó tomar su medicamento para la presión arterial; y en otro participante a que las últimas semanas coincidieron con el aniversario luctuoso de su hijo.

Por otro lado, uno de los participantes que obtuvo resultados significativos en las otras variables, y reportó poner en práctica las habilidades aprendidas, en especial expresar amor, con su familia (cónyuge, hijos y nietos), presentó niveles de hipotensión en la primera semana y niveles de presión dentro de los rangos normales en las sesiones subsecuentes. Lo cual puede ser indicador de que, además de la influencia de las habilidades sociales, existen otras variables, no contempladas en este estudio que afectan el estado de salud de las personas adultas mayores.

Sin embargo, en la interpretación de los resultados del presente estudio también deben tenerse en cuenta las limitaciones de su aplicación y variables no contempladas para su control, entre las que se encuentran, por ejemplo, la expectativa de la interacción familiar, al igual que la posibilidad de poner en práctica con los miembros de ella las habilidades aprendidas en el taller. Ya que, como Martín (2008) lo menciona, es posible que en las personas mayores se incremente la necesidad de que los otros les dediquen tiempo, lo que puede ocupar un lugar central en sus relaciones con el entorno familiar. Así, tres de los participantes, en entrevistas posteriores, reportan poner en práctica constante lo aprendido durante el taller con su pareja, hijos y/o nietos, sin embargo, la participante 8 no reportó haberlo hecho (Anexo 13).

Por lo que, la intervención cognoscitivo-conductual basada en el entrenamiento de habilidades sociales, diseñada y aplicada en el presente estudio, aunque presenta



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

limitaciones y características que deben ser replanteadas, mostró ser una herramienta útil para el entrenamiento de las habilidades sociales, el fortalecimiento de la red de apoyo social y la mejora de la calidad de vida, así como de la autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria. Además de influir aunque en menor medida en el bienestar emocional y la percepción de soledad.

Sin embargo, se debe considerar que, a pesar de que existió a implementación de tareas con el fin de la práctica de las diversas habilidades sociales en el contexto de la vida cotidiana de los individuos, el principal trabajo de la intervención se realizó en un habiente artificial como lo es un grupo de intervención. Por lo que la práctica de las habilidades sociales de los participantes en su contexto natural, y con las personas con las que los participantes conviven diariamente, pudo ser limitada. Así, en futuras intervenciones pueden incluirse elementos que reduzcan este tipo de limitaciones, como lo son la participación, y sensibilización, de alguno (s) de los miembros de la red de apoyo social de los participantes (pe. familiares, amigos, etc.); y la realización de prácticas de campo a contextos naturales en los que los individuos puedan poner en práctica las habilidades sociales (pe. cafeterías, centros recreativos, etc.).

También es necesario considerar la posibilidad de que los efectos de la intervención se presentasen en un período más largo de tiempo y un mayor reforzamiento; aunada a la evidencia, que aporta el presente estudio, sobre la complejidad de ciertos temas para los participantes.

Del mismo modo, es pertinente, incluir criterios de registro, y medición, de la ejecución y aprendizaje de los participantes, con la finalidad de evaluar la implementación

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

de un sobreentrenamiento a los participantes que así lo requiriesen y/o en los temas que fuese necesaria esta intervención.

Por otro lado, debe tenerse en cuenta que el bienestar de los individuos, y su adaptación a la tercera edad, no es un fenómeno unicausal, ni unidireccional, por el contrario está conformado por diferentes variables que convergen e interactúan en diferentes direcciones e intensidades. Por lo que es necesario el trabajo integral para lograr el bienestar de los individuos, en general, y de los adultos mayores en especial, ya que en esta etapa de la vida, las personas se pueden encontrar en situación de vulnerabilidad debida a las pérdidas biológicas, psicológicas y sociales que experimentan.

Finalmente, en el presente estudio se ha aportado evidencia de que la implementación de una intervención cognoscitiva-conductual, basada en el entrenamiento de habilidades sociales, resulta efectiva para la adaptación de los adultos mayores a la tercera edad. Así, mediante la implementación de la intervención, se lograron cambios significativos en el nivel de habilidades sociales de varios de los integrantes del grupo experimental, así como del grupo como unidad. Dichos cambios también se hicieron presentes en la red de apoyo social y en la adaptación a la vejez, en términos de calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia para realizar actividades en la vida cotidiana y soledad.

Es decir, la implementación de la intervención basada en el entrenamiento en habilidades sociales, en adultos mayores, fortalece estas habilidades, para con ello facilitar su participación activa y empoderamiento en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos de su contexto (Mendoza-Núñez & Martínez-Maldonado, 2007).

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Con lo que a su vez, contribuye a la comunicación, a mantener y desarrollar el nivel de satisfacción, así como a la adaptación a las nuevas situaciones de la tercera edad (Baltes & Baltes, 1993). Por lo que, ayuda a minimizar y compensar las pérdidas, (principalmente sociales y psicológicas) que experimentan las personas adultas mayores en esta etapa de su vida, al tiempo que maximizan sus ganancias, lo que es la base del modelo de envejecimiento exitoso de Baltes y Baltes (1993).

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Referencias

- Acosta, Ch. (2009). Inventario sobre Actividades Instrumentales y Avanzadas de la Vida Diaria y Calidad de Vida en Adultos Mayores. En: González-Celis, A. (Comp.), *Evaluación en psicogerontología*. (pp. 75-93). México: Manual Moderno.
- Acuña, M. (2006). *Asociación entre autoeficacia, bienestar subjetivo y realización de actividades en adultos mayores*. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.
- Aleixandre, M. (2004). Soledad en las personas mayores. En: Yuste, N., Rubio, R. & Aleixandre, M. *Introducción a la psicogerontología*. (pp. 213-234). España: Psicología Pirámide.
- Altea (recuperado en 2005). *El sentimiento de soledad: causas y consecuencias*. (En red). Disponible en: [http://www.altea.tie.cl/cont/art\\_ant.htm](http://www.altea.tie.cl/cont/art_ant.htm).
- Anguas, A. (2005). Bienestar subjetivo en México: un enfoque etnopsicológico. En: Garduño, L., Salinas, B. & Rojas, M. (Comp.), *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. (pp.167-195). México: Plaza y Valdez.
- Anquetquera-Jurado, R. & Blanco, P. (1998). Percepción de control, autoconcepto y bienestar en el anciano. En: Salvarezza L. (Comp.), *La vejez. Una Mirada Gerontológica Actual*. (pp. 95-125). Buenos Aires: Piadós.
- Arechabala, C., Catoni, M., Palma, E., Moyano, F. & Barrios, S. (2005). Redes sociales y apoyo social percibido en pacientes en hemodiálisis crónica. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23(2), 34 – 41.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

- Attili, G. (1989). Children's Social Competence And Social Supports: Precursors of Early School Adjustment?. En: Schneider, H., Attili, G., Nadel, J. & Weissber, R. (Eds.), *Social Compence in Developmental Perspective*. (pp. 277-291), Estados Unidos de Norte América: Kluwer Academic Publishers.
- Baltes, P. (1977). Strategies for psychological intervention in old age. *Gerontologist*, 13, 4-6.
- Baltes, M. (1998). The psychology of the oldest-old: the fourth age. *Current Opinion in Psychiatry*, 11(4), 411-415.
- Baltes, P. & Baltes, M. (Eds.). (1993). *Successful Aging. Perspectives from The Behavioral Sciences*. Estado Unidos de Norte América: Cambridge University Press.
- Baltes, M., Wahl, H. & Schmid-Furstoss, U. (1990). The Daily Life of Elderly Germans: Activity Patterns, Personal Control, and Functional Health. *Journal of Gerontology*, 45(4), 173-179.
- Bandura, A. (1982). Aprendizaje correctivo. En: Riviere, A. (Trad.), *Teoría del aprendizaje social*. (pp. 100-109). España: Espasa-Calpe.
- Bandura, A. (1993). Perceived selfefficacy in cognoscitive developmentand functioning. *Educational Psychologist*, 28(2) 117-148.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Estados Unidos de Norte América: A. H. Freeman and Company.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

- Bandura, A. (1999). Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes. En: *Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. (pp. 18-54). España: Desclée.
- Barrio, I., Barreiro, J., Pascau, J., Júdez, J., Simón, P., Molina, A. & Gilarranz, S. (2006). La dependencia en el decir de los mayores. *Gerokomos*, 17(2), 66-74.
- Bas, F., Núñez, R., Bas, S. & Andrés, V. (2004). Terapia cognoscitivo conductual de los trastornos de la personalidad. En: Caballo, V. (Coord.), *Manual de trastornos de personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. (pp. 391-440). España: Síntesis.
- Beck, A. (1964). Thinking and Depression: 2. Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-71.
- Beck, A., Freeman, A., Pretzer, J., Davis, D., Fleming, B., Ottaviani, R., Beck, J., Simón, K., Padesky, Ch., Meyer, J. & Trexler, L. (2005). Principios Generales y técnicas especializadas. En: *Terapia cognoscitiva de los trastornos de personalidad*. (2a Edición). (pp.95-117). España: Paidós.
- Bhatia, S. Swami, H. & Bhatia, V. (2007). A study of health problems and loneliness among the elderly in Chandigarh. *Indian Journal of Community Medicine*, 32(4), 255-258.
- Boluarte, A., Méndez, J. & Martel, R. (2006). Programa de entrenamiento en habilidades sociales para jóvenes con retraso mental leve y moderado. *Mosaico Cient*, 3(1), 34-42.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

- Brigeiroa, M. (2005). "Envejecimiento exitoso" y "tercera edad": problemas y retos para la promoción de la salud: *Investigación y Educación en Enfermería - Medellín*, XXIII(1), 102-109.
- Burnett, J., Regev, T., Pickens, S., Prati, L., Aung, K., Moore, K. & Bitondo C. (2006). Social Networks: A Profile of the Elderly Who Self-Neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 18(4), 35-49.
- Caballo, V. (1993). *Manual de la evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Siglo Veintiuno.
- Caballo, V., Del Prette, Z., Monjas, I. & Carrillo, G. (2006). Evaluación de las habilidades sociales en la vida adulta. En: *Caballo, V., Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. (pp. 401-420.) España: Pirámide.
- Cabrera, J. (2001). *Calidad de vida en mujeres obesas y anoréxicas*. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.
- Campbell, D. T. & Stanley, J.C. (1973). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Cardiel, R. (1994). La medición de la Calidad de Vida (Measuring Quality of Life). En: Moreno, L., Cano-Valle, F. & García-Romero, H. (Eds.), *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana-McGraw Hill.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

- Castelló, A. & Alexandre, M. (2000). Trastornos de la afectividad en adultos mayores En: *Temas de Gerontología III*. (pp. 117-122). Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Cepeda, M., López, M., Plancarte, P., Moreno, D. & Alvarado, I. (2000). *El proceso de investigación. Volumen II. Medición y observación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, campus Iztacala.
- Cerezo, S. (2001). *La influencia del análisis de la muerte sobre la calidad de vida*. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.
- Cinta, D. (2006). La vejez ¿respetabilidad de la familia? *Salud de la comunidad*, 2(3), 67-71.
- Consejo Nacional de Población. CONAPO. (2005). Carpeta Informativa. 11 de julio. Día Mundial de la Población. *Consejo Nacional de población*. (En red). Disponible en: [www.conapo.gob.mx/prensacarpeta2005](http://www.conapo.gob.mx/prensacarpeta2005).
- Consejo Nacional de Población. CONAPO. (2011). La situación demográfica en México. Día. *Consejo Nacional de población*. (En red). Disponible en: [www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2011\)SDM2011.pdf](http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2011)SDM2011.pdf).
- Contreras, D., Moreno, M., Martínez, M., Araya, P., Livacic-Rojas, P. & Vera-Villarroel, P. (2006). Efecto de una intervención cognoscitivo-conductual sobre variables emocionales en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1), 45-58.



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

- Corral, A. (2008). El desarrollo psicológico durante la vida adulta. En: Delgado, B. (Coord.) *Psicología del desarrollo. Desde la infancia a la vejez*, Vol. 2. (pp. 167-184), México: McGraw Hill.
- Corrales, E. Tardón, A. & Cueto, A. (2000). Estado funcional y calidad de vida en mayores de setenta años. *Psicothema*, 12(2), 171-175.
- Creagan, E. (2004). *Guía de la clínica Mayo sobre envejecimiento saludable*. México: Trillas.
- Dankhe, G. L. (1976). Investigación y comunicación, En: G. Fernández-Collado & G. L. Dankhe. (Eds.). *K. La comunicación humana: Ciencia Social*. (pp. 385-454) México: McGraw-Hill.
- Corral, A. (2008). El desarrollo psicológico durante la vida adulta. En: Delgado, B. (Coord.) *Psicología del desarrollo. Desde la infancia a la vejez*, Vol. 2. (pp. 167-184), México: McGraw Hill.
- Davis, K. & Fox, J. (1993). Excessive exercise and weight preoccupation in women. *Addictive Behaviors*, 18(2), 201-211.
- De la Serna, I. (2000). Necesidades del anciano. En: *Manual de Psicogeriatría Clínica*. (pp. 202 - 203). España: Masson.
- Dengra, R., Mérida, C., Cobos, A. Gálvez, M. & Arráez, A. (2000). Variables biopsicosociales que inciden en la participación de los mayores en programas comunitarios: intervención en habilidades interpersonales y resolución de problemas,

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

necesidades, factibilidad, utilidad. En: *Temas de Gerontología III*. (pp. 310-319).

Granada: Grupo Editorial Universitario.

Díaz, M. (2008). Principales trastornos en la edad adulta y la vejez. En: Delgado, B. (Coord.) *Psicología del desarrollo. Desde la infancia a la vejez, Vol. 2*. (pp. 199-212). México: McGraw Hill.

Díaz, R., Oliveros, G. & otros (recuperado en 2005). *Soledad*. Apsique. (En red). Disponible en: <http://www.apsique.com/node/120>.

Dulcey-Ruiz E. (2000). Envejecimiento, calidad de vida y violencia intrafamiliar. *Presentado en el 5o. Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud*. Cartagena, Colombia.

Dulcey-Ruiz E, Mantilla G, Alfonso A, & García D. (1998). *Calidad de vida y situaciones de cambio*. Colombia: Expojaveriana, Universidad Javeriana de Bogotá.

Dulcey-Ruiz E, & Quintero G. (1999). Calidad de vida y envejecimiento. En: Rocabruno, J. (Ed.), *Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica*. (pp. 128-136). Cuba: Academia.

Ellis, A. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. España: Desclée de Bruwer.

Ellis, A. (1999). Rational Emotive Behavior Therapy and Cognoscitive Behavior Therapy for elderly people. *Journal of Rational-Emotive & Cognoscitive-Behavior Therapy*, 17(1), 5-18.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

- Ellis, A. (2003). Early Theories and Practices of Rational Emotive Behavior Therapy and how they have been augmented and revisited during the last three decades. *Journal of Rational-Emotive & Cognoscitive-Behavior Therapy*, 21(3-4), 219-243.
- Escobar, A. (2009). Las calamidades de la vejez. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 52(1), 30-33.
- Escobar, M., Puga, D. & Martín, M. (2008). Asociaciones entre la red social y la discapacidad al comienzo de la vejez en las ciudades de Madrid y Barcelona en 2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82(6), 637-651.
- Escudero, M., Salam, M., Pérez, A., González, E., Sánchez, F., Fernández, N., López, I. & López, M. (1999). Apoyo social de la población mayor de 74 años en el medio comunitario. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 9, 154-160.
- Fernández, J. & García, A. (1994). Redes de apoyo social en usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio de la tercera edad. *Psicothema*, 6(1), 39-47.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Envejecimiento satisfactorio. En: Zarco, D. & Martínez, J. (Ed.) Corazón, cerebro y envejecimiento. (pp. 35-53), España: Tricastela.
- Fiori, K., Antonucci, T. & Cortina, K. (2006). Social Network Typologies and Mental Health Among Older Adults. *Gerontology: Psychological Sciences*, 61B(1), 25-32.
- Fiori, K., Smith, J. & Antonucci, T. (2007). Social Network Types Among Older Adults: A Multidimensional Approach. *Gerontology: Psychological Sciences*, 62B(6), 322-330.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Fuguet, J. & Caner, C. (1993). El anciano sano. En: *Enfermería geriátrica*. (pp. 35-43).

Barcelona: Ediciones científicas y técnicas.

García, B. (2003). Empoderamiento y autonomía de las mujeres en la investigación sociodemográfica actual (parte A). *Estudios sociodemográficos y urbanos*. Mayo-Agosto(53), 221-253.

García, M. (2002). La actividad y el ocio como fuente de bienestar durante el envejecimiento. *Efdeportes.com Revista Digital*. (En red). Disponible en: <http://www.efdeportes.com>.

García, M. (2008). La calidad de vida y los sentimientos de soledad, en adultos mayores que asisten a una clínica de salud. Tesis de licenciatura no publicada: México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.

García, M. (2009). Calidad de vida en personas de la tercera edad dependientes de la familia de la Unidad de Medicina Familiar No. 32 San José de Aura Coahuila. Tesis de especialidad no publicada. México: UNAM.

García, M., Rodríguez, C. & Toronjo, A. (2001). Atención al anciano. Aspectos a tener en cuenta. En: *Enfermería del anciano*. (pp. 18-20). Madrid: Difusión de avances de enfermería.

García-Bóveda, R., Vázquez, A. & Vázquez, R. (2007). Habilidades sociales y apoyo social en esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(1), 61-71.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

- Gil, R. & García, S. (1998). Entrenamiento en Habilidades Sociales. En: Labrador, J., Cruzado, J. y Muñoz, M. (Eds.), *Manual de Técnicas de Modificación y Terapias de Conducta*. (pp. 796-827). Madrid: Pirámide.
- Glass, T., Méndez, C., Seeman, T. & Berkman, L. (1997). Beyond Single Indicators of social networks: a Lisrel Analyses of social ties among the elderly. *Soc. Sci. Med.*, 44(10), 1507-1517.
- Gómez, M. & Martos, A. (2005). La capacidad funcional y el apoyo social informal en un grupo de personas adultas mayores institucionalizadas. *Rev. Mult. Gerontol.*, 15(2), 85-91.
- González-Celis, A. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos*. Tesis de Doctorado en Psicología no publicada. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- González-Celis, A. (2003). Los Adultos mayores: un reto para la familia En: Euguiluz, L. (Com.) *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. (pp. 127-139). México: Prax.
- González-Celis, A. (2004). *Aportaciones del enfoque cognoscitivo-conductual a la psicología del envejecimiento*. Texto presentado en la II Reunión de Investigadores Nacionales en Psicología.
- González-Celis, A. (2005). ¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos? En: L. Garduño; B. Salinas & M. Rojas. *Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo en México*. (pp.259-294). México: Plaza y Valdez.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

- González-Celis, A. (2009). Autoeficacia para realizar actividades cotidianas (AeRAC) en ancianos mexicanos. En: González-Celis, A. (Comp.) *Evaluación en psicogerontología*. (pp. 47-75). México: Manual Moderno.
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E. & Hecht, J. (1993). Self-Efficacy and Health behavior Among Older Adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34(June) 89-104.
- Harper, A. & Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQoL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
- Heman, A. (2007). Capítulo 1. Principios básicos de la terapia cognoscitivo-conductual. En: Hernández, N. & Sánchez, J. (Comp.), *Manual de psicoterapia cognoscitivo-conductual para trastornos de la salud*. (pp. 12-48). España: Libros en Red.
- Hernández, R., Fernández, C. & Batista, L. (2001). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, Z. (2005). La psicoterapia en la vejez. *Revista internacional de psicología y educación*. 7(002), 79-100.
- Horgas, A., Hans-Ulrich, W. & Baltes, M. (1998). Daily Life in Very Old Age: Everyday activities as expression of Successful Living. *The gerontologist*, 38(5) 556-568.
- Iecovich, E., Barasch, M., Mirsky, J., Kaufman, R., Avgar, A. & Kol-Fogelson, A. (2004). Social Support Networks and Loneliness Among Elderly Jews in Russia and Ukraine. *Journal of Marriage and Family*, 66(2), 306-317.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2003) Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, ENASEM. (En red). Disponible en: <http://www.mhas.pop.upenn.edu/>.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2007). *Censo de Población y vivienda 2002 y Conteo de población y vivienda 2005*. (En red). Disponible en: [http://inegi.gob.mx/lib/olap/general\\_ver3MDX QueryDatos.asp](http://inegi.gob.mx/lib/olap/general_ver3MDX QueryDatos.asp).

Jackson, T. (2006). Relationships between perceived close social support and health practices within community samples of American women and men. *The Journal of Psychology*, 140 (3), 229-246.

Jacobson, N. (1991). Clinical Significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12-19.

Johnson, J. (1996). Social support and psychological health in rural elderly. *Applied Nursing Research*, 9(2), 61-66.

Juncos, O. & Pereiro, A. (2000). Intervención en comunicación y lenguaje en la tercera edad. En: *Temas de Gerontología III*. (167-175). Granada: Grupo Editorial Universitario.

Jung, J. (1997). Balance and source of social support in relation to well-being. *The Journal of General Psychology*, 124, 77-90.

Kafetsios, K & Nezlek, J. (2002). Attachment styles in everyday social interaction. *European Journal of Social Psychology*, 32(5), 719-735.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

- Katschnig, H. (2000). Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría. En: H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Dir.). *Calidad de Vida en los Trastornos Mentales*. (pp. 3-15). Barcelona: Masson.
- Krassoiénovitch, M. (1998). *Psicoterapia geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Labiano, M. (2003). Capítulo 1. Introducción a la psicología de la salud. En: Orbitas, L. (Coord.). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Lahuerta, C., Borrell, C., Rodríguez-Sanz, M., Pérez, K., & Nebot M. (2004). La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 83-91.
- Lawton, M. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30(1), 85-89.
- Lawton, M. (1983). The varieties of welling. *Experimental aging research*, 9(2) 65-72.
- Lázaro, A., Rubio, E. & Sánchez, A. (2007). Capacidad funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital en 2005. *Revista española de salud pública*, 8(6), 525-636.
- Leal-Felipe, M., Leal-Felipe, A., Darías-Curvo, S. & Arroyo-López, M. (2000). Indicadores de calidad de vida en la vejez. *Archivo geriátrico*, 3(2), 46-51.



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Lehman, A. (2000). Instrumentos para medir la calidad de vida en los trastornos mentales.

En: H. Katsching, H., Freeman & N. Sartorius (Dir.). *Calidad de Vida en los Trastornos Mentales*. (pp. 77-92). Barcelona: Masson.

Lehr, U. (1995). *Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*.

España: Herder.

Leiva, V. (2006). Efectos del entrenamiento en relajación y habilidades sociales para el

manejo de las enfermedades psicosomáticas: estudio de caso único. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 5 (10), 1-19.

Lewis, J. (1997). Housing and social support needs of elderly persons: a needs assessment

in an independent living facility. *Evaluation and Program Planning*, 20(3), 269-277.

Litwin, H. (1998). The provision of informal support by elderly people residing in assisted

living facilities. *The Gerontologist*, 38(2), 239- 246.

Litwin, H. & Shiovitz-Ezra, S. (2006). Network tipe and mortality risk in later life. *The*

*gerontologist*, 46(6), 735-743.

Lozano, A. (2000). Envejecimiento del ser humano. En: *Introducción a la geriatría*. (pp.

21-30). México: Méndez.

Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., Von Renteln, W., Beck, J., & Stuck, A.

(2006). Performance of an Abbreviated Version of the Lubben Social Network Scale Among Three European Community-Dwelling Older Adult Populations. *The Gerontologist*, 46(4), 503 – 513.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

- Lukomski, A. (2000). Calidad de vida: historia y futuro de un concepto problema. En: Voladeras, M., Escobar, J., Maldonado, C., Delgado, C., Castro, M., Pfizenmaier, W., Lukomski, A.; Pérez, M., Guzmán, M., Támara, L., Arteaga, I., Fonnegra-Jaramillo, I. & Gerlein, C. (Eds.). *Colección Bios y Ethos: Bioética y Calidad de Vida*. (pp. 153-161). Bogotá: Ediciones del Bosque.
- Machado, A., Salmazo, H. & Galhardoni, R. (2008). Successful aging: paths for a construct and new Frontiers. *Comunicação, Saúde, Educação*, 12(27), 795-807.
- Mannell, R. & Kleiber, D. (1997). *A Social Psychology of Leisure*. Estados Unidos de América: Venture Publishing.
- Martín, M. (2002). Aspectos psicosociales del envejecimiento. En: Agüera, L., Martín, M. & Cervilla, J. (Eds.). *Psiquiatría Geriátrica*. (pp. 63 – 95). España: Masson.
- Martín, J. (2008). Psicoterapia en la edad tardía. *Clínica y Salud*, 19(1), 101-120.
- Martínez, J., Onís, M., Dueñas, R., Colomer, A., Luque, R. & Taberna, C. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado para el despistaje de depresión en mayores de 65 años. *Medifam*, (12), 620-30.
- Martínez-Maldonado, M., Correa-Muñoz, E. & Mendoza-Núñez, V. (2007). Program of active a aging in rural Mexican community: a cualitative approximation. *BMC Public Healt*, 7, 276-284.
- McIntosh, W., Sykes, D. & Kubena, K. (2002). Religion and community among the elderly: the relationship between the religious and secular characteristic of the social networks. *Review of Religious Research*, 44(2), 109 -125.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

- Meichenbaum, D. (1989). Terapias cognoscitivas-conductuales. En: Inn, S. & Garske, J. *Psicoterapias contemporáneas*. (pp. 330-335). España: Descleé de Brower.
- Meléndez-Moral, J., Tomás-Miguel, J. & Navarro-Pardo, E. (2007). Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. *Salud Pública de México*, 49(6), 408 – 414.
- Menchón, J. (1997). La depresión en la edad tardía. *Revista Electrónica en Línea Psiquiatría Biológica*, 4(4). (En red). Disponible en: [http:// psychiatry. medscape. com](http://psychiatry.medscape.com).
- Mendoza-Núñez, V. & Martínez-Maldonado, M. (2009). Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM). En: González-Celis, A. (Comp.), *Evaluación en psicogerontología*. (pp. 95-112). México: Manual Moderno.
- Mirowsky, J. (1995). Age and the sense of control Social. *Psychology Quartely*, 58(1)31-43.
- Monjas, M. (1999). *Programa de Enseñanza de habilidades Interacción Social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid: Ciencia de la Educación Preescolar y Especial (CEPE).
- Montero-López, M. (1998). *Soledad: desarrollo y validación de un inventario multifacético para su medición*. Tesis de Doctorado en Psicología no publicada. México Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria UNAM.
- Montero-López, M. & Sánchez-Sosa, J. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud mental*, 1(24), 19-27.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

- Montero-López, M. (2009). IMSO-AM: Escala de Soledad en el Adulto Mayor. En: González-Celis, A. (Comp.), *Evaluación en psicogerontología*. (pp. 123-131). México: Manual Moderno.
- Moorer, P. & Suurmeijer, T. (2001). The Effects of neighbourhoods on Size of Social Network of the Elderly and Loneliness: A Multilevel Approach. *Urban Studies*, 38(1), 105–118.
- Moreno, M., Contreras, B., Martínez, N., Araya, P., Livacic-Rojas, P. & Vera-Villaruel, P. (2006). Evaluación del efecto de una intervención cognoscitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico. *Rev Méd Chile*, 134(4), 433-440.
- Morris, K., McAuley, E. & Motl, R. (2008). Neighborhood satisfaction, functional limitations, and self-efficacy influences on physical activity in older women. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 5(13), 1-8.
- Mussi, C. (2004). Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer. En Oblitas, L. (Cmp.), *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson Paraninfo.
- Nebot, M., Lafuente., J., Tomás, Z., Borrell, C. & Ferrando, J. (2002). Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana: un estudio longitudinal. *Rev. Esp. Salud pública*, 76(1), 673-682.
- Nieto, J. (2002). Prólogo. *Psicología y Salud*. (pp. 7-8). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Nuevo, R, & Montorio, I. (2005). Eficacia en un tratamiento cognoscitivo-conductual para la preocupación excesiva en adultos mayores. *International journal of clinical and health psychology*, 5(2), 215-226.

Obst Camerini, J. (2004). *La Terapia Cognoscitiva*. Bs.Aires: CATREC. (En red).  
Disponibile en: <http://www.catrec.org>.

Organización de las Naciones Unidas, ONU. (2007a). Estudio Económico y Social Mundial 2007. *El desarrollo en un mundo que envejece*. Reseña. United Nations publication. (En red). Disponible en: [http://www.un.org/es/apolicy/wesswess2007/files/overview\\_languagesoverview\\_sp.pdf](http://www.un.org/es/apolicy/wesswess2007/files/overview_languagesoverview_sp.pdf). pdf.

Organización de las Naciones Unidas, ONU. (2007b). World Economic and Social Survey 2007. Development in an Ageing World. *United Nations publication*. 50(1), 5-260.

Oppenheimer, L. (1989). The Nature of Social Action: Social Competence Versus Social Conformism. En: Schneider, H., Attili, G., Nadel, J. & Weissber, R. (Eds.). *Social Compece in Developmental Perspective*. (pp. 41-69), Estados Unidos de Norte América: Kluwer Academic Publishers.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (1984). Aplicaciones de la epidemiología al servicio de los ancianos. Ginebra: OMS. No. 706.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2008). *Agenda de Investigación*. Organización Mundial de la Salud (OMS). (En red). Disponible en: <http://www.who.int/peh-emf/research/agenda/es/>.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

- Ory, M. & Cox, L. (1994). Forging ahead: linking health and behavior to improve quality of life in older people. En: *Social Indicators research*. (pp. 121-163). Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Pérez, E. & Morales, J. (2000). Fisiología del envejecimiento. En: Rodríguez, R. Morales, J. Encinas, J. Trijillo, Z. & D'hyver, C. (Eds.). *Geriatría*. (pp. 32-36). México: McGraw Hill.
- Perlado, F. (1995). *Teoría y práctica de la geriatría*. En: Phillips, J., Bernard, M., Phillipson, C. & Ogg, J. (2000). Social support in later life: a study of three areas. *British Journal of Social Work*, 30(6), 837 – 853.
- Phillips, J., Bernard, M., Phillipson, C. & Ogg, J. (2000). Social Support and Older People: A Study of Three Areas. *The British Journal of Social Work*, 30(6), 835-851.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S. & WHOQoL-OLD Group. (2005). Development of the WHOQoL-Old module. *Quality of life research*, 14(10), 2197 – 2214.
- Puig, J. & Trilla, J. (1987). Concepto, historia y sociología del ocio. En: *La pedagogía del ocio*. (pp. 7-10). Barcelona: Laertes.
- Quintanar, F. (2003). Envejecimiento común y exitoso. *Revista electrónica de geriatría y gerontología*, 3(1). (En red). Disponible en: <http://www.geriatricnet.com>.
- Quintanilla, M. (2000). Causas y consecuencias del envejecimiento. En: *Enfermería geriátrica: Cuidados integrales en el anciano*. (pp. 43-48). Barcelona: Monsa.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Reich, J., Zautra, A.J. & Hill, J. (1987). Activity, Event Transaction and Quality of Life in Older Adults. *Psychology and Aging*, 2(2), 116-124.

Reyes, T., Triana, E., Matos, N. & Acosta, J. (2002). Salud de la tercera edad y calidad de vida. *Revista electrónica de geriatría y gerontología*, 4(1), 1-12. (En red). Disponible en: [www.Redadultosmayores.com.ar/buscador7files/CALID007.pdf](http://www.Redadultosmayores.com.ar/buscador7files/CALID007.pdf).

Reynoso, L. & Seligson, I. (2002). Psicología y Salud en México. En: *Psicología y Salud*. (pp. 13-31). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Ribes, E. (1990). Un modelo psicológico de la salud. En: *Psicología y Salud: Un análisis conceptual*. (pp. 22-36). España: Martínez Roca: Libros universitarios y profesionales.

Robles, L. (2006). La vejez: nuevos actores, relaciones sociales y demandas políticas. *Relaciones*, XXVII(105), 140-175.

Robles L., Rizo, G., Camarena, L., Cervantes, L., Gómez, M. & Siordia, M. (2000). Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2), 557-560.

Rodríguez, A. (1994). *Dimensiones psicológicas de la vejez*. En: Buendía, J. (Comp.). *Envejecimiento y la psicología de la Salud*. (pp. 53-75). México: Siglo veintiuno.

Rodríguez, G. (2000). *Geriatría*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.

Rodríguez, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

- Rodríguez, M., Pastor, M. & Lopez-Roing, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicotema*, 5(Sup), 349-372.
- Rojas, M. (2004). Bienestar Subjetivo en México y su relación con Indicadores Objetivos. *México*. En: Garduño, L.; Salinas, B. & Rojas, M. (Comp.). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. (pp. 83-111). México: Plaza y Valdez.
- Rowe, J. & Kahn, R. (1987). Human aging, usual and successful. *Science*, 237(4811), 143-149.
- Rowe J. & Kahn R. (1998). Successful aging. *Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Rubio, R. & Aleixandre, M. (2001). Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre estar solo y el sentirse solo. *Revista Multidisciplinaria Gerontológica*. 11(1), 23-28.
- Sáiz, D., Baqués, J. & Sáiz, M. (1998). Una panorámica sobre la investigación en psicología de la vejez a través de un análisis de sus publicaciones (1991-1995). *Anales de psicología*, 14(1), 3-12.
- Sánchez, M., & Mendoza V. (2003). Capítulo 3. Estrés oxidativo, envejecimiento y enfermedad. En: *Envejecimiento, enfermedades crónicas y antioxidantes* (pp.30-56). México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Sánchez-Sosa, J. & González-Celis, A. (2002). La calidad de vida en ancianos. En: *Psicología y Salud [Folleto]*. México: UNAM.



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

- Sánchez-Sosa, J. & González-Celis, R. (2005). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En V. E. Caballo (Coord.): *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 473-492). Madrid: Pirámide.
- Sawatzky, R., Liu-Ambrose, T., Miller, W., & Marra, C. (2007). Physical activity as a mediator of the impact of chronic conditions on quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(68), 2-31.
- Shields, G., Sherr, M. & King, W. (2003). Informal versus formal social networks among the Elderly and the role of religion. *North American Association of Christians in Social Work (NACSW) Convention: Louisville, KY*. (En red). Disponible en: <http://www.nacsw.org>.
- Silva, T., Cereda, R. & Ramos, R. (2009). Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev Saúde Pública*, 43(4), 613-21.
- Sluzki, E. (1996). La red social proposiciones generales. En: *La red social: frontera de la práctica sistemática*. (pp. 37-61). España: Gedisa.
- Sluzki, E. (2000). Social Networks and the Elderly: Conceptual and Clinical Issues, and a Family Consultation. *Family Process*, 39(3), 271-284.
- Solís, Y. & Marín-Llanes, R. (2001). *La tercera edad. Interpsiquis*, (2). (En red). Disponible en: [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com).
- Stassen, K. & Thompson, R. (2000). *Psicología del desarrollo: Adulthood y vejez*. España: Médica Panamericana.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

- Thompson, S. (1981). A complex answer to a simple question: will it hurt less if I can control it? *Psychological Bulletin*, 90(2), 293-304.
- Torres, M. & Chaparro, A. (2003). Fisiología del envejecimiento. En: Guillén, F. & Pérez, J. (Ed.) *Síndrome y cuidados en el paciente geriátrico*. (pp. 17-23). España: Masson.
- Treviño-Siller, S., Pelcastre-Villafuerte, B. & Márquez-Serrano, M. (2006). Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud Pública de México*. 48(1), 8-30.
- Triana E., & Reyes T. (1999) Informática y Adulto Mayor. En: Triana E. & Sanabria R. (Coord.). *Informática y envejecimiento. Retos de un nuevo milenio*. La Habana. Edición especial en CD-ROM. Editorial de Ciencias Médicas.
- Ulla, S. Espinoza, F., Fernández, E.; Fernández, A. & Prieto, S. (2003). Aspectos relacionados con el bienestar percibido en una residencia de mayores: Análisis descriptivo. *Revista electrónica de geriatría y gerontología*, 5(1). (En red). Disponible en: <http://www.geriatrianet.com>.
- Varela, M., Arrivillaga, M. & Cáceres, D. & Holguín. (2005). Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y calidad de vida en pacientes con hipertensión. *Acta colombiana de psicología*, 14(Noviembre), 69-85.
- Vellas, P. (1996). Envejecer exitosamente: concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva más positiva. *Salud Pública de México*, 38(6), 513-522.
- Vera, J. & Sotelo, T. (2004). Bienestar y redes de apoyo social en población de la tercera edad. *La psicología social en México*, X, 95-102.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

- Vera, J., Sotelo, T., & Domínguez M. (2005). Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 2(2), 57-78.
- Vera, S. (2006) *¿Los sentimientos de soledad en adultos mayores disminuyen su bienestar subjetivo así como los niveles de autoeficacia*. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Vergara, S. (2009). *Intervención cognoscitivo conductual en adultos mayores: retos y dificultades en la adaptación de una terapia de grupo manualizada*. Tesis de Doctorado en psicología no publicada. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Villar, F., Triadó, C., Solé, C. & Osuna, M. (2006). Patrones de actividad cotidianas en personas mayores: ¿es lo que dicen hacer lo que deberían hacer? *Psicotema*, 18(1), 149-155.
- Visauta, V. (1998). *Análisis estadístico con SPSS para Windows. Volumen 2. Estadística Multivariante*. México: Mac Graw Hill.
- Waters, E. & Sroufe, A. (1983). Social Competence as a Developmental Construct. *Developmental Review*. 3, 79–97.
- Weinstein, N. (1980). Optimismo irreal acerca de los eventos futuros. En: *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(5), 806-819.
- Wolman, S. (1987). *Diccionario de Ciencias de la Conducta*. México: Trillas.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leiver, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 18: 37-49.

Zarragoitia, A. (2003) La depresión en la tercera edad. *Revista electrónica de geriatría y gerontología*. 5(2). (En red). Disponible en: <http://www.geriatricnet.com>.

Zelek, M & Weissberg, R. (1989). Promotin Social Competence in Early Adolescence: Developmental Considerations. En: Schneider, H., Attili, G., Nadel, J. & Weissber, R. (Eds). *Social Compence in Developmental Perspective*. (pp. 371-385). Estados Unidos de Norte América: Kluwer Academic Publishers.

Zunzunegui, M., Alvarado, V., Der Ser, T. & Otero, A. (2003). Social networks, social integration, and social engagement determine cognoscitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *The journal of gerontology*, 58B(2), 93-100.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

# **Anexos**

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Anexo 1.

**Ficha de datos sociodemográficos**

FOLIO\_\_\_\_\_

1. NOMBRE\_\_\_\_\_
2. SEXO Femenino ( ) Masculino ( )
3. EDAD\_\_\_\_\_ (años cumplidos)
4. ESTADO CIVIL Soltero ( ) Casado ( ) Con pareja ( ) Separado ( ) Divorciado ( )  
Viudo ( )
5. ¿CON CUÀNTAS PERSONAS \_\_\_\_\_ VIVE?
6. CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE Solo ( ) Con su pareja o cónyuge ( )  
Con sus hijos ( ) Nietos ( ) Hermanos ( ) Amigos ( ) Personas pagadas sin  
vínculos ( ) Con un familiar ( ) Otro ( ) ¿Quién? \_\_\_\_\_
7. ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA VIVIENDO ASÍ?  
Días \_\_\_\_\_  
Meses \_\_\_\_\_  
Años \_\_\_\_\_
8. ¿CUÁL ES SU NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS?
9. ¿ESTÁ ENFERMO EN ESTE MOMENTO? Sí ( ) No ( )
10. ¿CUÁL ES SU ENFERMEDAD?  
\_\_\_\_\_
11. ¿DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO PADECE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA?  
Días \_\_\_\_\_  
Meses \_\_\_\_\_  
Años \_\_\_\_\_





Anexo 2.  
**Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM)**

UNAM

El siguiente cuestionario ha sido construido para proporcionar información sobre la forma cómo actúa normalmente. Escuche cuidadosamente cada oración e indique de acuerdo con las tarjetas de respuesta que le mostraré, la frecuencia con la realiza las siguientes conductas. Por favor, sea sincero(a) y espontáneo(a) al responder, señalando la opción de respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. Recuerde: **No deje ninguna pregunta sin contestar.**

			Nunca o casi nunca	A veces	Muy seguido	Siempre
1	II.	Si no estoy de acuerdo con un amigo se lo digo.				
2	III.	Si necesito ayuda la pido.				
3	IV.	Soy una persona que sabe defender sus derechos				
4	V.	Expreso lo que siento a las personas que quiero.				
5	VI.	Cuando una persona me agrada se lo digo.				
6	II.	Expreso lo que pienso.				
7	III.	Si necesito ayuda de alguna persona la pido.				
8	V.	A las personas que aprecio les digo que las quiero.				
9	VI.	Me es fácil mostrar a la gente mi agrado hacia ellos.				
10	II.	Cuando no estoy de acuerdo con algo lo digo.				
11	III.	Pido ayuda a mi familia cuando la necesito.				
12	V.	Abrazo a las personas que quiero.				
13	II.	Expreso mi opinión aunque no sea popular.				
14	III.	Pido ayuda a mis amigos si así lo requiero.				
15	V.	Digo a mis amigos que los aprecio.				
16	VI.	Expreso mi agrado a mis conocidos.				
17	III.	Cuando necesito ayuda de algún conocido se la pido.				
18	V.	Digo a mis familiares que los quiero.				

Le voy a preguntar lo que piensa de su vida en **las dos últimas semanas** y va a contestar con unas tarjetas que le voy a enseñar y que le pueden ayudar a responder las preguntas.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

			Nunca o casi nunca	A veces	Muy seguido	Siempre
19	<b>II.</b>	Tengo derecho a expresar mis opiniones.				
20	<b>III.</b>	Si no entiendo algo pido que me lo expliquen.				
21	<b>V.</b>	Procuro ayudar a las personas que aprecio.				
22	<b>VI.</b>	Soy amigable con las personas que me agradan.				
23	<b>I.</b>	Procuro conversar con las personas aunque no las conozca.				
24	<b>V.</b>	Digo que quiero a las personas sin importar lo que otros piensen.				
25	<b>VI.</b>	Expreso mi agrado por las personas.				
26	<b>I.</b>	Yo inicio las pláticas con mis amigos.				
27	<b>III.</b>	Pido favores a los demás.				
28	<b>V.</b>	Procuro que las personas que quiero se sientan bien.				
29	<b>VI.</b>	Cuando una persona me agrada la ayudo.				
30	<b>I.</b>	Las pláticas con mis familiares las comienzo yo.				
31	<b>II.</b>	Digo a mis conocidos cuando no estoy de acuerdo con ellos.				
32	<b>III.</b>	Pido favores a mis amigos.				
33	<b>V.</b>	Expreso a mis amigos que los quiero.				
34	<b>VI.</b>	Si mi vecino me agrada procuró ayudarlo.				
35	<b>I.</b>	Con mis conocidos yo inicio las pláticas.				
36	<b>III.</b>	Pido favores a mis conocidos.				
37	<b>IV.</b>	Defiendo mis derechos.				
38	<b>V.</b>	Expreso a mis familiares que los quiero.				
39	<b>VI.</b>	Cuando un conocido me agrada procuró ayudarlo.				
40	<b>III.</b>	Pido favores a mis familiares.				

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!**

Anexo 3.

**Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASM)  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES \* Z A R A G O Z A \*  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: Casado/a \_\_\_\_\_ Soltero/a \_\_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_\_

**Marque con una cruz (X) la respuesta en el espacio que corresponda.**

	SI	NO
¿Tiene pareja?		
¿Tiene hijos(as)?		
¿Tiene “parientes”: sobrinos (as), hermanos (as), primos(as), etc.?		
¿Tiene amigos(as)?		
¿Pertenece a algún grupo de apoyo comunitario?*		
¿Cuenta usted con seguridad social o apoyo institucional?***		

\*¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

\*\*¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

**Continuar con los siguientes apartados de acuerdo con las preguntas anteriores.**

**I. RED INFORMAL FAMILIAR**

Marque con una cruz (X)

**Pareja**

1. ¿Con qué frecuencia ve a su pareja?	No la veo. <b>(0)</b>	Menos de una vez al mes. <b>(1)</b>	1 o dos veces al mes. <b>(2)</b>	1 vez a la semana o más. <b>(3)</b>
2. ¿Con qué frecuencia habla usted con pareja?	No le hablo <b>(0)</b>	Menos de una vez al mes. <b>(1)</b>	1 o dos veces al mes. <b>(2)</b>	1 vez a la semana o más. <b>(3)</b>
3. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su pareja?	Apoyo Emocional <b>(1)</b>	Apoyo Instrumental <sup>2</sup> <b>(1)</b>	Apoyo Material <sup>3</sup> <b>(1)</b>	Apoyo Informativo <sup>4</sup> <b>(1)</b>
4. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que le proporciona su pareja?	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>

**Hijos (as) ¿Cuántos hijos tiene? ( )**

*Anote el número*

<sup>1</sup> **Apoyo emocional:** Afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha.

<sup>2</sup> **Apoyo instrumental:** Cuidado, transporte, labores del hogar.

<sup>3</sup> **Apoyo material:** Dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios.

<sup>4</sup> **Apoyo informativo:** Orientación, Información, Intercambio de experiencias.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

1. ¿Con qué frecuencia ve a sus hijos(as)?	No los(as) veo. <b>(0)</b>	Menos de una vez al mes. <b>(1)</b>	1 o dos veces al mes. <b>(2)</b>	1 vez a la semana o más. <b>(3)</b>
2. ¿Con qué frecuencia habla usted con sus hijos(as)?	No les hablo <b>(0)</b>	Menos de una vez al mes. <b>(1)</b>	1 o dos veces al mes. <b>(2)</b>	1 vez a la semana o más. <b>(3)</b>
3. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos(as)? Marque con una cruz (X)	Apoyo Emocional <b>(1)</b>	Apoyo Instrumental <sup>2</sup> <b>(1)</b>	Apoyo Material <sup>3</sup> <b>(1)</b>	Apoyo Informativo <sup>4</sup> <b>(1)</b>
4. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que le proporcionan sus hijos(as)? Marque con una cruz (X)	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>

**Familiares próximos ¿Cuántos tiene? (      )**

*Anote el número*

1. ¿Con qué frecuencia ve a sus familiares o parientes? Marque con una cruz (X)	No los(as) veo. <b>(0)</b>	Menos de una vez al mes. <b>(1)</b>	1 o dos veces al mes. <b>(2)</b>	1 vez a la semana o más. <b>(3)</b>
2. ¿Con qué frecuencia habla con sus familiares o parientes? Marque con una cruz (X)	No les hablo. <b>(0)</b>	Menos de una vez al mes. <b>(1)</b>	1 o dos veces al mes. <b>(2)</b>	1 vez a la semana o más. <b>(3)</b>
3. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas? Marque con una cruz (X)	Apoyo Emocional <b>(1)</b>	Apoyo Instrumental <sup>2</sup> <b>(1)</b>	Apoyo Material <sup>3</sup> <b>(1)</b>	Apoyo Informativo <sup>4</sup> <b>(1)</b>
4. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que le proporcionan sus familiares o parientes? Marque con una cruz (X)	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>

**I. RED INFORMAL EXTRAFAMILIAR**

**Amigos (as) ¿Cuántos tiene? (      )**

*Anote el número*

1. ¿Con qué frecuencia ve a sus amigos(as)? Marque con una cruz (X)	No los(as) veo. <b>(0)</b>	Menos de una vez al mes. <b>(1)</b>	1 o dos veces al mes. <b>(2)</b>	1 vez a la semana o más. <b>(3)</b>
2. ¿Con qué frecuencia habla con sus amigos(as)? Marque con una cruz (X)	No les hablo. <b>(0)</b>	Menos de una vez al mes. <b>(1)</b>	1 o dos veces al mes. <b>(2)</b>	1 vez a la semana o más. <b>(3)</b>

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas? Marque con una cruz (X)	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental <sup>2</sup> (1)	Apoyo Material <sup>3</sup> (1)	Apoyo Informativo <sup>4</sup> (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que le proporcionan sus amigos(as)? Marque con una cruz (X)	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>

***Apoyo comunitario***

1. ¿Con qué frecuencia acude usted al grupo comunitario? Marque con una cruz (X)	No acudo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona este(os) grupo(s)? Marque con una cruz (X)	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental <sup>2</sup> (1)	Apoyo Material <sup>3</sup> (1)	Apoyo Informativo <sup>4</sup> (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que le proporciona el grupo con el que acude? Marque con una cruz (X)	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>

**II. RED FORMAL INSTITUCIONAL**

Marque con una cruz (X)

1. ¿Con que frecuencia recibe este apoyo?	No recibo apoyo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Qué tipo de apoyo(s) le proporciona la institución?	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental (1)	Apoyo Materia <sup>3</sup> (1)	Apoyo Informativo (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que recibe?	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>	Nada <b>0</b> Poco <b>1</b> Regular <b>2</b> Mucho <b>3</b>

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**



Anexo 4.  
**Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQoL-OLD)**  
**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Instrucciones: Le voy a preguntar sus pensamientos y sentimientos en relación a ciertos aspectos de su calidad de vida y temas que pueden ser importantes para usted como miembro o persona adulta mayor de la sociedad. Si usted está inseguro sobre cuál es su respuesta, conteste la que considere más apropiada. Esta es con frecuencia, la primera respuesta que dé a la pregunta.

Por favor tenga en mente sus costumbres, esperanzas, placeres y preocupaciones. Le pido que piense de su vida en **las dos últimas semanas** y va a contestar con unas tarjetas que le voy a enseñar y que le pueden ayudar a responder las preguntas. Por ejemplo, pensando acerca de las dos últimas semanas, una pregunta que podría hacerle sería:

		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Completamente
0	¿Cuánto le preocupa lo que el futuro le pueda deparar?	1	2	3	4	5

Usted debe contestarme de acuerdo a su preocupación por el futuro durante las dos últimas semanas. De esta manera debe decir “bastante” si hubiera estado muy preocupado por su futuro. O contestar “nunca” si no se preocupó por el futuro en las dos últimas semanas.

**Por favor escuche con atención cada pregunta, evalúe sus pensamientos y sentimientos, y conteste señalando la respuesta que mejor lo describa.**

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

		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Completamente
1	¿Qué tanto siente que la alteración de sus sentidos (audición, visión, etc.) afecta su vida diaria?	1	2	3	4	5
2	¿Qué tanto la pérdida de audición, visión, olfato, etc., afecta su capacidad para llevar a cabo actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
3	¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?	1	2	3	4	5
4	¿Qué tanto siente que tiene control sobre su futuro?	1	2	3	4	5
5	¿Qué tanto siente que las personas que le rodean respetan su libertad?	1	2	3	4	5
6	¿Qué tanto le preocupa la manera en que morirá?	1	2	3	4	5
7	¿Cuánto miedo siente de no ser capaz de controlar su muerte?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánto le asusta morir?	1	2	3	4	5
9	¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?	1	2	3	4	5

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Las siguientes preguntas son acerca de **qué tanto ha sido capaz de llevar a cabo** ciertas cosas en las dos últimas semanas:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Completamente
10	¿Qué tanto sus problemas sensoriales (de audición, visión, etc.) afectan su capacidad para relacionarse con otras personas?	1	2	3	4	5
11	¿Cuánta capacidad tiene para realizar las cosas que le gustaría hacer?	1	2	3	4	5
12	¿Qué tanto está satisfecho/a con las oportunidades que tiene para seguir logrando cosas en su vida?	1	2	3	4	5
13	¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tanto siente que tiene suficientes cosas que hacer cada día?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas le piden contestar sobre **qué tan bien, feliz o satisfecho/a** se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las dos últimas semanas:

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Me da igual	Satisfecho/a	Muy satisfecho/a
15	¿Qué tan satisfecho/a está con lo que ha conseguido en su vida?	1	2	3	4	5
16	¿Qué tan satisfecho/a está con la manera de utilizar su tiempo?	1	2	3	4	5
17	¿Qué tan satisfecho está con su nivel de actividad?	1	2	3	4	5
18	¿Qué tan satisfecho está con sus oportunidades para participar en actividades de la comunidad?	1	2	3	4	5
		<b>Muy descontento/a</b>	<b>Descontento/a</b>	<b>Me da igual</b>	<b>Contento/a</b>	<b>Muy contento/a</b>
19	¿Qué tan contento está con las cosas que le ilusionan?	1	2	3	4	5
		<b>Muy malo</b>	<b>Malo</b>	<b>Regular</b>	<b>Bueno</b>	<b>Muy bueno</b>
20	¿Cómo diría que es su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a cualquier **relación íntima** que pueda tener.

		Ninguna	Pocas	Moderadamente	Muchas	Todas
21	¿Cuántas oportunidades tiene para amar?	1	2	3	4	5
22	¿Cuántas oportunidades tiene de ser amado/a?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
23	¿Qué tan acompañado se siente en su vida?	1	2	3	4	5
24	¿Cuánto amor experimenta en su vida?	1	2	3	4	5

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

**GRACIAS POR SU AYUDA**



Anexo 5.  
Escala de Bienestar Subjetivo (PGC)

**UNAM Instrucciones:** A continuación se le mostrarán dos tarjetas, una con la palabra **SI** y otra con la palabra **NO**; escuche atentamente cada una de las afirmaciones y señale la tarjeta que se ajuste a los sentimientos y pensamientos que ha experimentado en las dos últimas semanas.

**Factor 1 - Agitación**

1. Las pequeñas cosas me molestan más este año  
SI  NO
2. Algunas veces me preocupo tanto que no puedo dormir  
SI  NO
3. Tengo miedo de muchas cosas  
SI  NO
4. Me enfurezco más de lo acostumbrado  
SI  NO
5. Tomo las cosas duramente  
SI  NO
6. Me altero fácilmente  
SI  NO

**Factor 2 - Actitud hacia su propio envejecimiento**

7. Las cosas se ponen cada vez peor conforme yo me hago más viejo  
SI  NO
8. Yo tengo hoy tanta energía como la tenía el año pasado  
SI  NO
9. Conforme envejezco, soy menos útil  
SI  NO
10. Conforme envejezco, las cosas son mejores/peores de lo que creí que serían  
Mejores  Peores
11. Soy tan feliz ahora como cuando era más joven  
SI  NO

**Factor 3 - Soledad/Insatisfacción**

12. ¿Qué tan solo me siento?  
.....
13. Veo lo suficiente a mis amigos y familiares  
SI  NO
14. Algunas veces siento que la vida no vale la pena vivirla  
SI  NO
15. La vida es dura para mí casi todo el tiempo  
SI  NO
16. ¿Qué tan satisfecho estoy con mi vida actualmente?  
.....
17. Tengo muchas cosas porque estar triste  
SI  NO





UNAM

Anexo 6.

**Instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve)**  
(González-Celis, 2009)

Instrucciones: *A continuación le voy a presentar cinco grupos de tarjetas con diferentes actividades cotidianas, y le voy a pedir que usted señale la tarjeta de respuesta de acuerdo a qué tan capaz o competente se perciba para ejecutar cada una de las actividades. Piense si la actividad la realizara la semana próxima.*

	<b>ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA</b>	Completamente	Bastante	Moderadamente	Un poco	Nada
I-1	Preparar sus alimentos					
I-2	Planchar su ropa					
I-3	Quehaceres domésticos					
I-4	Lavar su ropa					
I-5	Asear su habitación					
I-6	Ir de compras					

	<b>ACTIVIDADES RECREATIVAS MENTALES</b>					
RM-1	Resolver juegos de pasatiempos					
RM-2	Armar rompecabezas					
RM-3	Pintar, dibujar o iluminar					
RM-4	Jugar juegos de mesa					
RM-5	Leer					
RM-6	Ver televisión					

	<b>ACTIVIDADES RECREATIVAS FISICAS</b>					
RF-1	Hacer aerobics					
RF-2	Correr o trotar					
RF-3	Hacer ejercicio					
RF-4	Bailar o cantar					
RF-5	Nadar					

	<b>ACTIVIDADES SOCIALES</b>					
S-1	Platicar con amigos y familiares					
S-2	Platicar con vecinos					
S-3	Visitar familiares					
S-4	Visitar amigos					
S-5	Hablar por teléfono con amigos y familiares					
S-6	Convivir con gente de mi edad					

	<b>ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN A LA SALUD</b>					
PS-1	Realizar análisis médicos					
PS-2	Tomar medicamentos					
PS-3	Visitar al médico o ir al hospital					



UNAM

Anexo 7.

**Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL**  
(versión breve)  
(Montero, 2009)

Folio \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES.** Enseguida encontrará una serie de afirmaciones que describen diversos sentimientos. Su tarea consiste en indicar con qué frecuencia experimenta dichos sentimientos empleando para ello la clave que se encuentra al lado derecho de cada oración. Responda de manera sincera y espontánea, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, lo que importa es lo que usted sienta.

Afirmaciones	Todo el tiempo (4)	La mayor parte del tiempo (3)	Algunas veces (2)	Casi nunca (1)	Nunca (0)
01. Siente que solo cuenta consigo mismo(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
02. Se siente rechazado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
03. Se siente inseguro(a) acerca de su futuro	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
04. Se siente aislado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
05. Se siente incomprendido(a) en su familia	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
06. Se siente vacío(a) de cariño	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
07. Se siente cansado(a) de luchar por la vida	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
08. Se siente como encerrado(a) en sí mismo(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
09. Se siente solo(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
10. Se siente apartado(a) de su familia	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
11. Se siente abandonado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
12. Siente su vida vacía	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
13. Siente que su familia desconoce sus sentimientos	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
14. Se siente insatisfecho(a) con su vida	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
15. Siente que su familia desaprueba su manera de ser	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
16. Siente que su vida carece de propósito	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
17. Se siente desamparado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
18. Siente que la soledad es su única compañía	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
19. Siente que su vida está llena de conflictos y tristezas	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
20. Se siente triste	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)



UNAM

Anexo 8.

Folio:

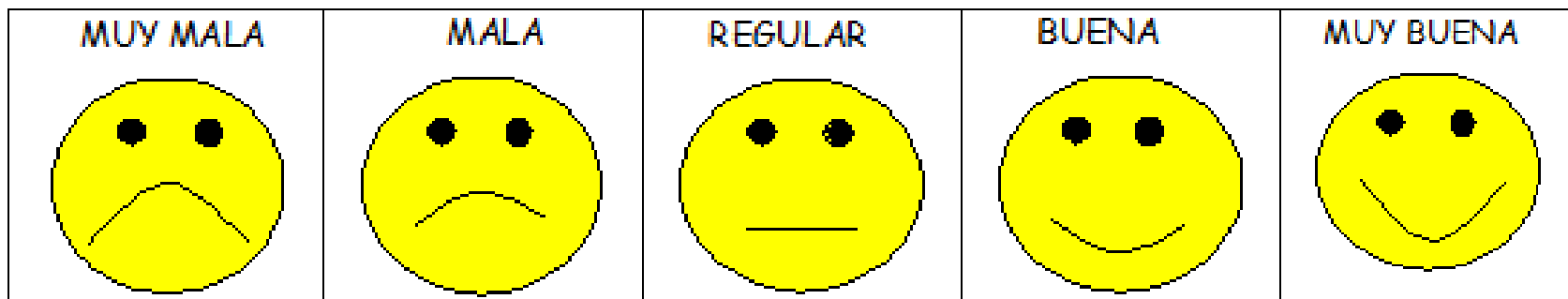
**Escala de Depresión Geriátrica (GDS)**

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

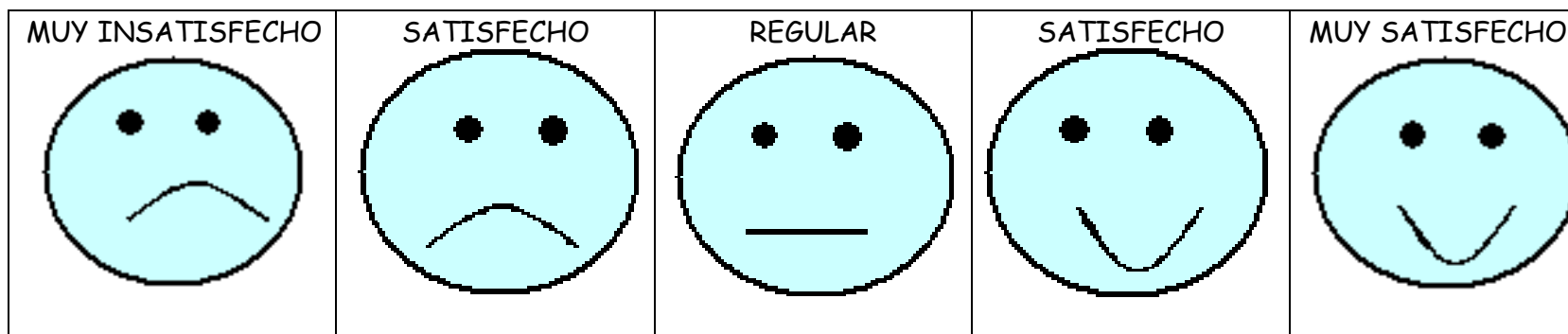
- 1.- ¿Está satisfecho con su vida?  
SI  NO
- 2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades?  
SI  NO
- 3.- ¿Siente que su vida está vacía?  
SI  NO
- 4.- ¿Se encuentra aburrido?  
SI  NO
- 5.- ¿Tiene a menudo buen ánimo?  
SI  NO
- 6.- ¿Teme que le ocurra algo malo?  
SI  NO
- 7.- ¿Se siente feliz muchas veces?  
SI  NO
- 8.- ¿Se siente a menudo abandonado?  
SI  NO
- 9.- ¿Prefiere quedarse en casa a salir?  
SI  NO
- 10.- ¿Nota más problemas de memoria que los demás?  
SI  NO
- 11.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?  
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

Anexo 9.  
Tarjetas de Respuesta

Calidad de Vida



Satisfacción



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores**

Intensidad

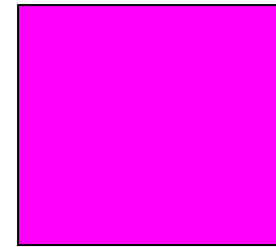
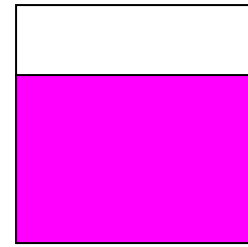
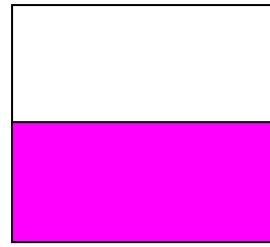
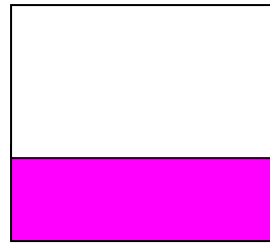
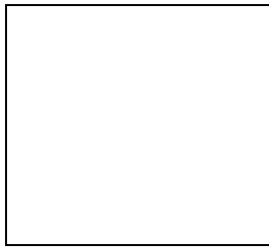
NADA

UN POCO

MODERADAMENTE

BASTANTE

COMPLETAMENTE



Frecuencia

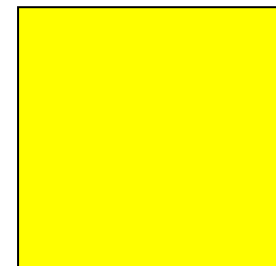
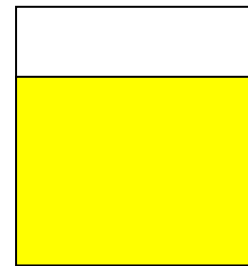
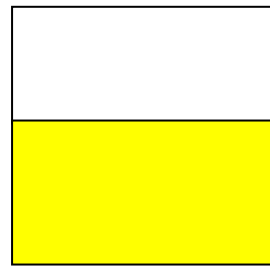
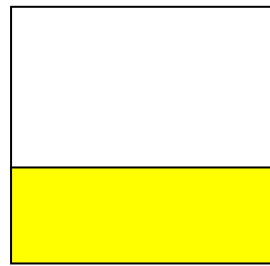
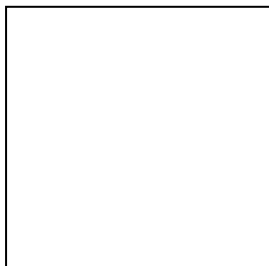
NUNCA

AVECES

MODERADAMENTE

MUY SEGUIDO

SIEMPRE



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Frecuencia de Red





<p align="center"><b>No los(as) veo y/o hablo</b></p> <table border="1" data-bbox="184 443 585 605"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	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	30						<p align="center"><b>Menos de una vez al mes</b></p> <table border="1" data-bbox="602 427 1003 630"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	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	30						<p align="center"><b>1 o dos veces al mes</b></p> <table border="1" data-bbox="1020 383 1421 594"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td><input type="checkbox"/></td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	<input type="checkbox"/>	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30						<p align="center"><b>1 vez a la semana o más</b></p> <table border="1" data-bbox="1438 394 1908 667"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td><input type="checkbox"/></td><td>17</td><td><input type="checkbox"/></td><td>19</td><td><input type="checkbox"/></td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	2	3	<input type="checkbox"/>	5	6	7	8	9	<input type="checkbox"/>	11	12	13	14	15	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>	19	<input type="checkbox"/>	21	22	23	24	25	26	27	<input type="checkbox"/>	29	30					
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	30																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	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	30																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	2	3	4	5	6	7																																																																																																																																									
8	9	10	11	12	13	14																																																																																																																																									
15	16	17	<input type="checkbox"/>	19	20	21																																																																																																																																									
22	23	24	25	26	27	28																																																																																																																																									
29	30																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	2	3	<input type="checkbox"/>	5	6	7																																																																																																																																									
8	9	<input type="checkbox"/>	11	12	13	14																																																																																																																																									
15	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>	19	<input type="checkbox"/>	21																																																																																																																																									
22	23	24	25	26	27	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																									
29	30																																																																																																																																														
<p align="center"><b>No acudo.</b></p> <table border="1" data-bbox="184 773 585 935"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	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	30						<p align="center"><b>No recibo apoyo</b></p> <table border="1" data-bbox="602 797 1003 959"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	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	30																																																																													
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	30																																																																																																																																														
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	30																																																																																																																																														

**SI**

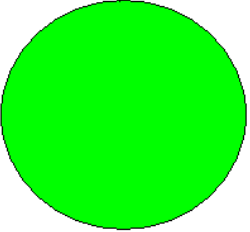
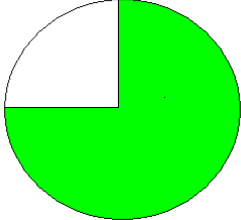
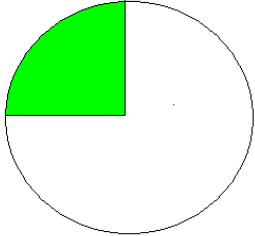
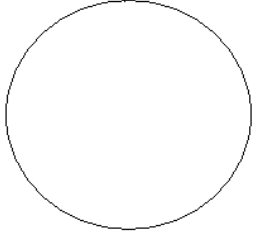
**NO**

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Tipo de apoyo

<p><b>Apoyo Emocional</b></p>  <p>Afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha.</p>	<p><b>Apoyo Instrumental</b></p>  <p>Cuidado, transporte, labores del hogar.</p>	<p><b>Apoyo Material</b></p>  <p>Dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios.</p>	<p><b>Apoyo Informativo</b></p>  <p>Orientación, Información, Intercambio de experiencias.</p>
--	---	---	---

Soledad

<p><b>Todo el tiempo</b></p> 	<p><b>La mayor parte del tiempo</b></p> 	<p><b>Algunas veces</b></p> 	<p><b>Casi nunca</b></p> 	<p><b>Nunca</b></p> 
---	---	--	--	--

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Anexo 10.

**Formato de registro de valores de la presión arterial**

Participante	Presión Arterial
Sesión 2 / Fecha	
Sesión 4 / Fecha	
Sesión 6 / Fecha	
Sesión 8 / Fecha	
Sesión 10 / Fecha	
Post- test	



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Anexo 11.

**Formato de registro de los componentes conductuales moleculares de las habilidades sociales**

Se registraron los componentes paralingüísticos de las habilidades sociales: tiempo de habla, postura corporal accesible y perturbaciones en la fluidez del habla.

Formato de Registro del Tiempo de Habla

Juez 1	Instrucciones: anote cada uno el tiempo que dura cada una de las intervenciones de los participantes.	
Sesión A / Fecha	Tiempo de habla por intervención	Total
Participante 1		
Participante 2		
Participante 3		
Participante 4		
Participante 5		
Participante 6		
Participante 7		
Participante 8		
Participante 9		
Participante 10		
Tiempo del habla: tiempo total en minutos y/o segundos que dura cada una de las intervenciones que realiza cada participante, las cuales pueden ser desde ninguna o una, dos tres o más.		

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Formato de Registro de la Postura Corporal Accesible.

Juez 1	Instrucciones: anote el tiempo en segundos que cada participante presenta al menos uno de los tres indicadores de una postura corporal accesible* .
Sesión A / Fecha	Tiempo de presencia de indicadores de postura accesible
Participante 1	
Participante 2	
Participante 3	
Participante 4	
Participante 5	
Participante 6	
Participante 7	
Participante 8	
Participante 9	
Participante 10	
*Indicadores de postura corporal accesible: brazos a los lados del cuerpo (ambos), manos abiertas (ambas) y/o pies paralelos.	

Formato de Registro de las Perturbaciones en la Fluidez del Habla.

Juez 1	Instrucciones: marque con una X cada vez en que cada participante presente alguno de las perturbaciones o pausas al hablar.
Sesión A / Fecha	Frecuencia de perturbaciones y pausas
Participante 1	
Participante 2	
Participante 3	
Participante 4	
Participante 5	
Participante 6	
Participante 7	
Participante 8	
Participante 9	
Participante 10	
Perturbaciones: vacilaciones, tartamudeos, falsos comienzos, repeticiones, palabras de relleno, pronunciaciones erróneas, omisiones, palabras sin sentido; pausas embarazosas: períodos de silencio o pausas innecesarias.	

Para obtener la confiabilidad del registro entre jueces se retoman las fórmulas presentadas por Cepeda, López, Plancarte, Moreno y Alvarado (2000).

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Respecto de las habilidades sociales, la postura corporal, el volumen de voz y fluidez del habla, se empleará la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Número menor de eventos registrados}}{\text{Número mayor de eventos registrados}} \times 100$$

Mientras que en el caso del registro del tiempo del habla, se empleará:

$$\frac{\text{Número menor de tiempo registrado}}{\text{Número mayor de tiempo registrado}} \times 100$$

Considerando como una media confiable un valor igual o mayor al 80 %.

Anexo 12.

**Taller de Habilidades Sociales para Adultos Mayores  
Protocolo  
(Elementos previos)**

Para la aplicación del taller se requiere de:

- Dos coordinadores cuya función fue coordinar las actividades del grupo, dar las indicaciones a los participantes, resolver dudas y retroalimentar la ejecución de las conductas objetivo por parte de los participantes. Además de llevar a cabo la reestructuración cognitiva de las ideas irracionales de los participantes que interfieren con la ejecución de algunas habilidades, y modelar algunas conductas.
- Cuatro asistentes que video-grabaron la realización de algunas actividades del taller, para el registro de algunos componentes moleculares de las habilidades sociales de los participantes del taller. Además de llevar a cabo la reestructuración cognitiva de las ideas irracionales de los participantes que interfieren con la ejecución de algunas habilidades, y modelar algunas conductas.
- De tres a cinco jueces para realizar el registro de algunos componentes moleculares de las habilidades sociales de los participantes del taller, mediante la observación de las video-grabaciones de las actividades establecidas y el registro de los elementos en el formato correspondiente.

Quienes fueron adiestrados en la realización de sus funciones por dos coordinadores.

Entrenamiento a los coordinadores

*Selección*

Se seleccionaron dos coordinadores con experiencia previa en conducción de grupos y, la promoción, y moderación de los miembros.

*Entrenamiento*

Durante el desarrollo de cada sesión del taller, los coordinadores debían utilizar palabras adecuadas, con una postura correcta, un estado emocional de tranquilidad y firmeza.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Para ello, una vez seleccionados los dos coordinadores, se llevó a cabo una sesión de entrenamiento con una duración aproximada de 45 a 90 minutos. En ella, los entrenadores entregaron a cada uno de los coordinadores una copia del protocolo del taller, expusieron los objetivos del mismo, revisaron con ellos el procedimiento del desarrollo para cada sesión y resolvieron las dudas que se presentaron.

Posteriormente, los entrenadores coordinaron la práctica de algunas de las actividades de las sesiones, en un grupo alterno, donde los coordinadores ensayaron el desarrollo de las mismas.

Del mismo modo, los coordinadores fueron instruidos y adiestrados por los entrenadores en la técnica de reestructuración cognitiva, que fue empleada en las sesiones 2, 4, 5, 6 y 8.

Para ello, los entrenadores explicaron a los coordinadores que el procedimiento de la técnica consisten en: propiciar que los participantes identifiquen los pensamientos irracionales, o los que interfieren con la emisión de una conducta, para refutar dichos pensamientos y que, finalmente, los participantes generen nuevos pensamientos que sustituyan a los anteriores y les permitan realizar la conducta. Además se realizó la práctica de la técnica en el grupo alterno.

Por otra parte, los entrenadores coordinaron un ensayo, entre coordinadores y asistentes, de la representación adecuada e inadecuada de las habilidades de hacer y recibir cumplidos, e iniciar y mantener conversaciones. Las cuales forman parte de las actividades que se llevaron a cabo en las sesiones del taller 3 y 9, respectivamente.

De lo anterior, los entrenadores dieron a los coordinadores retroalimentación, y estos expusieron las posibles dudas existentes al respecto para que les fuesen resueltas.

Finalmente, el coordinador encargado del registro y toma de la presión arterial, realizó ensayos en el grupo alterno, para poner en práctica sus conocimientos y experiencia previa en la tarea.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Entrenamiento a los asistentes

*Selección*

Se seleccionaron, cuatro asistentes que cuenten con la capacidad manejar las cámaras de video, además de generar en el grupo un contexto facilitador y autoeficacia para la representación conductas.

*Entrenamiento*

Durante el desarrollo de las sesiones del taller, cada asistente graba en video a los participantes del taller que se les fueron asignados al inicio de cada sesión.

Para ello, una vez seleccionados los cuatro asistentes, se llevó a cabo una sesión de entrenamiento con una duración aproximada de 45 a 90 minutos. En ella, los entrenadores entregaron a cada uno de los cuatro asistentes una copia del protocolo del taller, expusieron los objetivos del mismo, revisaron con ellos el procedimiento del desarrollo para cada sesión y resolvieron las dudas.

Posteriormente, los entrenadores coordinaron la práctica de algunas de las actividades de las sesiones en un grupo alterno, donde los asistentes ensayaron la grabación en vídeo de las actividades establecidas durante el desarrollo de las mismas.

Del mismo modo, los coordinadores fueron instruidos y adiestrados por los entrenadores en la técnica de reestructuración cognitiva que se empleó en las sesiones 2, 4, 5, 6 y 8.

Para ello, los entrenadores explicaron a los coordinadores que el procedimiento de la técnica consisten en: propiciar que los participantes identifiquen los pensamientos irracionales, o los que interfieren con la emisión de una conducta, para refutar dichos pensamientos y que, finalmente, los participantes generen nuevos pensamientos que sustituyan a los anteriores y les permitan realizar la conducta. Además se realizó la práctica de la técnica en el grupo alterno.

Por otra parte, los entrenadores coordinaron un ensayo, entre coordinadores y asistentes, de la representación adecuada e inadecuada de las habilidades de hacer y recibir cumplidos, e iniciar y mantener conversaciones. Las cuales forman parte de las actividades que se llevaron a cabo en las sesiones del taller 3 y 9, respectivamente.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

De lo anterior, los entrenadores dieron a los asistentes retroalimentación, y estos expusieron las posibles dudas existentes al respecto para que les fuesen resueltas.

Entrenamiento a los jueces

*Selección*

Se seleccionaron tres jueces capaces de observar y registrar los elementos moleculares de las habilidades sociales.

*Entrenamiento*

Cada juez registró los elementos objetivo de cada uno de los 16 participantes, mediante la observación de las video grabaciones de las actividades establecidas (ver descripción de las sesiones).

Para ello, una vez seleccionados los cuatro asistentes, se llevó a cabo una sesión de entrenamiento con una duración aproximada de 45 a 90 minutos. En ella, los entrenadores entregaron a cada uno de los cuatro asistentes una copia del protocolo del taller, expusieron los objetivos del mismo, revisaron con ellos el procedimiento del desarrollo para cada sesión y resolvieron las dudas.

Además, los coordinadores entregaron a los jueces una copia de los formatos de registro, y les dieron instrucciones para su llenado (ver formatos). Posteriormente, los entrenadores coordinaron la práctica del registro de los elementos, empleando una videograbación del ensayo de algunas de las actividades de las sesiones, en un grupo alterno, para que los jueces ensayasen el registro, recibieran retroalimentación y expresaran las posibles dudas existentes al respecto para que les fuesen resueltas por los entrenadores.

## **Taller de Habilidades Sociales para Adultos Mayores**

### **(Aprender a decir lo que pienso y siento)**

#### *Objetivo general.*

Proporcionar a los participantes habilidades sociales que puedan utilizar en su vida diaria.

#### *Objetivos específicos:*

1. Entrenar a los participantes en el empleo de la técnica de relajación diafragmática.
2. Proporcionar a los participantes habilidades para:
  - a. Expresar opiniones personales claras, incluido el desacuerdo.
  - b. Hacer cumplidos.
  - c. Aceptar cumplidos.
  - d. Hacer peticiones.
  - e. Rechazar peticiones.
  - f. Expresar amor, agrado y afecto.
  - g. Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.
  - h. Petición de cambio de conducta en el otro.
  - i. Defender los propios derechos, sin sentirse culpable.
  - j. Afrontar las críticas eficazmente.
  - k. Disculparse o admitir ignorancia.
  - l. Iniciar y mantener conversaciones.

#### *Materiales:*

- Tarjetas blancas.
- Copias del cuadernillo para los participantes, de la descripción de las sesiones.
- Copias del consentimiento de participación y grabación del taller.
- Plumones de colores.
- Ejemplos de derechos en papel bond.
- Copias de cuatro cuentos.
- Cuatro videocámaras.
- Diplomas de participación.



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Descripción de las sesiones*

<i>Sesión 1. Conoce a tu compañero y relájate. (Continuación).</i>		
<i>Objetivo:</i>		
<i>Bienvenida y presentación.</i>		
Actividad	Descripción	Tiempo
Bienvenida al taller y presentación de coordinadores.	Los coordinadores dieron la bienvenida a los participantes al taller y les explicaron que el entrenamiento permite posibilitar la presencia de las consecuencias deseadas a su conducta, pero en caso de no hacerlo habrán de soportar tanto las consecuencias de no conseguir sus objetivos. Además, se presentaron con ellos, les informaron del carácter confidencial del taller y les pidieron su autorización para grabar las sesiones.	10 minutos
Presentación de objetivos, reglas y calendario.	Los coordinadores de taller, con apoyo del cuadernillo para participantes, dieron a conocer los objetivos, las reglas y el calendario del taller.	10 minutos
<i>Sesión 1. Conoce a tu compañero y relájate.</i>		
<i>Objetivo:</i>		
➤ Que los participantes conocieron a sus compañeros de taller y a los coordinadores.		
Actividad	Descripción	Tiempo
Actividad 1. Conoce a tu compañero	Los participantes fueron asignados a cuatro equipos de trabajo de manera aleatoria mediante un sorteo. Bajo las indicaciones de los coordinadores, los participantes se ponían de pie y reunían en equipo con tres de sus compañeros que se les indicaron, les preguntaron su nombre y una de las cosas que más les gusta hacer.	5 minutos
(presentación de los participantes)	Los participantes tomaron asiento y, por turnos, cada uno se presento ante el grupo a la (s) persona (s) que platicaron con ella, hablaron sobre lo que le gusta, en una presentación mínima de 30 segundos por persona.	25 minutos
	<u>Se realizo un registro conductual de los elementos moleculares conductuales de las habilidades sociales de cada uno de los participantes durante su intervención oral.</u>	

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Sesión 1. Conoce a tu compañero y relájate. (Continuación).		
Objetivo:		
➤ Enseñaron a los participantes la técnica de relajación diafragmática.		
Actividad	Descripción	Tiempo
Actividad 2. Relájate.  (entrenamiento en relajación)	Bajo las indicaciones de los coordinadores, los participantes tomaron asiento y se colocaron en una posición cómoda, aflojaron todos los objetos que les aprieten (cinturones, relojes, etc.), cerraron los ojos, pusieron su mano sobre su pecho y respiraron profundamente, a su propio ritmo, y pusieron atención en su respiración. Inhalaban lentamente el aire por la nariz y sintieron como se llena su estómago, luego su tórax y al final su pecho. Retuvieron el aire unos segundos, un poco más en cada respiración, sin forzarse. Exhalaban, o expulsaron, el aire por la boca lentamente. Pusieron su atención en cómo el aire entraba y llenaba su diafragma y salía, lentamente. Repitieron esta respiración al menos cinco veces.	10 minutos
Gafete	Los participantes recibieron una tarjeta blanca y un plumón, para anotar su nombre y lo colocaron en un lugar visible de su cuerpo. Los participantes devolvieron la tarjeta con su nombre para que se les entregara al inicio de las sesiones.	10 minutos
Cierre	Los coordinadores dieron retroalimentación y reforzamiento general a los participantes sobre su desempeño en la sesión y les pidieron que comentaran: <i>¿Qué opinaban sobre las actividades?</i> <i>¿Cómo se sintieron?</i> <i>¿En qué creen que le serían de utilidad?</i> <i>¿Si tuvieron alguna duda?</i>  Los participantes tomaron asiento y, por turnos, cada uno respondió a una o varias de éstas preguntas, en una presentación mínima de 30 segundos por persona. Con la finalidad de propiciar la generalización del aprendizaje de la habilidad social en su vida cotidiana.  <u>Se realizó un registro conductual de los elementos moleculares conductuales de las habilidades sociales de cada uno de los participantes durante su intervención oral.</u>	10 minutos
Asignación de tareas	Los coordinadores asignaron la tarea correspondiente a esta sesión a los participantes.	10 minutos

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

<i>Sesión 2. Yo opino que... No me parece que...</i>		
<i>Objetivo:</i>		
➤ Enseñaron a los participantes a expresar opiniones, incluido el desacuerdo, sin sentirse incómodos.		
Actividad	Descripción	Tiempo
Bienvenida y entrega de auto-registro de actividades y tareas.	Los coordinadores dieron la bienvenida a los participantes a la sesión y recogieron las tareas.	3 Minutos
	Además los coordinadores dieron retroalimentación a los participantes sobre las tareas.	5 minutos
Medición fisiológica	Uno de los coordinadores, con entrenamiento y experiencia previa, midió y registro el nivel de presión arterial de cada uno de los participantes.	10 minutos
Relajación	Bajo las indicaciones de los coordinadores, los participantes practicaron la técnica de relajación diafragmática.	5 minutos
Indicaciones y dudas	Los coordinadores expusieron el objetivo de la sesión a los participantes.	5 minutos
Actividad 1. Tu opinión es tan importante como la de los demás.  (reestructuración cognitiva)	Los participantes fueron asignados a cuatro equipos de trabajo de manera aleatoria mediante un sorteo. Bajo las indicaciones de los coordinadores, los participantes tomaron asiento en círculo con su equipo. Se entrego a cada participante una hoja y una pluma. Se les pidió que dividieran dicha hoja en dos columnas y que escribieran los pensamientos que interfieren u obstaculizan expresar opiniones.	10 minutos
	Posteriormente, se pidió a cada uno de los participantes que, por turnos, expresaran al menos un pensamiento que interfiere u obstaculiza que realice la conducta. Los cuales serian refutados por los coordinadores (en dos de los equipos) y dos asistentes (fungiendo como coordinadores para esta actividad en dos equipos) cuestionando su racionalidad y/o viabilidad, a la vez que se pidió a cada participante que generará un pensamiento alternativo que le permitiera realizar la conducta y que lo escribiera en la segunda columna. Finalmente, como parte de las tareas para casa, se pidió a cada participante que escribieran al menos un pensamiento que interfiera u obstaculice expresar opiniones y, a su lado un nuevo pensamiento que pueda reemplazar al anterior y le facilite la realización de la conducta.	20 minutos

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

<p><i>Sesión 2. Yo opino que... No me parece que...</i></p> <p><b>Objetivo:</b></p> <p>➤ Enseñaron a los participantes a expresar opiniones, incluido el desacuerdo.</p>		
Actividad	Descripción	Tiempo
<p>Actividad 2. Yo opino que... No me parece que...</p> <p>(juego de roles con moldeamiento)</p>	<p>Los participantes fueron asignados a cuatro equipos de trabajo de manera aleatoria mediante un sorteo.</p> <p>Los participantes se pusieron de pie y se reunieron en equipo con tres de sus compañeros que se les indicó y formaron un círculo.</p> <p>Cada equipo comentó un refrán o más.</p> <p>Por turnos, cada uno de los cuatro expuso su opinión respecto del refrán, la actuación de cada uno de los personajes y sus consecuencias, y el porqué de sus opiniones.</p> <p>Los participantes recibió retroalimentación y reforzamiento sobre su participación en la actividad, por un coordinador para dos equipos, con el fin de modelar la conducta de expresión de opiniones.</p>	<p>3 minutos</p> <p>5 minutos</p> <p>10 minutos</p>
Cierre	<p>Los coordinadores dieron retroalimentación y reforzamiento general a los participantes sobre su desempeño en la sesión y les pidieron que comentaran:</p> <p><i>¿Qué opinaban sobre las actividades?</i></p> <p><i>¿Cómo se sintieron?</i></p> <p><i>¿En qué creen que le serían de utilidad?</i></p> <p><i>¿Si tenían alguna duda?</i></p> <p>Los participantes tomaron asiento y, por turnos, cada uno respondió a una o varias de ésta preguntas, en una presentación mínima de 30 segundos por persona.</p> <p>Con la finalidad de propiciar la generalización del aprendizaje de la habilidad social en su vida cotidiana.</p> <p><u>Se realizó un registro conductual de los elementos moleculares conductuales de las habilidades sociales de cada uno de los participantes durante su intervención oral.</u></p>	10 minutos
Asignación de tareas	Los coordinadores asignaron la tarea correspondiente a esta sesión a los participantes.	5 minutos

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

<i>Sesión 3. ¡Qué bonito! (Hacer y recibir cumplidos).</i>		
<i>Objetivo:</i>		
➤ Enseñaron a los participantes a hacer y recibir cumplidos sin sentirse incómodo.		
Actividad	Descripción	Tiempo
Bienvenida y entrega de auto-registro de actividades y tareas.	Los coordinadores dieron la bienvenida a los participantes a la sesión y recogieron las.	8 Minutos
	Además los coordinadores dieron retroalimentación a los participantes sobre las tareas.	5 minutos
Relajación	Bajo las indicaciones de los coordinadores, los participantes practicaron la técnica de relajación diafragmática.	5 minutos
Indicaciones y dudas	Los coordinadores expusieron el objetivo de la sesión a los participantes.	5 minutos
Actividad 1. ¡Qué bonito!  (juego de roles con moldeamiento)	Los participantes fueron asignados a cuatro equipos de trabajo de manera aleatoria mediante un sorteo.	align="center">5 minutos
	Bajo las indicaciones de los coordinadores, los participantes se pusieron de pie y se reunieron en equipo con tres de sus compañeros que se les indicaba y formaban un círculo. Por turnos, cada uno de los cuatro expresaba y le hacía un cumplido a su compañero de la derecha, quien agradeció el cumplido. Cuando cada uno de los cuatro había hecho y recibido un cumplido repitieron la misma dinámica, pero ahora con su compañero de la izquierda. Los participantes recibieron retroalimentación y reforzamiento sobre su participación en la actividad, por un coordinador para dos equipos, con el fin de modelar las conductas de hacer y recibir cumplidos.	
Actividad 2. ¡Mira qué bonito!  (modelamiento)	Bajo las indicaciones de los coordinadores los participantes tomaron asiento y se les pidió que pusieran su atención en el ejemplo que representaron, los coordinadores y los asistentes, de cómo hacer y recibir cumplidos.	10 minutos
	En las que, con una actitud amistosa y cercana a los participantes, los coordinadores y los asistentes mostraron las consecuencias positivas y negativas de realizar o no exitosamente la habilidad social, con varios actores como modelos para mostrar diferentes estilos de actuación. Por turnos, cada uno de los participantes pudo expresar sus comentarios y dudas, respecto del ejemplo, para que les fueran resueltas por los coordinadores. <u>Se realizó un registro conductual de los elementos moleculares conductuales de las habilidades sociales de cada uno de los participantes durante su intervención oral</u>	10 minutos

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

<p><i>Sesión 3. ¡Qué bonito! (Hacer y recibir cumplidos).</i></p> <p><b>Objetivo:</b></p> <p>➤ Enseñaron a los participantes a hacer y recibir cumplidos sin sentirse incómodo.</p>		
Actividad	Descripción	Tiempo
Cierre	<p>Los coordinadores dieron retroalimentación y reforzamiento general a los participantes sobre su desempeño en la sesión y les pidieron que comenten:</p> <p>Sobre qué opinaban de las complicaciones y las consecuencias de hacer y recibir cumplidos.</p> <p><i>¿Qué opinaban sobre las actividades?</i></p> <p><i>¿Cómo se sintieron?</i></p> <p><i>¿En qué creen que le serian de utilidad?</i></p> <p><i>¿Si tuvieron alguna duda?</i></p> <p>Los participantes tomaron asiento y, por turnos, cada uno respondió a una o varias de ésta preguntas, en una presentación mínima de 30 segundos por persona.</p> <p>Con la finalidad de propiciar la generalización del aprendizaje de la habilidad social en su vida cotidiana.</p> <p><u>Se realizó un registro conductual de los elementos moleculares conductuales de las habilidades sociales de cada uno de los participantes durante su intervención oral.</u></p>	10 minutos
Asignación de tareas	Los coordinadores asignaron la tarea correspondiente a esta sesión a los participantes.	5 minutos

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

<p><i>Sesión 4. Pedir y dar o negarte.</i></p> <p><b>Objetivo:</b></p> <p>➤ Enseñaron a los participantes a hacer y recibir peticiones sin sentirse incómodo.</p>		
Actividad	Descripción	Tiempo
Bienvenida y entrega de auto-registro de actividades y tareas.	Los coordinadores dieron la bienvenida a los participantes a la sesión y recogieron las tareas.	3 Minutos
	Además los coordinadores dieron retroalimentación a los participantes sobre las tareas.	5 minutos
Medición fisiológica	Uno de los coordinadores, con entrenamiento y experiencia previa, midió y registro el nivel de presión arterial de cada uno de los participantes.	10 minutos
Relajación	Bajo las indicaciones de los coordinadores, los participantes practicaron la técnica de relajación diafragmática.	5 minutos
Indicaciones y dudas	Los coordinadores expusieron el objetivo de la sesión a los participantes.	5 minutos
Actividad 1. Puedo decir que no.  (reestructuración cognitiva)	Los participantes fueron asignados a cuatro equipos de trabajo de manera aleatoria mediante un sorteo. Bajo las indicaciones de los coordinadores, los participantes tomaron asiento en círculo con su equipo. Se entrego a cada participante una hoja y una pluma. Se les pidió que dividan dicha hoja en dos columnas y que escribieran los pensamientos que interfieren u obstaculizan expresar opiniones.	10 minutos
	Posteriormente, se pidió a cada uno de los participantes que, por turnos, expresarán al menos un pensamiento que interfiera u obstaculice que realice la conducta. Los cuales fueron refutados por los coordinadores (en dos de los equipos) y dos asistentes (fungiendo como coordinadores para esta actividad en dos equipos) cuestionando su racionalidad y/o viabilidad, a la vez que se pidió a cada participante que genere un pensamiento alternativo que le permita realizar la conducta y que lo escriba en la segunda columna. Finalmente, como parte de las tareas para casa, se pidió a cada participante que escribiera al menos un pensamiento que interfiera u obstaculice expresar opiniones y, a su lado un nuevo pensamiento que pueda reemplazar al anterior y le facilite la realización de la conducta.	20 minutos

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

<i>Sesión 4. Pedir y dar o negarte. (Continuación).</i>		
<i>Objetivo:</i>		
Enseñaron a los participantes a hacer y recibir peticiones sin sentirse incómodo.		
Actividad	Descripción	Tiempo
Actividad 2. Pedir y dar o negarte.  (juego de roles con moldeamiento)	Se formaron cuatro equipos de trabajo, asignando a los participantes a cada equipo de manera aleatoria mediante un sorteo. Bajo las indicaciones de los coordinadores, los participantes se pusieron de pie y se reunieron en equipo con tres de sus compañeros que se les indicó y formaron un círculo. Por turnos, cada uno de los cuatro le hizo una petición a su compañero de la derecha, como si esa persona fuera alguien con quien convive diariamente, quien respondió, aceptado o negándose, según como si la petición fuese hacia su persona.	5 minutos
	Cuando cada uno de los cuatro hicieron y recibieron una petición repitieron la misma dinámica, pero después con su compañero de la izquierda e imaginando que es un completo extraño. Los participantes recibieron retroalimentación y reforzamiento sobre su participación en la actividad, por un coordinador para dos equipos, con el fin de modelar las conductas de hacer y recibir peticiones.	15 minutos
Cierre	Los coordinadores dieron retroalimentación y reforzamiento general a los participantes sobre su desempeño en la sesión y les pidieron que comenten: <i>¿Qué opinaron sobre las actividades?</i> <i>¿Cómo se sintieron?</i> <i>¿En qué creen que le serian de utilidad?</i> <i>¿Si tuvieron alguna duda?</i>  Con la finalidad de propiciar la generalización del aprendizaje de la habilidad social en su vida cotidiana.  <u>Se realizó un registro conductual de los elementos moleculares conductuales de las habilidades sociales de cada uno de los participantes durante su intervención oral.</u>	10 minutos
Asignación de tareas	Los coordinadores asignaron la tarea correspondiente a esta sesión a los participantes.	5 minutos



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

<i>Sesión 5. Te amo, te quiero o me agradas.</i>		
<i>Objetivo:</i>		
➤ Enseñaron a los participantes expresar amor, agrado y afecto.		
Actividad	Descripción	Tiempo
Bienvenida y entrega de auto-registro de actividades y tareas.	Los coordinadores dieron la bienvenida a los participantes a la sesión y recogieron las tareas.	8 Minutos
	Además los coordinadores dieron retroalimentación a los participantes sobre las tareas.	5 minutos
Relajación	Bajo las indicaciones de los coordinadores, los participantes practicaron la técnica de relajación diafragmática.	5 minutos
Indicaciones y dudas	Los coordinadores expusieron el objetivo de la sesión a los participantes.	5 minutos
Actividad 1. Tus sentimientos son tan importantes como los de otros.  (reestructuración cognitiva)	Los participantes fueron asignados a cuatro equipos de trabajo de manera aleatoria mediante un sorteo. Bajo las indicaciones de los coordinadores, los participantes tomaron asiento en círculo con su equipo. Se entregó a cada participante una hoja y una pluma. Se les pidió que dividan dicha hoja en dos columnas y que escribieran los pensamientos que interfieren u obstaculizan expresar opiniones.	10 minutos
	Posteriormente, se pidió a cada uno de los participantes que, por turnos, expresara al menos un pensamiento que interfiere u obstaculiza que realice la conducta. Los cuales fueron refutados por los coordinadores (en dos de los equipos) y dos asistentes (fungiendo como coordinadores para esta actividad en dos equipos) cuestionando su racionalidad y/o viabilidad, a la vez que se pidió a cada participante que generará un pensamiento alternativo que le permitiera realizar la conducta y que lo escribieran en la segunda columna. Finalmente, como parte de las tareas para casa, se pidió a cada participante que escribiera al menos un pensamiento que interfiera u obstaculice expresar opiniones y, a su lado un nuevo pensamiento que pudiera reemplazar al anterior y le facilite la realización de la conducta.	20 minutos

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Sesión 5. <i>Te amo, te quiero o me agradas.</i> (Continuación).		
Objetivo:		
➤ Enseñaron a los participantes expresar amor agrado y afecto.		
Descripción	Tiempo	
<p>Actividad 2. Te quiero, te amo o me agradas.</p> <p>(juego de roles con moldeamiento)</p>	<p>Se formaron cuatro equipos de trabajo, asignando a los participantes a cada equipo de manera aleatoria mediante un sorteo.</p> <p>Bajo las indicaciones de los coordinadores, los participantes se pusieron de pie y se reunieron en equipo con tres de sus compañeros que se les indicó y formaron un círculo.</p> <p>Por turnos, cada uno de los cuatro se imaginó que su compañero de la derecha es una persona a la que ama y se lo dijo.</p> <p>Cuando cada uno de los cuatro expresó su amor por una persona, repitieron la misma dinámica, pero con la persona de la izquierda e imaginaron que es alguien que quieren.</p> <p>Finalmente, repitieron la misma dinámica, con la persona que está a su derecha, imaginando que era un conocido que les agrada.</p> <p>Los participantes recibieron retroalimentación y reforzamiento sobre su participación en la actividad, por un coordinador para dos equipos, con el fin de modelar la conducta de expresar amor agrado y afecto.</p>	<p align="center">10 minutos</p> <p align="center">15 minutos</p>
<p>Cierre</p>	<p>Los coordinadores dieron retroalimentación y reforzamiento general a los participantes sobre su desempeño en la sesión y les pidieron que comenten:</p> <p><i>¿Qué opinaron sobre las actividades?</i>  <i>¿Cómo se sintieron?</i>  <i>¿En qué creen que le serían de utilidad?</i>  <i>¿Si tuvieron alguna duda?</i></p> <p>Con la finalidad de propiciar la generalización del aprendizaje de la habilidad social en su vida cotidiana.</p> <p><u>Se realizó un registro conductual de los elementos moleculares conductuales de las habilidades sociales de cada uno de los participantes durante su intervención oral.</u></p>	<p align="center">10 minutos</p>
<p>Asignación de tareas</p>	<p>Los coordinadores asignaron la tarea correspondiente a esta sesión a los participantes.</p>	<p align="center">5 minutos</p>



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

<i>Sesión 6. Cuando algo no me agrada no me callo. (Continuación).</i>		
<i>Objetivo:</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enseñaron a los participantes a expresar molestia, desagrado y enfado, sin sentirte incómodo.</li> <li>➤ Enseñaron a los participantes a pedir a otros que cambien su comportamiento.</li> </ul>		
Actividad	Descripción	Tiempo
Actividad 2. Cuando algo no me agrada no me callo.	<p>Se formaron cuatro equipos de trabajo, asignando a los participantes a cada equipo de manera aleatoria mediante un sorteo.</p> <p>Bajo las indicaciones de los coordinadores, los participantes se pusieron de pie y se reunieron en equipo con tres de sus compañeros que se les indicó y formaron un círculo.</p> <p>Por turnos, cada uno de los cuatro imaginó que su compañero de la derecha es una persona con la que convive con quien ha tenido algún disgusto. Le expresó su molestia y desagrado.</p> <p>Cuando cada uno de los cuatro se expresó, repitieron la misma dinámica, con su compañero de la izquierda y pidiendo, a esa persona que imaginara, que cambie algún comportamiento que le moleste.</p> <p>Los participantes recibieron retroalimentación y reforzamiento sobre su participación en la actividad, por un coordinador para dos equipos, con el fin de modelar las conductas de expresión de molestia, desagrado y enfado, y petición de cambio de conducta del otro.</p>	<p align="center">5 minutos</p> <p align="center">15 minutos</p>
(juego de roles con moldeamiento)		
Cierre	<p>Los coordinadores dieron retroalimentación y reforzamiento general a los participantes sobre su desempeño en la sesión y les pidieron que comenten:</p> <p><i>¿Qué opinaban sobre las actividades?</i>  <i>¿Cómo se sintieron?</i>  <i>¿En qué creen que le serian de utilidad?</i>  <i>¿Si tuvieron alguna duda?</i></p> <p>Con la finalidad de propiciar la generalización del aprendizaje de la habilidad social en su vida cotidiana.</p> <p><u>Se realizó un registro conductual de los elementos moleculares conductuales de las habilidades sociales de cada uno de los participantes durante su intervención oral.</u></p>	10 minutos
Asignación de tareas	Los coordinadores asignaron la tarea correspondiente a esta sesión a los participantes.	5 minutos

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

<p><i>Sesión 7. Mis derechos deben ser respetados.</i></p> <p><b>Objetivo:</b></p> <p>➤ Enseñaron a los participantes a defender sus propios derechos.</p>		
Actividad	Descripción	Tiempo
<p align="center">Bienvenida y entrega de auto-registro de actividades y tareas.</p>	<p>Los coordinadores dieron la bienvenida a los participantes a la sesión y recogieron las tareas.</p>	<p>8 Minutos</p>
	<p>Además los coordinadores dieron retroalimentación a los participantes sobre las tareas.</p>	<p>5 minutos</p>
<p>Indicaciones y dudas</p>	<p>Los coordinadores expusieron el objetivo de la sesión a los participantes.</p>	<p>5 minutos</p>
<p align="center">Actividad 1. Imagínate sin derechos.  (imaginación guiada)</p>	<p>Bajo las instrucciones de los coordinadores, los participantes tomaron asiento y se colocaron en una posición cómoda, cerraron los ojos y respiraron profundamente a tu su ritmo, y pusieron su atención en las indicaciones.</p> <p>Los coordinadores pidieron a los participantes que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Imagine que está en una fiesta, una persona pasa a su lado y le empuja, sin disculparse. Sale de la fiesta y toma su lugar en la fila para abordar un taxi y, cuando es su turno, llegan tres personas que “se meten en la fila” y abordan taxis antes que él o ella.</li> <li>➤ Poner su atención en cómo se hace sentir eso y qué le hace pensar.</li> <li>➤ Después, imaginar que está en esa misma fiesta y le empujan, pero ahora le pides a esa persona que tenga cuidado y se disculpe. Cuando sale y es su turno de tomar el taxi, y llegan esas tres personas les pide que respeten tu turno y tomen su lugar en la fila.</li> <li>➤ Poner atención en cómo se siente y qué piensa.</li> </ul> <p>Por turnos, los participantes compartieron con sus compañeros, y con los coordinadores, la manera en que se sintieron y lo que pensaron durante el ejercicio anterior.</p> <p>Con base en sus comentarios se dará la retroalimentación de la actividad.</p> <p><u>La actividad, cuando expresaban su experiencia, fue grabada en video para el registro conductual, en secciones espaciales.</u></p>	<p>25 minutos</p>

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Sesión 7. Mis derechos deben ser respetados.		
Objetivo:		
➤ Enseñaron a los participantes a defender sus propios derechos.		
Actividad	Descripción	Tiempo
Actividad 2. Estos son algunos de mis derechos.	Los participantes permanecieron sentados y los coordinadores les presentaron una lista de diez ejemplos de derechos. Los participantes pudieron aportar más ejemplos de derechos.	10 minutos
Actividad 3. Tus derechos son importantes	Se formaron cuatro equipos de trabajo, asignando a los participantes a cada equipo de manera aleatoria mediante un sorteo. Bajo las indicaciones de los coordinadores, los participantes se pusieron de pie y se reunieron en equipo con tres de sus compañeros que se les indicó y formaron un círculo.  Por turnos, cada uno expuso a sus compañeros de equipo cual es uno de sus derechos que cree es importante que deba ser respetado. Cada miembro del equipo actuó la manera en que cree que podría defender ese derecho que considera importante, al sentir que no ha sido respetado. Cada uno de los cuatro debió expresar un derecho diferente. Los participantes recibieron retroalimentación y reforzamiento sobre su participación en la actividad, por un coordinador para dos equipos, con el fin de modelar la conducta de defender los propios derechos.	10 minutos
(juego de roles con moldeamiento)		15 minutos
Cierre	Los coordinadores dieron retroalimentación y reforzamiento general a los participantes sobre su desempeño en la sesión y les pidieron que comenten: <i>¿Qué opinaron sobre las actividades?</i> <i>¿Cómo se sintieron?</i> <i>¿En qué creen que le serian de utilidad?</i> <i>¿Si tuvieron alguna duda?</i>  Con la finalidad de propiciar la generalización del aprendizaje de la habilidad social en su vida cotidiana.  <u>Se realizó un registro conductual de los elementos moleculares conductuales de las habilidades sociales de cada uno de los participantes durante su intervención oral.</u>	10 minutos
Asignación de tareas	Los coordinadores asignaron la tarea correspondiente a esta sesión a los participantes.	5 minutos







**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

<p><i>Sesión 9. ¡Hablemos!</i></p> <p><b>Objetivo:</b></p> <p>➤ Enseñaron a los participantes a iniciar y mantener conversaciones.</p>		
Actividad	Descripción	Tiempo
Bienvenida y entrega de auto-registro de actividades y tareas.	Los coordinadores dieron la bienvenida a los participantes a la sesión y recogieron las tareas.	8 Minutos
	Además los coordinadores dieron retroalimentación a los participantes sobre las tareas.	5 minutos
Relajación	Bajo las indicaciones de los coordinadores, los participantes practicaron la técnica de relajación diafragmática.	5 minutos
Indicaciones y dudas	Los coordinadores expusieron el objetivo de la sesión a los participantes.	5 minutos
Actividad 1. ¡Hablemos!  (juego de roles con moldeamiento)	Se formaron cuatro equipos de trabajo, asignando a los participantes a cada equipo de manera aleatoria mediante un sorteo. Bajo las indicaciones de los coordinadores, los participantes se pusieron de pie y se reunieron en equipo con tres de sus compañeros que se les indicó y formaron un círculo.	5 minutos
	Se les pidió que imaginen, con sus compañeros de equipo, que se encontraban en una reunión en la que no conocían a nadie. Por turnos, cada uno de los cuatro inició una conversación con los otros, con una duración mínima de cinco minutos, en la que todos participaron. En total, realizaron cuatro conversaciones distintas. Los participantes recibieron retroalimentación y reforzamiento sobre su participación en la actividad, por un coordinador para dos equipos, con el fin de modelar las conductas de iniciar y mantener conversaciones.  <u>Se realizó un registro conductual de los elementos moleculares conductuales de las habilidades sociales de cada uno de los participantes durante su intervención oral.</u>	20 minutos

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Sesión 9. ¡Hablemos!		
Objetivo:		
➤ Enseñaron a los participantes a iniciar y mantener conversaciones.		
Descripción	Descripción	Tiempo
Actividad 2. Mira cómo hablan.  (modelamiento)	Bajo las indicaciones de los coordinadores los participantes tomaron asiento y se les pidió que pongan su atención en el ejemplo que representaron de cómo puedes iniciar y mantener conversaciones, en distintas situaciones.	15 minutos
	En las que, con una actitud amistosa y cercana a los participantes, los coordinadores y los asistentes mostraron las consecuencias positivas y negativas de realizar o no exitosamente la habilidad social, con varios actores como modelos para mostrar diferentes estilos de actuación.  Por turnos, cada uno de los participantes pudo expresar sus comentarios y dudas, respecto del ejemplo, para que les fueran resueltas.  <u>Se realizó un registro conductual de los elementos moleculares conductuales de las habilidades sociales de cada uno de los participantes durante su intervención oral.</u>	15 minutos
Cierre	Los coordinadores dieron retroalimentación y reforzamiento general a los participantes sobre su desempeño en la sesión y les pidió que comenten:  Sobre las dificultades y consecuencias de iniciar y mantener conversaciones. <i>¿Qué opinaron sobre las actividades?</i> <i>¿Cómo se sintieron?</i> <i>¿En qué creen que le serian de utilidad?</i> <i>¿Si tuvieron alguna duda?</i>  Con la finalidad de propiciar la generalización del aprendizaje de la habilidad social en su vida cotidiana.  <u>Se realizó un registro conductual de los elementos moleculares conductuales de las habilidades sociales de cada uno de los participantes durante su intervención oral.</u>	10 minutos
Asignación de tareas	Los coordinadores asignaron la tarea correspondiente a esta sesión a los participantes.	5 minutos

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

<i>Sesión 10. Recuento del taller.</i>		
<i>Objetivos:</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Repasar las habilidades entrenadas en el taller.</li> <li>➤ Resolver dudas finales.</li> <li>➤ Revisar las aportaciones que se obtuvieron del taller.</li> </ul>		
Actividad	Descripción	Tiempo
Bienvenida y entrega de auto-registro de actividades y tareas.	Los coordinadores dieron la bienvenida a los participantes a la sesión y recogieron las tareas.	3 Minutos
	Además los coordinadores dieron retroalimentación a los participantes sobre las tareas.	5 minutos
Medición fisiológica	Uno de los coordinadores, con entrenamiento y experiencia previa, midió y registro el nivel de presión arterial de cada uno de los participantes.	10 minutos
Relajación	Bajo las indicaciones de los coordinadores, los participantes practicaron la técnica de relajación diafragmática.	5 minutos
Indicaciones y dudas	Los coordinadores expusieron el objetivo de la sesión a los participantes.	5 minutos
Actividad 1. Juguemos al teatro.  (juego de roles)	Los participantes fueron asignados a cuatro equipos de trabajo de manera aleatoria mediante un sorteo.	5 minutos
	Bajo las indicaciones de los participantes que se pusieron de pie y reunieron en equipo con tres de sus compañeros que se les indicó.	
	Mediante un sorteo se asignaron a cada equipo una de las habilidades sociales entrenadas en las sesiones pasadas del taller para que la representaran.	5 minutos
	Cada equipo se puso de acuerdo en cómo representaron la habilidad social asignada.	
	Por turnos, cada equipo representó, ante sus compañeros, la conducta asignada.	25 minutos
	Posteriormente, los participantes espectadores votaron si les pareció o no adecuada la representación, y tres de ellos expusieron los aciertos y/o errores que percibieron en la representación.	
	<u>Se realizó un registro conductual de los elementos moleculares conductuales de las habilidades sociales de cada uno de los participantes durante su intervención oral.</u>	

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

<i>Sesión 10. Recuento del taller.</i>		
Actividad	Descripción	Tiempo
Actividad 2. Recuento del taller.	<p>Bajo las indicaciones de los coordinadores los participantes tomaron asiento.</p> <p>Por turnos, cada uno de los participantes pudo expresar las dudas que tenían respecto de los temas abordados durante el taller para que les sean resueltas.</p> <p>Posteriormente cada uno pudo responder, de manera ordenada, respecto del taller:</p> <p><i>¿Qué te parecieron las actividades?</i>  <i>¿Cómo te sentiste?</i>  <i>¿En qué crees que te serían de utilidad?</i>  <i>¿Tuvieron alguna duda?</i></p> <p>Los coordinadores dieron retroalimentación y reforzamiento general a los participantes sobre su desempeño en el taller.</p> <p>Con la finalidad de propiciar la generalización de las habilidades sociales entrenadas en el taller en su vida cotidiana.</p> <p><u>Se realizó un registro conductual de los elementos moleculares conductuales de las habilidades sociales de cada uno de los participantes durante su intervención oral.</u></p>	20 minutos

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

<p><i>Sesión 11. Decir hasta pronto.</i></p> <p><i>Objetivos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizaron la post-medición.</li> <li>➤ Decir hasta pronto.</li> <li>➤ Pedir su asistencia al seguimiento.</li> </ul>		
Actividad	Descripción	Tiempo
Bienvenida.	Los coordinadores dieron la bienvenida a los participantes a la sesión.	5 minutos
Medición fisiológica	Uno de los coordinadores, con entrenamiento y experiencia previa, midió y registro el nivel de presión arterial de cada uno de los participantes.	10 minutos
Actividad 1. Es de ayuda el taller? Post-medición.	Se realizó la evaluación posterior del taller, mediante la aplicación de algunos instrumentos por entrevista individual.	40 minutos
Convivio. Entrega de diplomas.	<p>Los coordinadores organizaron un convivio en el que entregaron de los diplomas de asistencia y participación al taller.</p> <p>Los coordinadores pidieron a los participantes su asistencia al seguimiento y les recordaron la importancia de su colaboración.</p> <p><u>Se realizó un registro conductual de los elementos moleculares conductuales de las habilidades sociales de cada uno de los participantes durante su intervención oral.</u></p>	35 minutos

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Modelamiento*

*(Retroalimentación y reforzamiento)*

Durante el desarrollo de la sesiones se llevarán a cabo diversas actividades que incluyen la realización de juego de roles, por parte de los participantes, para ensayar la ejecución de las diversas habilidades sociales. Durante el cual los participantes recibirán retroalimentación y reforzamiento sobre su participación en la actividad, por un coordinador para dos equipos, con el fin de moldear la ejecución adecuada de las conductas.

Siendo los elementos a moldear los siguientes:

1. Mirar a sus compañeros a los ojos, y/o la mitad superior de la cara, mientras realizan las conductas, como indicio de que le atienden y están receptivos a enviar y recibir mensajes.
2. Elementos de postura corporal como procurar mantener los brazos a los lados y manos abiertas como signo de accesibilidad; al tiempo que evitan cruzar los brazos, apretar las manos y/o cruzar las piernas, porque indican frialdad, defensa, tensión y/o resistencia.
3. Elementos del habla resaltando la importancia de evitar expresiones que no conducen a respuestas obvias y verbalizaciones no informativas y/o no relacionadas con las conductas objetivo.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Modelamiento*

Como parte de las actividades de las sesiones dos y nueve, se llevarán a cabo modelamientos de hacer y recibir cumplidos, e iniciar y mantener conversaciones, respectivamente.

Durante los modelamientos, los coordinadores y los asistentes realizarán representaciones de las conductas a ejemplificar observando modelar también los elementos moleculares presentes en el moldeamiento (mirada, postura corporal y perturbaciones en la fluidez del habla).

Los guiones para dichos modelamientos son los siguientes:

*Hacer y recibir cumplidos:*

Será representado por los dos coordinadores y tres de los asistentes (ya que un asistente video grabará a los participantes durante la actividad). Durante el modelamiento cada uno de los cinco individuos hará cumplidos a uno o más de sus interlocutores, quienes agradecerán el cumplido.

Por ejemplo:

A: ¡Qué bonita blusa!

B: Gracias, es de mi color favorito.

A: ¡Me encantan tu bufanda!

C: Si, es muy linda mi bufanda

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Iniciar y mantener conversaciones:*

Será representado por los dos coordinadores y tres de los asistentes (ya que un asistente video grabará a los participantes durante la actividad). Durante el modelamiento uno de los cinco individuos iniciará, y mantendrá, una conversación con sus cuatro interlocutores, quienes responderán ante los mensajes emitidos.

Para lo cual el individuo que inicia y mantiene la conversación puede valerse de preguntas, confesiones personales, comentarios de interés general como el clima, etc., al igual que las habilidades sociales trabajadas durante el taller. Por ejemplo:

A: Hola, ¿también están esperando?

B: Si, desde hace un rato.

A: ¿No saben si tardará mucho?

C: No, pero espero que no tarde.

A: A mí no me gusta esperar.

D: Tampoco a mí, pero no tenemos otra opción.

A: Si. Y lo malo es que parece que va a llover.

E: Sí, así parece, pero espero que no porque no traje paraguas.

B: Yo tampoco.

A: entonces ojala y no llueva. Porque, aunque me gusta la lluvia, tampoco traigo.

C: A mí también me gusta la lluvia, sobre todo el olor a tierra mojada.

D: Pues la verdad a mi no me gusta la lluvia porque todo se llena de lodo.

E: Si. Además mis zapatos son nuevos.

A: ¿De verdad? La verdad son bonitos.

B: Si, pero como que no son para éste clima.

E: No importa a mi me gustan y son muy cómodos...



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Refranes*

Ejemplos de refranes:

- No por mucho madrugar, amanece más temprano.
- Árbol que nace torcido jamás su tronco endereza.
- Camarón que se duerme se lo lleva la corriente.
- Agua que no haz de beber, déjala correr.
- De tal palo tal astilla.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

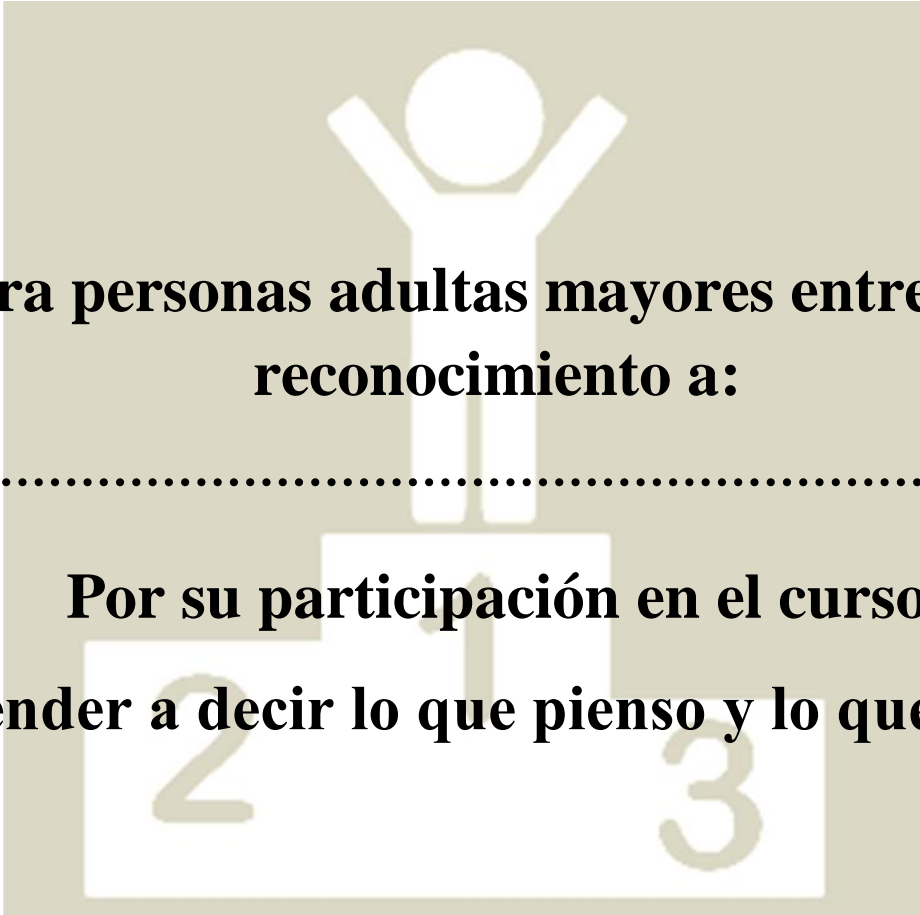
*Ejemplos de derechos*

Los ejemplos de derechos que se emplearán en la sesión siete son los siguientes:

- La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad.
- A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar.
- Nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquiera otra índole.
- A la libertad de conciencia y de religión, en forma individual o asociada.
- A las libertades de información, opinión, expresión y difusión del pensamiento mediante la palabra oral o escrita o la imagen, por cualquier medio de comunicación social, sin previa autorización ni censura ni impedimento algunos, bajo las responsabilidades de ley A que los servicios informáticos, computarizados o no, públicos o privados, no suministren informaciones que afecten la intimidad personal y familiar.
- Al honor y a la buena reputación, a la intimidad personal y familiar así como a la voz y a la imagen propias.
- A la libertad de creación intelectual, artística, técnica y científica, así como a la propiedad sobre dichas creaciones y a su producto
- A trabajar libremente, con sujeción a ley.
- A mantener reserva sobre sus convicciones políticas, filosóficas, religiosas o de cualquiera otra índole, así como a guardar el secreto profesional.
- A su identidad étnica y cultural.
- A la paz, a la tranquilidad, al disfrute del tiempo libre y al descanso, así como a gozar de un ambiente equilibrado y adecuado al desarrollo de su vida.
- A la libertad y a la seguridad personales.

# Reconocimiento

**El taller para personas adultas mayores entrega el presente reconocimiento a:**



.....

**Por su participación en el curso  
“Aprender a decir lo que pienso y lo que siento”.**

---

**Dra. Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel.**

---

**Lic. María del Refugio Acuña Gurrola.**

# *Aprender a decir lo que pienso y siento*



Taller para personas adultas mayores

# Índice

Bienvenido a tu taller. ....	1	Sesión 7. Mis derechos deben ser respetados. .....	14
Objetivos del taller. ....	1	Sesión 8. No soy perfecto. ....	16
Reglas. ....	2	Sesión 9. Hablemos. ....	18
Calendario de sesiones. ....	2	Sesión 10. Recuento del taller.....	19
Sesión 1. Conoce al de al lado y relájate. ....	3	Sesión 11. Decir hasta pronto.....	20
Sesión 2. Yo opino que... No me parece que... ..	5	Tareas.....	21
Sesión 3. ¡Qué bonito! (Hacer y aceptar cumplidos). .....	7		
Sesión 4. Pedir y dar o negarte. ....	8		
Sesión 5. Te amo, te quiero o me agradas. .....	10		
Sesión 6. Cuando algo no me agrada me callo. .....	12		

# *¡Bienvenido a tu taller!*

*Te agradecemos que te hayas dado la oportunidad de participar en este taller, y el permitirnos ayudarte a adquirir habilidades que creemos pueden ser útiles en tu vida diaria.*

## *Objetivos del taller*

El objetivo general del taller es que aprendas habilidades que pueden serte de utilidad para expresar a otras personas lo que sientes y lo que piensas.

*De manera particular esperamos que aprendas a:*

- ✓ Poner en práctica la técnica de relajación diafragmática.

- ✓ Expresar opiniones personales claras, incluido el desacuerdo.
- ✓ Hacer cumplidos.
- ✓ Aceptar cumplidos.
- ✓ Hacer peticiones.
- ✓ Rechazar peticiones.
- ✓ Expresar amor, agrado y afecto.
- ✓ Expresar justificadamente molestia, desagrado o enfado.
- ✓ Pedir un cambio de conducta en otra persona.
- ✓ Defender los propios derechos, sin sentirse culpable.
- ✓ Afrontar las críticas eficazmente.
- ✓ Disculparse o admitir ignorancia.
- ✓ Iniciar y mantener conversaciones.

# Reglas

Con el propósito de que el taller se realice de manera ordenada, y podamos obtener los mayores beneficios, te invitamos a seguir las siguientes reglas:

- ✓ Asistir puntualmente
- ✓ Respetar a tus compañeros
- ✓ Escuchar atentamente a tus compañeros
- ✓ Respetar las opiniones de los demás
- ✓ Esperar tu turno para hablar

*Del mismo modo, todos los que participaremos en el taller haremos el compromiso de confidencialidad respecto de los eventos que ocurran durante el desarrollo del mismo.*

Además con el 90% de tus asistencias se te otorgará un diploma y podrás participar en la rifa de un premio sorpresa.

# Calendario de sesiones

	Fecha	Hora
Sesión 1		
Sesión 2		
Sesión 3		
Sesión 4		
Sesión 5		
Sesión 6		
Sesión 7		
Sesión 8		
Sesión 9		
Sesión 10		

# Sesión 1.

## Conoce a tu compañero y relájate.

### Objetivos:

- ✓ Conocer a los participantes de taller y a los moderadores.
- ✓ Aprender la técnica de relajación diafragmática.

### Actividad 1. Conoce a tu compañero.

1. Ponte de pie y reúnete en equipo con tres de tus compañeros que te indicarán los coordinadores, pregúntales su nombre y una de las cosas que más le gusta hacer.
2. Toma asiento y, por turnos, cada uno de nosotros se presentará ante el grupo y la (s) persona (s) que platicaron con ella, nos hablarán sobre lo que le gusta.

### Actividad 2. Relájate.

1. Toma asiento y colócate en una posición cómoda, cierra los ojos y respira profundamente a tu propio ritmo, pon tu atención en tu respiración.
2. Inhala lentamente el aire por la nariz y siente como se llena tu estómago, luego tu tórax y al final tu pecho.
3. Reten el aire unos segundos, un poco más en cada respiración, sin forzarte. Recuerda que debe ser a tu ritmo, ya que se trata de relajarte, no de preocuparte.
4. Exhala, o expulsa, el aire por la boca lentamente.
5. Pon tu atención y disfruta de cómo el aire entra, llena tu diafragma y sale, lentamente.
6. Repite esta respiración al menos cinco veces.

***¡Esta es una forma de relajarte, practícala!***



## **Gafete**

Los coordinadores te entregarán una tarjeta blanca y un plumón, anota tu nombre y ponlo en un lugar visible de tu cuerpo. (Guárdalo para que lo uses en cada sesión).

## **Cierre.**

*¿Qué te parecieron las actividades?*

*¿Cómo te sentiste?*

*¿En qué crees que te serán de utilidad?*

*¿Tienes alguna duda?*

*¡Recuerda realizar la tarea de esta sesión y llevar a cabo el registro de actividades!*

## *Sesión 2. Yo opino que... No me parece que...*

### **Objetivos:**

- ✓ Aprender a expresar opiniones, incluido el desacuerdo, sin sentirse incómodos.

### **Relájate.**

Bajo las instrucciones de los coordinadores pon en práctica la técnica de relajación que aprendiste.

### **Actividad 1. Tu opinión es tan importante como la de los demás.**

1. Ponte de pie y reúnate en equipo con tres de tus compañeros que te indicarán los coordinadores, y toma asiento.
2. Recuerda los pensamientos que te impiden o te hacen difícil expresar tu opinión.
3. Divide la hoja que se te entregará en dos columnas. En la primera de ellas escribe los

pensamientos que te impiden o te hacen difícil expresar tus opiniones.

4. Por turnos, cada uno de los participantes podrá expresar la importancia y el valor que cree tienen sus opiniones, y los obstáculos que podía encontrar al hacerlo.
5. Ahora reflexiona sobre esos pensamientos con tus compañeros de equipo y con el coordinador que estará con ustedes, y sigue sus indicaciones.

### **Actividad 2. Yo opino que... No me parece que...**

1. Ponte de pie y reúnate en equipo con tres de tus compañeros que te indicarán los coordinadores, y formen un círculo.
2. Comente un refrán que conozcan (o uno que los coordinadores les proporcionen).
3. Por turnos, cada uno de los cuatro expresará su opinión respecto del cuanto que leyeron, la actuación de cada uno de los personajes y sus consecuencias, y el porqué de sus opiniones. (*Recuerda, puedes estar o no de acuerdo con tus compañeros pero debes respetar el punto de vista de cada uno*).

Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.

***¡Ahora que has ensayado cómo expresar opiniones, incluyendo el desacuerdo práctico!***

**Cierre.**

- ✓ *¿Qué te parecieron las actividades?*
- ✓ *¿Cómo te sentiste?*
- ✓ *¿En qué crees que te serán de utilidad?*
- ✓ *¿Tienes alguna duda?*

*¡Recuerda realizar la tarea de esta sesión y llevar a cabo el registro de actividades!*

## *Sesión 3. ¡Qué bonito! (Hacer y aceptar cumplidos).*

### **Objetivo:**

- ✓ Aprender a hacer y aceptar cumplidos sin sentirse incómodo.

### **Relájate.**

Bajo las instrucciones de los coordinadores pon en práctica la técnica de relajación que aprendiste.

### **Actividad 1. ¡Qué bonito!**

1. Ponte de pie y reúnete en equipo con tres de tus compañeros que te indicarán los coordinadores, y formen un círculo.
2. Por turnos, cada uno de los cuatro le hará un cumplido a su compañero de la derecha, quien agradecerá el cumplido.

3. Cuando cada uno de los cuatro hayan hecho y recibido un cumplido repetirán la misma dinámica, pero ahora con su compañero de la izquierda.

### **Actividad 2. ¡Mira qué bonito!**

1. Toma asiento, pon atención a las indicaciones que te dan los coordinadores, y al ejemplo que ellos harán de cómo puedes hacer y recibir cumplidos.
2. Por turnos, cada participante podrá expresar sus comentarios y dudas respecto del ejemplo y las indicaciones, para que le sean resueltas.

***¡Ahora que has ensayado cómo hacer y recibir cumplidos práctico!***

### **Cierre.**

- ✓ *¿Qué te parecieron las actividades?*
- ✓ *¿Cómo te sentiste?*
- ✓ *¿En qué crees que te serán de utilidad?*
- ✓ *¿Tienes alguna duda?*

***¡Recuerda realizar la tarea de esta sesión y llevar a cabo el registro de actividades!***

## *Sesión 4.*

# *Pedir y dar o negarte.*

### **Objetivos:**

- ✓ Aprender a hacer y recibir peticiones sin sentirse incómodo.

### **Relájate.**

Bajo las instrucciones de los coordinadores pon en práctica la técnica de relajación que aprendiste.

### **Actividad 1. Puedo decir que no.**

1. Ponte de pie y reúnete en equipo con tres de tus compañeros que te indicarán los coordinadores, y toma asiento.
2. Recuerda los pensamientos que te impiden o te hacen difícil hacer peticiones, aceptarlas y/o negarte.
3. Divide la hoja que se te entregará en dos columnas. En la primera de ellas escribe los

pensamientos que te impiden o te hacen difícil expresar tus opiniones.

4. Por turnos, cada uno de los participantes podrá expresar la importancia y el valor que cree tienen sus opiniones, y los obstáculos que podía encontrar al hacerlo.
5. Ahora reflexiona sobre esos pensamientos con tus compañeros de equipo y con el coordinador que estará con ustedes, y sigue sus indicaciones.

### **Actividad 2. Pedir y dar o negarte.**

1. Ponte de pie y reúnete en equipo con tres de tus compañeros que te indicarán los coordinadores, y formen un círculo.
2. Por turnos, cada uno de los cuatro le hará un petición a su compañero de la derecha, como si esa persona fuera alguien con quien convive diariamente, quien responderá, aceptado o negándose, según como si la petición fuese hacia su persona.
3. Cuando cada uno de los cuatro hayan hecho y recibido una petición repetirán la misma dinámica, pero ahora con su compañero de la izquierda e imaginando que es un completo extraño.

Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.

***¡Ahora que has ensayado cómo hacer y recibir peticiones práctico!***

**Cierre.**

- ✓ *¿Qué te parecieron las actividades?*
- ✓ *¿Cómo te sentiste?*
- ✓ *¿En qué crees que te serán de utilidad?*
- ✓ *¿Tienes alguna duda?*

*¡Recuerda realizar la tarea de esta sesión y llevar a cabo el registro de actividades!*

## *Sesión 5. Te amo, te quiero o me agradas.*

### **Objetivos:**

- ✓ Aprender a expresar amor, agrado y afecto.

### **Relájate.**

Bajo las instrucciones de los coordinadores pon en práctica la técnica de relajación que aprendiste.

### **Actividad 1. Tus sentimientos son tan importantes como los de otros.**

1. Ponte de pie y reúnete en equipo con tres de tus compañeros que te indicarán los coordinadores, y toma asiento.
2. Recuerda los pensamientos que te impiden o te hacen difícil expresar amor, agrado y/o afecto.
3. Divide la hoja que se te entregará en dos columnas. En la primera de ellas escribe los

pensamientos que te impiden o te hacen difícil expresar tus opiniones.

4. Por turnos, cada uno de los participantes podrá expresar la importancia y el valor que cree tienen sus opiniones, y los obstáculos que podía encontrar al hacerlo.
5. Ahora reflexiona sobre esos pensamientos con tus compañeros de equipo y con el coordinador que estará con ustedes, y sigue sus indicaciones.

### **Actividad 2. Te quiero, te amo o me agradas.**

1. Ponte de pie y reúnete en equipo con tres de tus compañeros que te indicarán los coordinadores, y formen un círculo.
2. Por turnos, cada uno de los cuatro se imaginará que su compañero de la derecha es una persona a la que ama y se lo dirá.
3. Cuando cada uno de los cuatro haya expresado su amor por una persona, repetirán la misma dinámica, pero con la persona de la izquierda e imaginando que es alguien que quieren.
4. Finalmente, repetirán la misma dinámica, con la persona que está a su derecha, imaginando que es un conocido que les agrada.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*(Recuerda, los sentimientos de tus compañeros son tan importantes como los tuyos).*

***¡Ahora que has aprendido a expresar amor agrado y afecto práctico!***

**Cierre.**

- ✓ *¿Qué te parecieron las actividades?*
- ✓ *¿Cómo te sentiste?*
- ✓ *¿En qué crees que te serán de utilidad?*
- ✓ *¿Tienes alguna duda?*

*¡Recuerda realizar la tarea de esta sesión y llevar a cabo el registro de actividades!*



## *Sesión 6.* *Cuando algo no me agrada no me callo.*

### **Objetivos:**

- ✓ Aprender a expresar molestia, desagrado y enfado, sin sentirte incómodo.
- ✓ Aprender a pedir a otros que cambien su comportamiento.

### **Relájate.**

Bajo las instrucciones de los coordinadores pon en práctica la técnica de relajación que aprendiste.

### **Actividad 1. Tus sentimientos son tan importantes como los de otros.**

1. Ponte de pie y reúnete en equipo con tres de tus compañeros que te indicarán los coordinadores, y toma asiento.

2. Recuerda los pensamientos que te impiden o te hacen difícil expresar molestia, desagrado y enfado.
3. Divide la hoja que se te entregará en dos columnas. En la primera de ellas escribe los pensamientos que te impiden o te hacen difícil expresar tus opiniones.
4. Por turnos, cada uno de los participantes podrá expresar la importancia y el valor que cree tienen sus opiniones, y los obstáculos que podía encontrar al hacerlo.
5. Ahora reflexiona sobre esos pensamientos con tus compañeros de equipo y con el coordinador que estará con ustedes, y sigue sus indicaciones.

### **Actividad 2. Cuando algo no me agrada no me callo.**

1. Ponte de pie y reúnete en equipo con tres de tus compañeros que te indicarán los coordinadores, y formen un círculo.
2. Por turnos, cada uno de los cuatro imaginará que su compañero de la derecha es una persona con la que convive y ha tenido algún disgusto. Le expresará su molestia y desagrado.

3. Cuando cada uno de los cuatro se exprese, repetirán la misma dinámica, con su compañero de la izquierda y pedirá, a esa persona que imaginan que es, que cambie algún comportamiento que le moleste.

*(Recuerda que la molestia es un sentimiento que todos experimentamos).*

***¡Ahora que has ensayado cómo expresar molestia desagrado y enfado práctico!***

**Cierre.**

- ✓ *¿Qué te parecieron las actividades?*
- ✓ *¿Cómo te sentiste?*
- ✓ *¿En qué crees que te serán de utilidad?*
- ✓ *¿Tienes alguna duda?*

*¡Recuerda realizar la tarea de esta sesión y llevar a cabo el registro de actividades!*

## Sesión 7.

# Mis derechos deben ser respetados.

### Objetivos:

- ✓ Aprender a defender los propios derechos.

### Actividad 1. Imagínate sin derechos.

1. Toma asiento y colócate en una posición cómoda, cierra los ojos y respira profundamente a tu propio ritmo, relájate, y pon atención en las indicaciones que te dan los coordinadores.
2. Imagina que estás en una fiesta, una persona pasa a tu lado y te empuja sin disculparse. Sales de la fiesta y tomas tu lugar en la fila para abordar un taxi y, cuando es tu turno, llegan tres personas que “se meten en la fila” y abordan el taxi antes que tú.
3. Pon atención en cómo te hace sentir eso y qué te hace pensar.

4. Ahora imagina que estás en esa misma fiesta y te empujan, pero ahora le pides a esa persona que tenga cuidado y se disculpe. Cuando sales y es tu turno de tomar el taxi, y llegan esas tres personas les pides que respeten tu turno y tomen su lugar en la fila.
5. Pon atención en cómo te sientes y qué piensas.
6. Por turnos, cada participante podrá compartir con los otros la manera en que se sintió y lo que pensó durante en ejercicio anterior.

### Actividad 2. Estos son algunos de mis derechos.

1. Permanece sentado mientras los coordinadores les presentan, a ti y a tus compañeros, una lista de diez ejemplos de derechos.
2. Si crees que faltó algún derecho importante, por turnos, compártelo con tus compañeros.

### Actividad 3. Tus derechos son importantes.

1. Ponte de pie y reúnete en equipo con tres de tus compañeros que te indicarán los coordinadores, y formen un círculo.

2. Por turnos, cada uno expresará a sus compañeros de equipo cuál es uno de sus derechos que cree es importante que deba ser respetado.
3. Cada miembro del equipo actuará la manera en que cree que podría defender ese derecho que considera importante, al sentir que no ha sido respetado.

Cada uno de los cuatro debe expresar un derecho diferente.

***¡Ahora que has ensayado cómo defender tus derechos práctico!***

**Cierre.**

- ✓ *¿Qué te parecieron las actividades?*
- ✓ *¿Cómo te sentiste?*
- ✓ *¿En qué crees que te serán de utilidad?*
- ✓ *¿Tienes alguna duda?*

*¡Recuerda realizar la tarea de esta sesión y llevar a cabo el registro de actividades!*

# *Sesión 8.*

## *No soy perfecto.*

### **Objetivos:**

- ✓ Aprender a afrontar las críticas eficazmente.
- ✓ Aprender a disculparse o admitir ignorancia.

### **Relájate.**

Bajo las instrucciones de los coordinadores pon en práctica la técnica de relajación que aprendiste.

### **Actividad 1. No hay persona sin defectos.**

1. Ponte de pie y reúnete en equipo con tres de tus compañeros que te indicarán los coordinadores, y toma asiento.
2. Recuerda los pensamientos que te impiden o te hacen difícil afrontar las críticas y/o disculparte y admitir ignorancia.

3. Divide la hoja que se te entregará en dos columnas. En la primera de ellas escribe los pensamientos que te impiden o te hacen difícil expresar tus opiniones.
4. Por turnos, cada uno de los participantes podrá expresar la importancia y el valor que cree tienen sus opiniones, y los obstáculos que podía encontrar al hacerlo.
5. Ahora reflexiona sobre esos pensamientos con tus compañeros de equipo y con el coordinador que estará con ustedes, y sigue sus indicaciones.

### **Actividad 2. ¡No soy perfecto y qué!**

1. Ponte de pie y reúnete en equipo con tres de tus compañeros que te indicarán los coordinadores, y formen un círculo.
2. Por turnos, cada uno de los cuatro le dirá a su compañero de la derecha algo que no le parece de él o ella, mirándose a los ojos, quien aceptará la crítica.
3. Cuando cada uno de los cuatro hayan hecho y recibido una crítica, cada uno se disculpará con su de la izquierda, como si hubiese cometido un error que le afecte al otro.

***¡Ahora que has ensayado afrontar las críticas y disculparse o admitir ignorancia práctico!***

**Cierre.**

- ✓ *¿Qué te parecieron las actividades?*
- ✓ *¿Cómo te sentiste?*
- ✓ *¿En qué crees que te serán de utilidad?*
- ✓ *¿Tienes alguna duda?*

*¡Recuerda realizar la tarea de esta sesión y llevar a cabo el registro de actividades!*

# *Sesión 9. ¡Hablemos!*

## **Objetivos:**

- ✓ Aprender a iniciar y mantener conversaciones.

## **Relájate.**

Bajo las instrucciones de los coordinadores pon en práctica la técnica de relajación que aprendiste.

## **Actividad 1. ¡Hablemos!**

1. Ponte de pie y reúnete en equipo con tres de tus compañeros que te indicarán los coordinadores, y formen un círculo.
2. Imagina, con tus compañeros, que te encuentras en una reunión en la que no conoces a nadie.
3. Por turnos, cada uno de los cuatro iniciará una conversación con los otros, para propiciar una conversación de cinco a diez minutos, en la que todos participarán. En total, realizarán cuatro conversaciones distintas.

## **Actividad 2. Mira cómo hablan.**

1. Toma asiento, pon atención a las indicaciones que te dan los coordinadores, y a los ejemplos que ellos harán de cómo puedes iniciar y mantener conversaciones, en distintas situaciones.
2. Por turnos, cada participante podrá expresar sus comentarios y dudas respecto del ejemplo y las indicaciones, para que le sean resueltas.

***¡Ahora que has ensayado cómo iniciar y mantener conversaciones práctico!***

## **Cierre.**

- ✓ *¿Qué te parecieron las actividades?*
- ✓ *¿Cómo te sentiste?*
- ✓ *¿En qué crees que te serán de utilidad?*
- ✓ *¿Tienes alguna duda?*

***¡Recuerda realizar la tarea de esta sesión y llevar a cabo el registro de actividades!***

# Sesión 10.

## Recuento del taller.

### Objetivos:

- ✓ Repasar las habilidades entrenadas en el taller.
- ✓ Resolver dudas finales.
- ✓ Revisar las aportaciones que se obtuvieron del taller.

### Relájate.

Bajo las instrucciones de los coordinadores pon en práctica la técnica de relajación que aprendiste.

### Actividad 1. Juguemos al teatro.

1. Ponte de pie y reúnete en equipo con tres de tus compañeros que te indicarán los coordinadores, y formen un círculo.
2. Mediante un sorteo se asignará a cada equipo una de las habilidades sociales entrenadas en las sesiones pasadas del taller para que la representen.

3. Con tu equipo, te pondrán de acuerdo en cómo representarán la habilidad social asignada.
4. Por turnos, cada equipo representará, ante sus compañeros, la conducta asignada.
5. Posteriormente, los participantes espectadores votarán si les pareció o no adecuada la representación, y tres de ellos expondrán los aciertos y/o errores que percibió en la representación.

### Actividad 2. Recuento del taller.

1. Toma asiento, pon atención a las indicaciones que te dan los coordinadores.
2. Por turnos, cada uno de los participantes podrá expresar las dudas que tenga respecto de los temas abordados durante el taller para que les sean resueltas.
3. Posteriormente cada uno podrá responder, de manera ordenada, respecto del taller:
  - ✓ *¿Qué te parecieron las actividades?*
  - ✓ *¿Cómo te sentiste?*
  - ✓ *¿En qué crees que te serán de utilidad?*
  - ✓ *¿Tienes alguna duda?*



## *Sesión 11.*

# *Decir hasta pronto.*

### **Objetivos:**

- ✓ Realizar la post-medición.
- ✓ Decir hasta pronto.
- ✓ Pedir su asistencia al seguimiento.

### **Actividad 1.**

1. Toma asiento, pon atención a las indicaciones que te dan los coordinadores.
2. Uno de los coordinadores o de los asistentes pasará a tu lugar para hacerte una preguntas con el fin de evaluar si el taller fue de utilidad para tu persona (*Por favor se paciente y contesta de forma honesta. Recuerda que este taller fue diseñado para ti con lo que es importante evaluar si te fue de ayuda*).

### **Convivio y entrega de diplomas.**

Se realizará un convivio en el que se llevará a cabo la entrega de los diplomas de asistencia y participación al taller.

Además se realizará el sorteo del premio entre los participantes que asistieron al 90% o más de las sesiones.

***¡Gracias por haber participado!***

# Tareas



Sesión 1. Conoce al de al lado y relájate.

*Cuando te sientas, preocupado o enojado por alguna situación pon en práctica la técnica diafragmática y responde:*

*¿En qué situación la aplicaste?*

---

---

*¿Por qué lo hiciste?*

---

*¿Cómo te sentiste?*

---

---

---

Sesión 2. Yo opino que... No me parece que...

*En, al menos, dos situaciones expresa tu opinión y o desacuerdo y responde:*

*Situación 1.*

*¿En qué situación lo hiciste?*

---

*¿Por qué lo hiciste?*

---

---

*¿Qué hiciste?*

---

*¿Cómo te sentiste?*

---

---

---

*Situación 2.*

*¿En qué situación lo hiciste?*

---

---

*¿Por qué lo hiciste?*

---

---

*¿Qué hiciste?*

---

---

*¿Cómo te sentiste?*

---

---

---

---

*Tus pensamientos*

Pensamiento que interfiere:

---

---

Pensamiento que facilita:

---

---

Sesión 3. ¡Qué bonito! (Hacer y aceptar cumplidos).

*En, al menos, dos situaciones haz un cumplido y responde:*

*Situación 1.*

*¿En qué situación lo hiciste?*

---

---

*¿Por qué lo hiciste?*

---

---

*¿Qué hiciste?*

---

*¿Cómo te sentiste?*

---

---

---

*Situación 2.*

*¿En qué situación lo hiciste?*

---

---

*¿Por qué lo hiciste?*

---

---

*¿Qué hiciste?*

---

---

*¿Cómo te sentiste?*

---

---

---

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Si te hacen un cumplido, acéptalo y responde:*

*¿Qué cumplidos te hicieron?*

---

---

*¿Quién lo hizo?*

---

---

*¿Qué hiciste?*

---

*¿Cómo te sentiste?*

---

---

---



Sesión 4. Pedir y dar o negarte.

*En, al menos, dos situaciones haz una petición y responde:*

*Situación 1.*

*¿En qué situación lo hiciste?*

---

---

*¿Por qué lo hiciste?*

---

---

*¿Qué hiciste?*

---

*¿Cómo te sentiste?*

---

---

---

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Situación 2.*

*¿En qué situación la aplicaste?*

---

---

*¿Por qué lo hiciste?*

---

---

*¿Qué hiciste?*

---

*¿Cómo te sentiste?*

---

---

---

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Si te hacen una petición que quieres aceptar, hazlo y responde:*

*¿Qué petición te hicieron?*

---

---

*¿Quién lo hizo?*

---

---

*¿Qué hiciste?*

---

*¿Cómo te sentiste?*

---

---

---

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Si te hacen una petición y no te agrada, niégate y responde:*

*¿Qué petición te hicieron?*

---

---

*¿Quién lo hizo?*

---

---

*¿Qué hiciste?*

---

---

*¿Cómo te sentiste?*

---

---

---

*Tus pensamientos*

Pensamiento que interfiere:

---

Pensamiento que facilita:

---

Sesión 5. Te amo, te quiero o me agradas.

*En, al menos, tres situaciones expresa amor afecto o agrado y responde:*

*Situación 1.*

*¿En qué situación lo hiciste?*

---

---

*¿Por qué lo hiciste?*

---

---

*¿Qué hiciste?*

---

*¿Cómo te sentiste?*

---

---

---

*Situación 2.*

*¿En qué situación lo hiciste?*

---

---

*¿Por qué lo hiciste?*

---

---

*¿Qué hiciste?*

---

*¿Cómo te sentiste?*

---

---

---

*Situación 3.*

*¿En qué situación lo hiciste?*

---

---

*¿Por qué lo hiciste?*

---

---

*¿Qué hiciste?*

---

---

*¿Cómo te sentiste?*

---

---

*Tus pensamientos*

Pensamiento que interfiere:

---

---

Pensamiento que facilita:

---

---

Sesión 6. Cuando algo no me agrada me callo.

*Cuando algo te moleste, desagrade o enfade, exprésalo y responde:*

*¿En qué situación lo hiciste?*

---

---

*¿Por qué lo hiciste?*

---

---

*¿Qué hiciste?*

---

*¿Cómo te sentiste?*

---

---

---



*Cuando te moleste, desagrade o enfade lo que hace una persona, exprésalo y responde:*

*¿En qué situación lo hiciste?*

---

---

*¿Por qué lo hiciste?*

---

---

*¿Qué hiciste?*

---

*¿Cómo te sentiste?*

---

---

---

*Tus pensamientos*

Pensamiento que interfiere:

---

Pensamiento que facilita:

---

Sesión 7. Mis derechos deben ser respetados.

*En, al menos, dos situaciones en las que sientas que tus derechos no están siendo respetados defiéndelos y responde:*

*Situación 1.*

*¿En qué situación lo hiciste?*

---

---

*¿Por qué lo hiciste?*

---

---

*¿Qué hiciste?*

---

*¿Cómo te sentiste?*

---

---

---

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Situación 2.*

*¿En qué situación lo hiciste?*

---

---

*¿Por qué lo hiciste?*

---

---

*¿Qué hiciste?*

---

*¿Cómo te sentiste?*

---

---

---

Sesión 8. No soy perfecto.

*Si alguna persona te hace una crítica, pon en práctica lo aprendido y responde:*

*¿En qué situación lo hiciste?*

---

---

*¿Por qué lo hiciste?*

---

---

*¿Qué hiciste?*

---

*¿Cómo te sentiste?*

---

---

---

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Si fue necesario disculparte, responde:*

*¿En qué situación lo hiciste?*

---

---

*¿Por qué lo hiciste?*

---

---

*¿Qué hiciste?*

---

---

*¿Cómo te sentiste?*

---

---

---

---

*Tus pensamientos*

Pensamiento que interfiere:

---

Pensamiento que facilita:

---

Sesión 9. Hablemos.

*En, al menos, dos situaciones inicia una conversación e intenta que dure más de cinco minutos:*

*Situación 1.*

*¿En qué situación lo hiciste?*

---

---

*¿Por qué lo hiciste?*

---

---

*¿Qué hiciste?*

---

---

*¿Cómo te sentiste?*

---

---

---

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Situación 2.*

*¿En qué situación lo hiciste?*

---

---

*¿Por qué lo hiciste?*

---

---

*¿Qué hiciste?*

---

*¿Cómo te sentiste?*

---

---

---

Anexo 13.

**Entrevistas posteriores a cuatro de los participantes**

*Entrevista a participante 2*

¿El taller le benefició en algún aspecto de su vida?

Si, en muchos. En abrazar a mi familia, este... decirles que los quiero, abrazarlos. Me da satisfacción.

¿Por qué?

Porque ya no me quedo con las ganas de abrazar a mi prima, a mis hermanas, o sea que los abrazo con mucho cariño.

¿Qué sentimientos le generó su participación en el taller?

A pues si. Si nos gustó. Hemos platicado Jesús y yo, mi esposo, y este... no recuerda como decía... y ya nos ayuda cuando recordamos las cosas que aprendimos con ustedes. Por ejemplo en decirles que los quiero, abrazarlos. Siento que las personas se sienten contentas cuando yo les hago esos apapachos

¿Crees que puedes comunicar mejor lo que sientes y los que piensas a las personas que te rodean después del taller?

Si, si puedo comunicar mejor. Pues este... cuando viene mi familia.

¿Cómo que le comunicas?

Lo que hice. Les enseñé cosas que nunca han visto, por ejemplo alguna foto. Y les da mucho gusto, dicen “Huy estaba yo bien chiquito” “Huy qué bonito guárdalas”. O les enseñé lo que hacía yo antes, le enseñé mis medallas, les enseñé algún libro que ya leí, cosas así.

¿Cree que su relación con las personas que te rodean en tu vida diaria se modificó como resultado del taller?

Si se modificó. Haciendo cosas que yo no hacía, con mis hijos cuando vienen a verme o yo voy a su casa.



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

Con Jesús, que es con el que más convivo, con él. En platicar con él, preguntarle cómo le fue o que me cuente algo de su vida, de cuando era chico o joven, y platicamos en la nohcecita, ya que nos vamos a acostar, y ya no estamos no más callados sino que estamos platicando. Y por ejemplo Jesús mucho me dice, como dice Marce, como dice Marí, como dice así, y eso nos ayuda porque nos hace recordar que veníamos, que estacamos allí platicando y me hace sentir bien.

¿Crees que la manera en que ves tu salud o cómo la evalúas y tu relación con las personas que te rodean tienen alguna relación?

Pues no, si cuando saben que me pasa algo, si luego me hablan y les cometo lo que me pasó y, este, pues luego me dicen que cómo sigo, que cuándo voy a verlos. Por ejemplo, mi mamá tiene ahorita dos... tres años de estar en cama y yo iba muy seguido a verla, pero ahora con eso de la `pierna pues ya no puedo ir, ahora ya nada más hablo por teléfono y este le pasan el teléfono inalámbrico y ya hablo con ella , pero ya habla muy, este, casi no se le entiende, muy quedito; cada día se va acabando más de estar en la cama; y le gusta rezar, le gusta que la percibe uno, le gusta darnos la bendición, y nosotros nos sentimos contentos.

¿Tú crees que eso la ayuda a eso a sentirse mejor?

Si.

¿Y que tus nietos y tus hijos te ayuden, se acerquen a ti y te lleven al doctor crees que te ayuda a ti a sentirte mejor?

Si... si, si, si, porque siento que me tienen cariño, que me quieren y que se preocupan por mi.

¿Crees que te ayuda a preocuparte menos por tus problemas de salud el que ellos se preocupen por ti?

Si me siento bien. Me siento bien de que veo que me ayudan: “y a ver abuelita dame la mano” “y a ver yo le paso el bastón”, si, como que se desviven en quererme apoyar.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

¿Tu estado de ánimo en relación con tu salud es distinto al que tenías antes del taller?

Si. Pues es que... lo que no puedo hacer luché por hacerlo y luego ya si no puedo le pido de favor a Jesús. Y jugamos las estas letras ¿cómo se llaman?... crucigramas, y este, ya jugamos los dos o él ve una palabra y yo otra y la anota, y así pasamos ratos en la tarde.

¿Y te hace sentir mejor?

Si.

¿Cree que a partir de su participación en el taller usted se siente más acompañada por las personas que te rodean?

Si.

¿Por quién?

Pues de mi familia, mi hijo que se fue, ese pasaba y le decía no más le vienes a dar la vuelta a la mesa, me decía “¿por qué mamá? Le digo pues no más dices “ya vine mamá”, me saludas y le das una vuelta a la mesa y dices “¡hijole ya me voy porque la gordis me está esperando a cenar!” (su esposa)”. Y luego me habla y me dice “no ya no le voy a dar la vuelta a la mesa ni más, me voy a estar un ratito”; y ya luego, últimamente, ya estaba un ratito con migo, platicando y, este, y ya luego se iba, pero eso a mí me satisface. Le daba yo algo de cenar y me decía “no, no, no, yo lo que quiero estar con tigo, no quiero que te andes yendo a la cocina. Y así, con unos de un modo, con otros de otro modo, son cuatro, pero me visitaba más mi hija, la que vive más cerca de mí, es la que me visitaba más, pero todos me quieren y yo los quiero a ellos. Y más aprendí con lo del taller a abrazarlos a decirles “te quiero” y si, la verdad a nosotros si nos ayudó mucho.

¿Qué habilidades y destrezas desarrollaste en el taller?

Pues a estar contenta (jajaja). A estar contenta con los que están con migo, pues ahorita Jesús, y pues ya le hablo, le platico, le digo “ven a ver este programa” o “ven a ver esto”, “ven a ver la luna cómo está de hermosa” en estos días pasados vea, ja ja ja, me quedaba yo con los ojos cuadrad

Os de verla belleza de la luna y en la noche los luceros también “ven a ver los luceros”, se notan porque no veo bien, pero cuando están bien prendidos si los veo, ja ja ja .

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

¿Consideras que tu estado de salud se modificó a partir de tu asistencia al taller?

Si porque me siento más animada y lo que me dicen que me haga ejercicios, que me cure con pomada, que me amarre la venda. Como ahorita veníamos y que se me baja, no me la puse bien, y ya vine aquí y me la quité rápido y me la empecé a enredar, dice Jesús “pero cómo aquí en la calle” y le digo “no le hace yo me la pongo sino se me va a safar” y si la verdades un curso que a nosotros nos quedó bien.

¿Consideras que su capacidad para realizar actividades de la vida diaria se modificó a partir del taller?

Si, este, ya ahorita que tengo mis lentes para leer y para ver de lejos, este, leo. Dejé un libro, lo deje sin terminar, y ahora poco a poco lo he seguido leyendo. Me siento bien, pongo una música suavcita y quedito, y me pongo a leer, y me siento muy bien.

¿Crees que tus cuidados personales se modificaron durante el desarrollo del taller?

Si, como no. Pues, este, por ejemplo darle importancia a mi persona, darle importancia a lo que hago, ponerle atención cuando Jesús me habla, mi esposo. Y por ejemplo, que abrazarnos, nos abrazamos, eso pues que de la abrazo terapia y, este, luego salir un ratito a la puerta de la casa a ver a las personas que pasan, los que nos conocen nos saludan y ya, este, es un ratito que nos distraemos de diferente manera.

¿Durante el desarrollo del taller ocurrió algún evento significativo en su vida?

Si, decir por lo regular a mi mamá que la quiero mucho, que la quiero mucho y la abrazo, la beso, y a mis hermanos también les digo que los quiero mucho, y eso es parte de los que vimos en el taller.

¿De manera general cree que valió la pena su asistencia al taller?

Cómo no. Para empezar nos animábamos que ya nos vamos a arreglar, lo poquito que tenemos no, nos vamos a vestir el vestido que se me ve mejor y..., “ya ha de haber llegado Marce, ya llegó Mari, ándale porque nos van a ganar”. Tan sólo en el hecho de salir de la casa, ya era algo para nosotros que nos anima. Y luego ya cuando veíamos

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

todo lo que ustedes nos preguntaban y todo eso si nos quedó grabado y si lo ponemos en práctica.

¿Crees que aprendiste en el taller te ayudó a relacionarte con las personas que le rodean de otra manera?

Si, mejor. Porque le ponemos más atención, les decimos que las queremos, los abrazamos, los encamionamos a la puerta. Por encaminar a la puerta a mi hija, me pasó lo de los perros (jaja).

¿A partir de tu participación en el taller te sientes más segura?

Si, si me siento más segura, si vamos a la calle ya como eso de las siete y media que ya está obscurito vamos ahora por el pan y siento seguridad, seguridad de que voy con Jesús y así como si nada tranquilamente, no estamos a ver si nos roban a ver si no nos jalan, a ver si... no, vamos tranquilamente a la calle.

¿Sientes que tu participación en el taller te ayudó a quererte más a ti misma?

Si, si me quiero más a mi misma. Yo misma me abrazo, este, tenemos una foto que me sacaron en un día de una primera comunión y nos regalaron una foto, y la pongo ahí donde la estemos viendo, está Jesús, estoy yo y la mamá del niño que hizo la primera comunión, se nos ve que estamos contentos, y siento que todo eso es a través de lo que aprendimos.

¿Cómo crees que reaccionaron tus hijos, tu esposo y tus nietos ahora que expresas más lo que sientes y lo que piensas?

Si me dicen “¡hay que querendona te has vuelto!” y, este...”, y me dicen 2yo también te quiero” cuando les digo “te quiero mucho”, como ahora que me habló mi hijo de allá de donde está: “mamá te quiero mucho, me acuerdo mucho de ti”. Le digo “¡Huu, si vieras, ya hasta a veces ni duermo de estar pensando en ti!”. Y así, les digo que los quiero mucho a mis hermanos, a mis hijos, a mis nietos; a la niña chiquita que tiene cuatro años la abrazo y le digo “te quiero mucho” y me dice “yo también” y me besa. Todo son estímulos, tanto para la persona que le da uno ese estímulo como para uno, uno que más contentos. Si, se les ve.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Entrevista a participante 3*

¿Crees que el taller te benefició en algún aspecto de tu vida?

Si, a cómo no, fue de mucho provecho. Ahí empezamos a ver, a saber cómo dirigirse con las personas. Nos brindaron toda su confianza, se abrieron con nosotros. Aprendimos mucho de ustedes.

¿Por qué cree que benefició ese aspecto de tu vida?

Pues este... me benefició porque fue un aprender para saberme dirigir en mi vida.

¿Qué sentimientos te generó tu participación en el taller?

A pues muy buenos, porque, me encontraba con..., pues ahí me encontré a muchos amigos que estuvieron reunidos con nosotros y conocí a otras personas

¿Qué sentimientos podrías describir?

Pues los sentimientos de tener otros amigos. Digo sentimientos buenos. Pues que sería, de estar en un lugar donde estuve yo aprendiendo.

¿Por qué te generó estos sentimientos?

Porque yo siempre yo he sentido que la vida debe de ser útil, debe uno de aprender, con amor con voluntad lo que uno no sabe. A veces se hacen las cosas sin pensar en que..., en una ignorancia que estamos viviendo, en una cosa incorrecta que..., pues que no está bien.

¿Crees que puedes comunicar mejor lo que sientes y los que piensas a las personas que te rodean después del taller?

Si porque a cada momento aprende uno, y lo más importante es aprender a dirigirse a las personas.

¿Qué es lo que te ayudó a comunicar mejor?

Estar en el taller.

¿Qué cosas?

Pues el aprender, de la materia que nos dieron en el taller.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

¿Crees que tu relación con las personas que te rodean se modificó como resultado del taller?

Si cómo no, ya este..., pues antes no sabía expresarme o me decían algo y no podía yo descifrarlo y ahora sí.

¿Con quienes ha cambiado tu relación?

Pues con todos los que convivo, porque pues antes este..., pues a veces me expresaba sin saber si ofendía o dejaba de ofender, y ahora ya me dirijo a las personas con más seguridad.

¿Crees que cambió tu percepción de la salud después del taller?

Si, si cambio mi percepción de la salud, porque el expresarse es muy sano, el saber expresarse. No lo aprendí todo porque era imposible q en ese corto tiempo, pero yo siento que me aportaron mucho.

¿Tu estado de ánimo en relación con tu salud es distinto al que tenías antes del taller?

Pues este..., ese mi concepto ha sido el mismo, de que mi salud se quebranta, pero si mi modo de pensar cambió mucho.

¿Crees que a partir de tu participación en el taller te sientes más acompañado por las personas que te rodean?

Si porque hay más comprensión, nos entendemos mejor, pues si a lo mejor yo sentía que había agresividad ahora digo las palabras con amor y con más facilidad porque sé lo que estoy expresando. Gracias al taller.

¿Qué habilidades y destrezas crees que desarrollaste a partir de tu asistencia al taller?

Pues las habilidades del aprendizaje que tuve fueron de mucho beneficio para mí. Pues sería d escribir de pensar, de conocer, yo mejoré mucho mi conducta.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

¿Consideras que tu estado de salud se modificó a partir de tu asistencia?

Pues el estado d salud si porque el que no se siente bien, el que no expresa... Pues sí, fue más saludable y es más saludable para mí.

¿Durante el desarrollo del taller ocurrió algún evento significativo de tu vida?

Pues como no, estar con las personas que nos estaban impartiendo el curso y también por el gusto conocer a otras personas, de abrirse, de conocerse, de muchas cosas.

¿En tu vida familiar ocurrió algo diferente?

En mi vida familiar fue diferente ya, mi modo de pensar porque a lo mejor y estaba un poco medio “cerradón”.

De manera general ¿crees que valió la pena tu asistencia al taller?

Si, si valió la pena porque desde el primer momento y sentí que había un buen aprendizaje, más por la comunicación de las personas que lo estaban impartiendo.

¿Crees que aprendiste a relacionarte de otra manera con las personas que te rodean?

Pues en el lapso en el que estuve en el taller aprendí mucho a relacionarme con las personas. Siempre tuve esa relación, pero ya fue mejor con el aprendizaje que tuve en el taller.

¿Con quienes cambió tu relación?

Pues con mis seres queridos, con las personas con las que trato. Me sentía más seguro de expresar lo que les tenía que expresar porque tenía otro conocimiento.

¿Crees que incrementó tu seguridad y estima a partir de tu participación en el taller?

Al principio, antes de que tomara el taller, no sabía ni cómo expresarme. Ahora me expreso con seguridad porque si aprendí a expresarme. Por lo que nos enseñaron.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

¿Crees que puedes comunicar mejor lo que sientes y los que piensas a las personas que te rodean después del taller?

Si porque ya más o menos tengo la preparación que recibí de ustedes, de los coordinadores, de los que nos estaban impartiendo el curso.

¿Crees que tu relación con las personas que te rodean se modificó como resultado del taller?

Si porque mi carácter cambió, pues anteriormente no sabía bien expresarme y a lo mejor lo tomaban como una ofensa, y así ya estoy más seguro de lo que hago, de mis participaciones porque casi estoy seguro que no es molesto.

¿Crees que la relación que tienes con otras personas afecta tu salud?

No porque los amigos nos hemos escogido. Y luego hasta me preguntaron... que ellos sentían que había habido un cambio en mí y ya les platiqué del taller que tomamos, y dijeron “hay por qué no nos invitaste”, este, yo pues le dije “no sabía si te gustaría ir, pero si, hubo mucho aprovechamiento del cual tú te estás dándote cuenta”.

¿Tu estado de ánimo es distinto al que tenías antes del taller?

El aprender cambia a uno, piensa las cosas más bien preparadas, más bien estudiadas. Porque poco a poco va uno teniendo la experiencia, ya con lo que uno aprendió, sabe uno aprovechar, pues lo aprovecha.

¿A partir de tu participación en el taller te sientes más acompañado por las personas que te rodean?

Claro que si, si me siento bien acompañado. A veces hasta yo he comprendido que luego a veces, cuando no tiene uno la preparación, a veces habla uno incoherencias que ni ellos mismos le entienden a uno.

Aunque fue breve pero mi aprendizaje fue mucho.



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Entrevista a participante 8*

¿El taller le benefició en algún aspecto de su vida?

Pues sí, sí. Bueno, este, aprendo mucho, como que fortalezco todo lo que más o menos en la vida aprendí, lo fortalezco. Bueno pues en el aspecto de este...¿de qué sería?.

Mira son experiencias que a mi me gusta, este, ver, incluso tomar, las compañeras. Por el grupo pues yo he aprendido muchas cosas, y como que refuerza todo esto lo que yo..., incluso todo esos que ustedes van comentando y van diciendo, yo eso como que ya todo lo tenía clasificado en mi mente por todo lo que he pasado, porque no es la primera vez que yo estoy con un psicólogo, yo estuve desde joven en ciertas etapas, incluso en terapia familiar y de jovencita he estado. Entonces tengo ya más o menos por eso he visto, que en mi juventud he estado y me ha ayudado bastante, esto es para reforzar más bien todo lo que yo ya he aprendido en la vida

¿Qué sentimientos le generó su participación en el taller?

¿Sentimientos en qué aspecto?, ¿qué sentimientos? Pues Kira, me emociona porque veo los problemas de cada quien, incluso los propios, y, este, incluso es emocionante ver que vas por el camino correcto y eso te ayuda, te fortalece.

¿Sentimientos de alegría, tristeza, enojo?

Pues mira, este, yo me confundo, puedo ser al estar escuchando los problemas de cada quien, que se enoja uno, que abre ciertos sentimientos de enojo o de alegría cuando ves que alguien ya está superándose, son emociones encontradas.

¿Crees que puede comunicar mejor lo que siente y los que piensa a las personas que te rodean después del taller?

Pues sí. Yo siempre he expresado lo que siento y lo que pienso, yo todo cuando hemos platicado, pero te lo repito, esto viene a reforzar todo lo que yo estoy tratando de hacer.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

¿Cree que su relación con las personas que te rodean en tu vida diaria se modificó como resultado del taller?

Yo creo que no tanto. Este si nos ayudó bastante porque ya tenemos tiempo de tratarnos, entonces, ya sabemos nuestros problemas de cada quien, entonces lo único es que es benéfico, muy benéfico, porque vienen ellas a entender lo que, incluso, algunas cosas yo les decía.

¿Crees que cambió su percepción de su salud o cómo la evalúas y su relación con las personas que le rodean después del taller?

Si, yo ciento que si. Digo de alguna manera yo todo eso ya lo tengo asimilado, ya lo entiendo ya, lo entiendo porque ya todo eso yo ya lo viví, y ya todo eso me lo han repetido, me lo han dicho. Pero más que nada esto es reforzar, más que nada a ellas sobre todo, que no, esto, pues no tenían alguna idea de en qué les podía ayudar, más que nada a ellas, no tanto a mí. Te digo, para mí es reforzar, y te digo con estos talleres ya me dí cuenta que voy por el camino correcto.

¿Su estado de ánimo en relación con tu salud es distinto al que tenías antes den taller?

Pues no es distinto, porque te lo repito, ya tengo clases así, entonces yo ya tengo esa formación de alguna manera y es precisamente decir que voy bien. Solamente es como un refuerzo, te lo puedo repetir, esto me confirma que voy por el camino correcto y que voy haciendo lo que en alguna ocasión los psicólogos me decían.

¿Cree que a partir de su participación en el taller usted se siente más acompañada por las personas que te rodean?

Pues este, de todos modos yo siempre estoy acompañado con ellas, siempre estamos.

Con la familia, si me siento acompañada porque, te digo, yo a veces soy la que busca un poquito de soledad, porque yo a veces quiero estar sola. Cuando me inconforme con algo, y digo, esto a veces me lo refuerza, me encierro y digo ¿qué estoy haciendo mal? ¿Por qué me siento mal?, yo reflexiono pues, todas las noches reflexiono qué fue lo que hice bien y qué fue lo que hice mal.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

¿Qué habilidades y destrezas sobre su salud se modificó a partir de su asistencia al taller?

Bueno pues este..., de mi salud, pues yo he tratado de ver mi salud, lo que pasa es que si yo pierdo mis citas médicas no es por descuido sino porque yo me comprometo mucho con el grupo, y como no hay quien tome la batuta, tenemos una responsabilidad para con la delegación. Pero, este, pero si. Entonces si mi salud entonces se ve mal porque no me cuido, porque no voy a mis citas, no es porque yo quiera, sino porque yo cuando tengo un compromiso digo, tengo que cumplir, tengo que cumplir, así como me voy arrastrando pero tengo que cumplir.

¿Cómo aprendió con relación a sus cuidados personales durante el desarrollo del taller?

Pues mira este, el aprender, más bien es recordar lo que tengo que hacer y que no hago a veces por la cuestión que estoy comentando, pero si, en ese aspecto como que me angustio un poquito, y digo que lo estoy dejando, pero no es porque, este, no lo quiera yo hacer o no me quiera yo cuidar. Pero si en estos talleres me lo recuerdan y entonces digo no me regañen por favor. Pro si, si aprende uno bastante.

¿Durante el desarrollo del taller ocurrió algún evento significativo en su vida?

Este, pues son muchas cosas hija, estos talleres me recuerdan todo lo que pasé en mi vida. Siempre que hay un taller me recuerdan todo lo que yo he pasado. Porque en si, muchas de las cosas que mencionan yo las pasé, yo las viví.

¿De manera general cree que valió la pena su asistencia al taller?

De manera general si. Porque te digo yo aparte, no tanto por mi persona, sino porque yo quisiera que las compañeras que están sufriendo cosas que yo también pasé ven a que la vida es bonita a pesar de todo ¿no?, que, este, aunque estemos nosotros ya grandes, ancianas, ancianas, podamos nosotros, este, vivir la vida como debe de ser, no hay porque angustiarse tanto. Pero más que por mí, por ellas, que si me da tristeza que no vengan todas. Éramos un grupo de 70, desde luego que ya han ido falleciendo, las otras ya se cambiaron, otras ya no pueden salir, y eso es lo que me angustia, ya no pueden salir, ya no pueden asistir, tienen sus citas médicas y no les da tiempo, en sí ahorita pues si juntamos en una comida, vendrán como unas 30.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

¿Cree que aprendió a relacionarte con las personas que le rodean de otra manera a partir del taller?

Me ayudó un poco si, pero yo ya me relaciono desde hace tiempo, esa ha sido mi meta relacionarme. Porque yo era introvertida, yo no te salía de un rincón, siempre tenía miedo, siempre estaba nerviosa, no hablaba con nadie y entonces ya ahorita ya hago contacto toda mi vida, pero ahora ya mi vida es otra, ahora yo ya soy la que he tomado la palabra, la decisión, la que trato de reunir las, de que estoy con ellas constantemente ¿no? “salgan de sus casas, vénganse para acá, hay un taller”, les busco maestros, ando por donde quiera tratando de que tengan más atención.

¿Cree que puede comunicar mejor lo que siente y lo que piensa a las personas que le rodean a partir del taller?

Pues si, de alguna manera si, me da más fuerzas. Aquí en la unidad habitacional, esta, hay muchas personas de la tercera edad que no quieren salir de sus casas y es muy difícil, u esa ha sido mi meta, y te lo puede decir sobre todo esta Gabi, ella va a un salón de usos múltiples a donde se salen las gentes, he tratado de que se orienten, de que tomen los talleres de que si ya tiene allá no vengán hasta acá, pero que también participen en cosas de la Casa del adulto Mayor, etcétera, etcétera. Pero esto me ayuda para seguir, porque a veces dices tu “hay no quiero” y no las puedo sacar ya, pero cada vez que hay otro taller refuerzo la idea de que si se puede.

¿Cree que su relación con las personas que le rodean se modificó como resultado del taller?

Pues un poco he, no mucho porque yo ya tengo esa percepción de tratar de salvar a la gente, pero si me ayudan, me reenfuerzan, me hacen sentir que voy por el camino correcto y que debo de continuar. Y enguanto pueda yo caminar, porque ya cuando ya no pueda yo salir ¡quién sabe! (jaja).

¿Cree que su relación con las personas que le rodean afecta su estado de salud?

Pues no, no creo. Yo creo que más bien me levanta, aunque sea gente que me ataque he porque me defiende y, entonces, cuando les gano digo ¡eee! (jajajajaja)

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

¿Su estado de ánimo es distinto al que tenía antes del taller?

Pero no, mi estado de ánimo siempre ha sido el mismo. Digo no siempre, sino a partir de fui cambiando mi modo de ver la vida.

¿Considera que la percepción de su salud se modificó a partir de su asistencia a taller?

Todo es cuestión de que yo me, este, cuide ¿si?, y es lo mismo de siempre, te lo repito, necesito cuidarme, pero necesito también, a veces, la colaboración de las compañeras par poder hacerlo. Me he expuesto, Soy una persona muy responsable, pero a veces me arrepiento, pero soy una persona muy responsable con lo de aquí, pero no con lo de mis médicos, tengo que estar cambiando mis sitas.

¿Algún comentario sobre el taller?

Mira, a mi me gustan mucho este tipo de talleres para todas nosotras, ojala que no nos abandonen. La lucha está en que la gente ya no tenga miedo al psicólogo, porque dicen que el psicólogo pues sino estoy loca. Entonces es difícil. Yo también trato de que las demás compañeritas, ellas mismas también me ayuden a traer a más personas a que se sientan mejor, porque luego las llegas a ver hasta llorando. Y te digo, yo soy una persona muy, este, más ahora, muy sensible, y yo lloro de todo cuando veo que las personas, este, tienen problemas y eso también me afecta. Entonces esa ha sido la lucha siempre, ojala, te digo yo ya he visto, por ejemplo que vinieron vecinitas que creo van al Ahuehuate, que se las traigan, que traten de que aquí esté lleno, porque es para ellos, para ellas y para ellos. Y si me sirve, porque al estar ustedes aquí, es el ver que estamos trabajando para ayudar, sobre todo ustedes, ala gente de la tercera edad es una gran ayuda. Ojala que no las perdamos, porque desgraciadamente, por la apatía de la gente he perdido muchos talleres. Y a mi me duele porque son cosas que incluso les hubieran ayudado bastante y los dejaron, lo echaron a perder, Y entonces pasa en tiempo y luego vienen y preguntan “¿ya no hay un taller?”, cómo va a ver un taller sino asisten y el maestro se va, el técnico, el que sea, el que viene a dar la tecnología se va, y yo luchando porque haya. Y el espacio puede desaparecer porque no hay gente. No hay gente, yo a veces estoy solita. Y eso también es tristeza, a veces me siento triste, a veces voy y me encierro.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

*Entrevista a participante 10*

¿El taller le benefició en algún aspecto de su vida?

En decirle a las personas que quiero, que las quiero que las extraño que les doy mi amor, no!! Y a pedir favores también.

A decir piropos, así de... a recibirlos y darlos.

Todo eso. Aprendí muchas cosas muy valiosas.

Te puedes relacionar mejor con las demás personas al decirles te quiero, Pues porque la vida se pasa en eso, y pues se te va y no dijiste lo que querías decir, el hubiera y así no.

¿Qué sentimientos le generó su participación en el taller?

De seguridad, de autoestima, de confianza. El taller te ayuda a tener más seguridad en ti misma más todo lo que te dije.

¿Entonces siente que puede comunicarse mejor ahora?

Yo siempre he dicho lo que pienso y lo que siento, soy una persona con seguridad. Pero aparte el taller me ayudo en varios aspectos como, te digo, que no decía mucho te quiero, te apapacho, te abrazo. Y eso me ayudó.

Y también a pedir favores, que aunque sea mi familia yo decía yo puedo, yo puedo. Y ahora no, ahora yo le digo “hijo me puedes ayudar en eso” (y me lo hace). Porque ellos como que me conocen tan bien que casi me adivinan las cosas y me traen muchas cosas que me gustan, y a veces mi hija va a “super” y yo sé lo que me trae. Pero ahora yo le digo “hija cuando vayas al “super” me traes esto” (que es, lo que ella me trae siempre).

¿Cree que su relación con las personas cambió a raíz del taller?

Mejóro bastante, sí.

¿Y ellos cómo reaccionaron?

No, no se ha dado mucho cuenta.

¿No le han dicho nada?

No, no. Pero para mí sí, porque ya les pido las cosas. Por ejemplo tenía que ir a un estudio donde tenía que llevar un acompañante y mis dos hijos trabajan, entonces le dije a mi hija “me prestas a tu hijo, que estudia en la prepa, es mi nieto. Porque una

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

amiga me dijo “yo te hubiera acompañado”, pero como que es más confianza con mi familia. Me dijo mi nieto “si abuela te acompaño” se paró a las seis de la mañana y bueno yo se lo agradezco. Y eso que ni nos llevamos también, nos andamos estrellado (como es adolescente), pero me hace favor.

Y lo pedí yo.

¿Cree que debido a su participación en el taller cambió su percepción que tiene sobre la salud?

No, sobre mi salud no, no cambió. Mi salud siempre ha sido buena y la trato bien.

¿Y su estado de ánimo cambió?

No, yo siempre he sido muy alegre. Pero pues creo que ahora tengo, este, más aprendizajes y creo que si me van a servir más para que cambie mi forma de pensar sobre mi persona, a quererme más y a preocuparme ya más por mí. Pero yo como desde hace 10 años aprendí dos palabritas “no” y “yo” y me vienen perfecto y las practico mucho.

¿Entonces también fue para reforzar?

Si, y aparte vi personas con más dificultad para todo. Me da tristeza porque no han hablado, no dicen todo y sufren, y si me siento mal por ellas. Ojala que el curso también les haya servido también mucho, porque ellas si son personas como que no dicen nada y se quedan calladas.

¿Cree que a partir de su participación en el taller usted se siente más acompañada por las personas que le rodean?

No, me siento igual de acompañada que antes.

Mi relación con mis hijos, con mi familia es muy buena, muy armoniosa. Y, este, eso yo también he puesto mucho de mi parte, porque yo antes era muy impulsiva, muy enojona y todo, entonces lo que he tratado de hacer hace varios años es equilibrar mis emociones. Y eso ha sido de beneficio para toda mi familia y principalmente para mí.

**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

¿Hay alguna nueva habilidad que sienta que haya adquirido gracias al taller?

Si, lo que te dije ya. De a papachar, de abrazar, de decir te quiero, de pedir favores a mi familia y que sé que si se los pido. Y que sé que si se los pido a otras amigas, también me los van a hacer, pero como que no me animaba. Decía “mejor yo” y así.

¿Considera que su capacidad para realizar actividades de la vida diaria se modificó a partir del taller?

No, este, si puedo hacer todo. Lo único que siempre puse, este, en unos cuadernitos que nos daban cada semana de todas las actividades, este, yo puse siempre que no me gusta planchar y entonces dijo mi hija “pues lleva eso a la tintorería, te lo planchan y ya santo remedio” y le dije “hay pues si tienes razón, no me gusta planchar”.

¿Considera que su salud se modificó a raíz de venir al taller?

Mi salud no. A lo mejor mi salud mental pues sí, pero física no.

¿Cómo cree?

Pues con más confianza de pedir las cosas.

¿Durante el desarrollo del taller ocurrió algún evento significativo en su vida?

Bueno, las palabras que nos dijo María, que la vida no se acaba hasta que se acaba. Eso me gustó mucho.

Y pues mientras tú puedas moverte, levantarte y disfrutar del presente, es lo más importante.

¿Hubo alguna una boda o a alguna pérdida durante este tiempo?

No, no. Mis pérdidas fueron en el 2006, pero yo tengo mucha resiliencia. He sido muy fuerte muy todo, porque yo perdí dos seres muy queridos en el 2006. El 2 de mayo muere mi madre y el 28 de mayo muere mi marido, en el mismo mes. Y pues yo estuve bastante mal, pero empecé a pensar positivamente, por algo estoy aquí y simplemente estar cada día, echarle ganas y salir adelante.

¿De manera general cree que valió la pena su asistencia al taller?

Claro, por eso estoy aquí hoy.



**Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.**

¿Cree que aprendió a relacionarse con las personas que le rodean de otra manera?

Yo creo que sí, pues te digo, a tratarlas con más cordialidad. Eso de los piropos, como que no lo hacía mucho, y ahora a cualquier persona que conozco si, hasta en el metro a una persona le dije “hay que lindos se te ven tus aretes”, ya después luego se salió me dijo “hasta luego”

¿Cómo se sintió?

Pues padre, pues si, nada más por dar piropos y, practicar todo lo que vimos.

Y luego leo todas las sesiones para reforzarlos, para que no se me olviden porque son diferentes cosas.

¿Cree que la relación con las personas que le rodean afecta su estado de salud?

No, normalmente pues a todos no les caes tan bien, pero pues a los que les caiga más o menos como soy pues qué bien.

Por ejemplo, cuando está con su familia ¿si tiene algún problema con ellos afecta su salud?

No, para nada.

¿No deja que le afecte?

No porque, no hay nada que me afecte. Yo a diario los bendigo, y gracias a Dios les va bien, tienen trabajo, tienen salud. Es lo único que pido para ellos.

Y a parte, te digo, para no tener problemas yo también pongo de mi parte, porque a la mejor yo era la que decía “tienes que ser así”, y pues ya no, ya los dejo ser, y el día que estamos juntos que sea padre y comemos juntos.

Era muy exigente y autoritaria con mis hijos, porque eran chicos. Pero ya son personas adultas, ya no dependen de mí, ya se valen por ellos mismos, y creo que hasta son más inteligentes que yo, aparte es su vida y la tienen que manejar por ellos mismos. Ahora que ya tomaron sus decisiones de irse de casarse, pues ahí terminó como mi labor de madre de decirles lo que tenían que hacer, si me preguntan algo pues yo les doy mi punto de vista pero nada más.