Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Efecto de una intervención cognitivo conductual, basada en afrontamiento proactivo, sobre la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A (N)

María Fernanda Casado Álvarez

Directora: Dra. **Ana Luisa González Celis Rangel**

Dictaminadores: Dra. **Georgina Leticia Álvarez Rayón**

Dra. **María Leticia Bautista Díaz**

Vo. Bo Dra. Ana Luisa González Celis Rangel

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2022

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mi mamá, por ser paciente conmigo y con mi hermana, y plantearme metas desde chica, que no sabía que podía alcanzar hasta el día de hoy. Gracias por acompañarme y brindarme tu cariño durante ya 24 años, y estar al pendiente de mí, sin dejar de ser tú: una mujer honesta, segura, valiente y resiliente. Es decir, un ejemplo a seguir.

A mi hermana, por ser mi compañera y mi humana favorita; la persona que me recuerda siempre que el amor incondicional existe, porque es lo que más siento por ti. A pesar de muchos cambios que han tenido nuestras vidas, por ti sigo; sin ti no estaría aquí.

A mi abuelita: eres la persona más fuerte, valiente, inteligente y cariñosa que conozco. Porque pensar en ti es lo que me motivó en primer lugar para trabajar con personas adultas mayores. Te quiero siempre y te mantengo muy cerca de mi corazón y de mi vida, haciendo lo posible por recompensarte.

A Poncho, por ser mi compañero de vida; gracias por darme la mano, escucharme, quererme, cuidarme y alentarme con las metas que tengo. Serán muchos más los procesos que transitaremos juntos, pero hoy agradezco tu existencia y apoyo sobre esta meta en particular. Te amo.

A mis suegros, gracias infinitas por haberme apoyado y orientado en esta y muchas otras etapas de mi vida, por los regaños, los aplausos, y por siempre estar al pendiente de mí, incondicionalmente. Les tengo un cariño inmenso; sepan que son mi familia, de tal forma que mi voluntad es retribuirles y apoyarles siempre que esté en mis manos.

A mis amigas: gracias Vane, por todo tu cariño, compañía y apoyo, que han sido un impulso invaluable en todo el proceso. A Gis, por acompañarme y siempre animarme a continuar; siempre agradezco que nos hayamos conocido, te quiero. Gracias también por permitirme verlas crecer, y crecer con ustedes. Y a todas las mujeres de mi vida, porque

entre su acompañamiento y guía, he crecido y me he desenvuelto como la persona y psicóloga que quiero ser, siguiendo mi primer objetivo: apoyar a otras personas.

Al gran equipo de doctoras y doctorantes que me guía: gracias por acogerme en este equipo de investigación, que ha sido mi familia desde hace 4 años; por sembrar en mí el interés por la materia; por el afecto y la confianza que me han brindado y, sobre todo, por ser las mujeres increíbles, inteligentes, amables y capaces que son, y compartirlo conmigo. Su tiempo siempre es muy valioso para mí. No pude haber tenido mejor guía que la de ustedes, Dra. Ana, Dra. Gina, Dra. Lety, Marichuy, Viole y Esme.

A las personas adultas mayores, a Teodoro Gildred y a la maestra Mery, por haberme permitido entrar, no solo a las instalaciones, sino a sus vidas; por todo lo que compartimos, sin importar edades. Desde los juegos de ajedrez, hasta esas historias que duelen, y por supuesto, confiar en el proyecto y participar. El efecto de la intervención no solo fue hacia ustedes; me llevo muchas enseñanzas de todo lo que me compartieron, y espero con ansias el momento de regresar y seguirnos aportando mutuamente.

Al proyecto PAPITT, por el financiamiento, con lo cual se brindaron los materiales de la intervención a las personas mayores, y de esta forma se consolidó el proyecto; y a la Universidad Nacional Autónoma de México, que me ha dado toda una vida dentro de sus aulas.

Índice

Resumen....9

Introducción....10

Envejecimiento y Adultez Mayor....12

Envejecimiento Poblacional....*13*

Envejecimiento Activo....*15*

Factores Clave del Envejecimiento Activo....18

La calidad de vida....21

Importancia del Estudio de la Calidad de Vida en el Área de la Salud....*21*

Definiciones de calidad de vida....*22*

Diferencia entre Calidad de Vida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud....*24*

Instrumentos Empleados para Medir la Calidad de Vida....*25*

La Calidad de Vida del Adulto Mayor en Latinoamérica....*26*

Factores Físicos....26

Factores Psicológicos....28

Factores Sociales....30

Intervenciones Cognitivo Conductuales para Personas Mayores....37

Fundamentos Teóricos....*37*

Fundamentos Metodológicos....*39*

Técnicas Cognitivo-Conductuales....*40*

Técnicas de Respiración....40

Consideraciones para su Aplicación. 43

Problemas a los que se Aplica. 44

Habilidades Sociales 44

Características del Terapeuta *48*

Problemas a los que se aplica la TCC *48*

Consideraciones para la Aplicación en Adultos Mayores *48*

Efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual *50*

Modelo de Afrontamiento 52

Estrés *52*

Estímulos Potencialmente Estresantes en la Vida del Adulto Mayor 53

Definición de Afrontamiento *54*

Recursos de Afrontamiento *56*

Internos 56

Externos 57

Estilos de Afrontamiento *57*

Activo 57

Emocional 58

Conductual 58

Pasivo 58

Evitativo 58

Estilos de Afrontamiento a Futuro 59

Instrumentos para Medir Afrontamiento Proactivo *64*

Intervenciones Basadas en Afrontamiento Proactivo *65*

Planteamiento del problema 66

Preguntas de Investigación 68

Objetivo General 68

Objetivos Específicos *68*

Hipótesis 69

Método 70

Diseño *70*

Participantes *70*

Muestreo *71*

Criterios de Inclusión *71*

Criterios de Exclusión *71*

Criterios de Eliminación *71*

Escenario *72*

Variables e Instrumentos *72*

Datos Sociodemográficos 72

Funcionamiento Cognitivo 72

Calidad de Vida 73

Autoeficacia 74

Bienestar Psicológico 74

Habilidades Sociales 74

Asistencia y abandono 75

Materiales *76*

Aparatos *76*

Descripción del programa *76*

Procedimiento *79*

Análisis de datos *80*

Resultados 82

Características Sociodemográficas *82*

Flujo de Participantes *83*

Adherencia Terapéutica. *84*

Prueba de Normalidad de las Variables de Interés *86*

Análisis Intragrupo por Variable *87*

Calidad de vida 87

Autoeficacia 91

Bienestar Psicológico 95

Habilidades Sociales 99

Cambio Clínico Objetivo por Variable *103*

Calidad de Vida 103

Autoeficacia 104

Figura 5 105

Cambio Clínico Objetivo en la Autoeficacia 105

Bienestar Psicológico 105

Habilidades Sociales 106

Discusión....108

Conclusiones....121

Limitaciones....*124*

Referencias....126

Bibliografía....144

Consentimiento informado....146

Anexos....148

Panfleto y póster de invitación (derecho y revés)....*148*

Resumen

Las personas adultas mayores transitan la vejez en múltiples experiencias asociadas a las pérdidas de salud, relaciones sociales, poder adquisitivo, entre otras. Esto puede conducir a un deceso en el funcionamiento físico, psicológico y/o social, lo cual conlleva a un decremento en la capacidad intrínseca, la capacidad funcional y la calidad de vida. De acuerdo con la OMS (2021), que una persona envejezca favorablemente, involucra la modificación del comportamiento del individuo, lo cual corresponde al modelo de envejecimiento activo. Por lo anterior, la presente investigación tuvo el objetivo de evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual, basada en el modelo de afrontamiento proactivo, sobre la autoeficacia, bienestar psicológico, calidad de vida, y habilidades sociales de adultos mayores institucionalizados. Para ello se empleó un diseño pre experimental, de pre-post evaluación, con seguimiento a un mes. Los resultados señalan que la intervención mejora la calidad de vida de las personas adultas mayores institucionalizadas.

Palabras clave: *intervención cognitivo conductual, afrontamiento proactivo, envejecimiento activo, calidad de vida.*

Introducción

La vejez es una etapa en la que se presentan diversas experiencias que algunas veces implican pérdidas como son la jubilación, la muerte de seres queridos, discapacidad, enfermedades crónicas y comórbidas, aislamiento o cambios en los roles sociales. Por ello, la persona puede sufrir ciertos déficits a nivel físico, psicológico y social, lo que conlleva un decremento en la capacidad funcional y la calidad de vida.

En Latinoamérica, se han elaborado intervenciones dirigidas a la población adulta mayor, aunque éstas se han enfocado particularmente a aspectos físicos (e.g. prevención de caídas). A pesar de la utilidad de dichas intervenciones, el objetivo es que la persona mantenga su funcionalidad en todos los niveles, a partir de conductas constantes que le permitan adaptarse al medio, de acuerdo con los cambios físicos que vive día a día. Por ello, se expone la necesaria implementación de herramientas psicológicas, como son las técnicas cognitivo-conductuales o el procedimiento de afrontamiento proactivo que, por separado, han demostrado ser útiles para la autoeficacia y el bienestar psicológico de la población adulta mayor de otros países (Bode et al., 2007; Hilliard y Lauderdale, 2011; Ouwehand et al., 2008; Solano y Gallagher-Thompson, 2001; Sougleris y Ranzijn, 2011; Thoolen et al., 2009).

Por lo anterior, el objetivo de la presente tesis fue evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual basada en el modelo de afrontamiento proactivo, sobre la autoeficacia, bienestar psicológico, calidad de vida, y habilidades sociales de los adultos mayores institucionalizados. Para ello, el documento se organizó en los siguientes apartados: 1) Envejecimiento y adultez mayor, donde se describen los términos de envejecimiento activo y las condiciones de la vejez en Latinoamérica. 2) La calidad de vida, que aborda definiciones sobre este término, así como habla sobre la calidad de vida de personas adultas mayores latinoamericanas, en términos físicos, psicológicos y sociales.

Por otra parte, en el apartado 3) Intervenciones cognitivo conductuales para personas mayores, se señalan características de la terapia cognitivo conductual, así como las técnicas a emplear en el proyecto y su eficacia. También se añaden estudios sobre afrontamiento proactivo. Ahora bien, en el apartado 4) Modelos de afrontamiento, se indican los tipos de afrontamiento que existen, describiendo particularmente el afrontamiento proactivo. Posteriormente se encuentran los apartados de metodología, resultados, discusión, conclusión, referencias y anexos.

Envejecimiento y Adultez Mayor

El ser humano, durante su vida, transcurre por cuatro etapas identificadas como niñez, adolescencia, adultez y vejez, categorías en las cuales se segmentan experiencias debido a la edad cronológica (Martínez et al., 2018). Es así que la niñez y adolescencia son periodos de desarrollo físico y cognitivo acelerado, además de ser etapas en las que los individuos aprenden a comportarse en distintos escenarios sociales. Respecto a la adultez, se cree que el desarrollo de la persona consolida cierto grado de estabilidad, aunque en realidad continúa desarrollándose conductual y psicológicamente, de acuerdo con el ambiente en el que se desenvuelve (Fernández-Ballesteros, 2004), lo anterior debido a que la interacción social es un proceso de adaptación continua. Por último está la vejez, fase en que la persona mayor de 60 o 65 años presenta comúnmente declives en distintas funciones, como son las físicas, y las cognitivas, debido al continuo envejecimiento (Fernández-Ballesteros et al., 2013).

El *envejecimiento* es un proceso irreversible que ocurre durante la vida de cualquier organismo, independientemente de la etapa, y se caracteriza por el deterioro físico, morfológico y psicológico, a causa de la oxidación del cuerpo, que con el paso del tiempo reduce la capacidad funcional, aumenta el riesgo de contraer enfermedades, y conduce a la muerte (Martínez et al., 2018; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013). Estos cambios se asocian a la vejez, utilizando la edad como un parámetro arbitrario. Sin embargo, el proceso de envejecimiento no es lineal ni uniforme, y puede ser más o menos acelerado dependiendo de las características medioambientales y comportamentales en las que la persona se ha desarrollado en etapas previas y actuales (Chong, 2012; Fernández-Ballesteros, 2004; Martínez et al., 2018; Nieto y Alonso, 2007). De forma que, existen adultos mayores con sus funciones físicas y cognitivas preservadas, así como personas en la etapa adulta que presentan deterioro en dichas áreas.

El grupo de adultos mayores se caracteriza por ser heterogéneo, dadas las diversas condiciones en que viven las personas mayores, aunado al amplio rango de tiempo que abarca esta etapa. Aunado a que actualmente, y gracias a los avances tecnológicos, la mayor parte de la vida transcurre en ella (Nieto y Alonso, 2007). Por lo anterior, Mishara y Riedel (como se citó en Nieto y Alonso, 2007) proponen que el envejecimiento se clasifique y estudie con base a los aspectos cronológicos, psicobiológicos, psicoafectivos y psicosociales. Empero, la edad cronológica continúa siendo uno de los indicadores mayormente empleados para determinar, en promedio, las características que presenta la población adulta mayor. Al respecto de la cantidad de años vividos durante la vejez, y con objeto de analizar los cambios que supone el envejecimiento, la Sociedad de Geriatría y Gerontología de México establece subetapas dentro de la tercera edad: 1) pre-vejez: de los 55 a los 65 años, 2) vejez: de los 65 a los 75 años, y 3) ancianidad: cualquier persona mayor a 75 años (Zetina, 1999).

Envejecimiento Poblacional

El interés en este grupo poblacional surge porque en las últimas décadas se ha observado un fenómeno conocido como envejecimiento poblacional, que se refiere al aumento de la población adulta mayor. De acuerdo con Nieto y Alonso (2007) y Reyes y Castillo (2011), esto se debe a los cambios que ha sufrido la humanidad, que se resumen en términos de menores índices de fecundidad, mayor migración, y un avance tecnológico en las ciencias de la salud que reducen la mortalidad y prolongan la esperanza de vida.

De acuerdo con el Plan Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, las proyecciones de las Naciones Unidas (1982) anunciaron un aumento progresivo considerable de este grupo etario, por lo que para el año 2025 se estima que la población adulta mayor se conforme por más de 1,100 millones, mientras que para el año 2050 se prevé que constituya una tercera parte de la población mundial (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2020).

Así mismo, se ha observado que el envejecimiento poblacional no ocurre de la misma forma en todos los países (Limón y Ortega, 2011), siendo aquellos con mayor porcentaje de adultos mayores, los países desarrollados, como Italia, Alemania, Portugal, Finlandia (Oficina Estadística de la Unión Europea [EUROSTAT], 2020) o Japón (Lien-Tan, 2017), sin dejar de mencionar a Estados Unidos y Canadá, en América del Norte. Todos los anteriores han presentado proporcionalmente mayor interés en materia de políticas públicas para este grupo etario.

En contraste, los países en vías de desarrollo se enfrentan a un mayor reto demográfico, dadas las condiciones económicas y el proceso de envejecimiento poblacional acelerado, tal como ocurre en Argentina, Barbados, Chile, Jamaica, Uruguay, Cuba, Brasil y China, quienes han presentado este fenómeno en menos tiempo que los países desarrollados (OMS, 2016). A pesar de ello, se estima que la población adulta mayor de países en desarrollo se cuadruplique en los próximos 50 años (INSP, 2020), llegando a representar un 25% de la población total de América Latina y el Caribe (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020).

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Pirámide Demográfica (2018, como se citó en Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020), la población adulta mayor ha aumentado de un 6.2% a un 12.3% de 1998 a 2018, al mismo tiempo que disminuye el porcentaje de niños y jóvenes. Es decir que la pirámide demográfica poblacional comienza a invertirse. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población ([CONAPO], 2019), la esperanza de vida era de 59.9 años, en 1970, aumentando a 75.2 años para el 2020, siendo mayor para las mujeres en contraste con los hombres, por seis puntos. Esto significa un beneficio para la humanidad, dado que las personas pueden vivir más tiempo y resisten más a las enfermedades, lo cual implica que el ser humano transcurre y transcurrirá la mayor parte

de su vida en la vejez. A pesar de ello, desafortunadamente no existen políticas públicas que aseguren la calidad de vida y/o satisfacción durante los años agregados (Creagh et al., 2015).

Por lo anterior, se expone la necesidad de enfoques integrales que atiendan a la persona mayor (Nieto y Alonso, 2007). Por ello, México deberá tomar las medidas correspondientes para evitar el impacto negativo que este fenómeno puede producir en todas las esferas de la sociedad, mejorando las condiciones de vida y promoviendo que la vejez sea una etapa de oportunidades, salud, actividad, y no de incapacidad (INSP, 2020; Reyes y Castillo, 2011).

Envejecimiento Activo

De acuerdo con la OMS (2021), que el ser humano envejezca favorablemente depende de muchas variables, principalmente comportamentales, como son la alimentación y la actividad física, así como de la exposición a factores de riesgo insalubres (e.g. consumo de sustancias nocivas). Se ha mostrado que tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo las personas fallecen por enfermedades no transmisibles, producto del estilo de vida. Como resultado, estas enfermedades no solo conducen a la muerte, sino que previamente conllevan a una disminución en la capacidad intrínseca, funcional y de calidad de vida en medida que pasan los años, mismas que discapacitan al adulto mayor y a sus cuidadores.

De acuerdo con la OPS (2020), el número de años que las personas viven con discapacidad ha aumentado un 12.6% en los últimos años. Ante esto, cabe resaltar que dichas condiciones son prevenibles. Al respecto, Reyes y Castillo (2011) refieren que es necesario que el grupo poblacional que va en aumento cuente con condiciones de salud dignas y oportunidades de desarrollo personal y social, para compensar los declives físicos.

Por lo anterior, la OMS (2013) especifica, en el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, la importancia de promover estrategias de adaptación y crecimiento psicosocial, atendiendo no solo a la salud física, sino también a la funcionalidad, el bienestar y la calidad de vida. De esta forma, se reconoce que la calidad de vida no es menos importante que la longevidad, por lo que la persona mayor tiene derecho a disfrutar de una vida digna, saludable y satisfactoria, de forma integral.

Ahora bien, en cuanto se percibe esta necesidad, comienzan a sentarse las bases del envejecimiento activo (Limón y Ortega, 2011). De acuerdo con estos autores, la OMS (1998) y Petteto et al. (2016), el envejecimiento activo es un concepto más completo que el envejecimiento exitoso y el envejecimiento saludable. En cuanto al envejecimiento exitoso, Petretto et al. (2016) mencionan que es un término que no solo se guía por los indicadores de salud, sino que hace alusión a una persona que se siente satisfecha, es activa, independiente y autosuficiente. Sin embargo, este término cae en la exclusión de aquellas personas que no cumplen con estos criterios, dado que no corresponde con el estereotipo tradicional de adulto mayor, por lo que solo incluiría a aquellas personas que corresponden con esa imagen.

Por otra parte, el término envejecimiento saludable se refiere al "proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez" (OMS, 2013, p. 31). De acuerdo con Petretto et al. (2016), podría entenderse en términos estrictamente médicos y redunda en el binomio salud-enfermedad. Empero, la capacidad funcional se define como aquellos "atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características" (OMS, 2013, p.31), es decir, es evidente que no es únicamente biológico.

Por lo anterior, cabe resaltar que la funcionalidad de una persona no solo está determinada por la combinación entre la capacidad física y la mental (intrínseca), sino

también por las interacciones que tiene con el ambiente que le rodea. Sin embargo, estas interacciones pueden variar dependiendo de la actitud de la persona, las normas sociales, las políticas públicas, el nivel socioeconómico y educativo, la disponibilidad de recursos sociales y sanitarios, las redes de apoyo, las condiciones físicas, biológicas y psicológicas, entre otros aspectos. Así mismo, existen algunos factores que influyen favorablemente en la capacidad intrínseca, como es el nivel socioeconómico alto, una adecuada nutrición, y menores estímulos estresantes durante la vida (OMS, 2013). Evidentemente estos elementos no son característicos de toda vejez en América Latina, por lo que es necesario promover un modelo integral adaptado para la persona mayor de esta región.

En cuanto a envejecimiento activo se refiere, es aquel proceso en que "se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen" (OMS, 1998). Éste se basa en tres aspectos fundamentales: 1) autonomía, 2) independencia, y 3) calidad de vida. De acuerdo con Lak et al. (2020), estos aspectos implican desarrollar habilidades de afrontamiento, toma de decisiones y autocontrol, en cuanto al primer punto; la capacidad de llevar a cabo actividades de la vida diaria, en el segundo punto; y la percepción de satisfacción con respecto a la propia vida, en relación con las metas, expectativas, estándares y preocupaciones propias, en tanto a calidad de vida se refiere.

El envejecimiento activo, al igual que el envejecimiento saludable, utiliza la capacidad funcional como indicador, en vez de únicamente el estado de salud o la capacidad intrínseca (OMS, 2013). No obstante, se emplea el término *activo* con la finalidad de ampliar el concepto de salud a una condición de bienestar biológico, psicológico y social, basado en la participación y la seguridad de la persona mayor (Alvarado y Salazar, 2014). Estos aspectos son particularmente necesarios para reconocer la integración activa del adulto mayor, a partir de recursos con los que pueda hacer frente a problemas de salud o eventos

amenazantes, favoreciendo el mantenimiento de la propia capacidad funcional y previniendo el declive de la capacidad intrínseca. Es así como este modelo abarca pérdidas y ganancias que se emplean para mejorar las condiciones de una persona, a pesar del incremento de la longevidad (Fries, 2012).

Factores Clave del Envejecimiento Activo

Para hablar de envejecimiento activo, hay que mencionar que no existe un consenso en cuanto a las características que debe o no tener una persona para considerarse bajo este proceso, ya que no hay una fórmula para ello. Sin embargo, se señalan a continuación algunos estudios que retoman este concepto para ilustrar acerca de los factores de riesgo o protección que pueden estar implicados. Un ejemplo de ello es el esfuerzo realizado por Lak et al. (2020), quienes elaboraron una revisión sistemática internacional. Como resultados, expusieron el modelo 5P (por sus siglas en inglés) que involucra aspectos de la persona, salud, proceso o ambiente social, económico y cultural, ambiente físico con acceso a servicios y lugares públicos, y por último, están implicadas también las políticas públicas.

En dicho modelo se consideran múltiples elementos, como son: salud, edad, genética, nivel educativo, estatus social y económico, autoeficacia, actividad física, depresión, ansiedad, estrés, bienestar psicológico, funcionamiento físico y cognitivo, calidad de las relaciones interpersonales, redes de apoyo, interacción e involucramiento social, expectativas acerca de las relaciones personales, problemas financieros y actividad religiosa, entre otras características. En cuanto al espacio físico, se refieren al acceso a servicios de salud y espacios públicos, con las adaptaciones pertinentes que permitan la participación de las personas mayores. Respecto a las políticas, se enfocan en que éstas estén dirigidas a la inclusión y la equidad (Lak et al., 2020). Por lo anterior, es notoria la multidimensionalidad del proceso de envejecimiento activo, que al mismo tiempo entrevé la variabilidad que puede existir entre una y otra persona mayor.

De acuerdo con Galarza (2014, como se citó en Sevilla et al., 2015), el envejecimiento activo implica la participación del adulto mayor en el entorno donde se desarrolla, con la finalidad de mejorar y mantener la salud, el bienestar y la calidad de vida, en relación con su desempeño físico y cognitivo, el entorno y las oportunidades que éste le ofrece. Ante lo cual, la OMS (2013) hace énfasis en el mantenimiento de la toma de decisiones. Por otra parte, Sevilla et al. (2015) resaltan también la importancia de que la persona mayor mantenga contacto constante con otras personas, y que estas interacciones a su vez sean satisfactorias y significativas. Al mismo tiempo, refieren que es adecuado tener control y prevenir enfermedades mediante conductas de autocuidado, además de desarrollar comportamientos que tengan por finalidad la recuperación y la conservación de la funcionalidad no solo física, sino también psicológica y social. Todo lo anterior conduciría a una mejor autoestima, calidad de vida y mantenimiento de la capacidad intrínseca y funcional.

De acuerdo con Diniz et al. (2018), algunos factores ponen en riesgo el envejecimiento activo del adulto mayor, como son tener más de 70 años, menos de 4 años de educación, y no tener una vida familiar o relaciones significativas. Estos resultados no fueron generalizables, aunque sirven como señales a considerar. Al respecto, debido a que el envejecimiento activo involucra la participación del adulto mayor en su entorno, será relevante el aprendizaje y el mantenimiento de conductas que funjan como herramientas para el desenvolvimiento activo del individuo. Algunas son las habilidades sociales, toma de decisiones y afrontamiento al estrés.

Ante esta cuestión, y debido a los cambios sociales y tecnológicos que existen hoy en día, es impensable hablar de una integración social del adulto mayor sin tomar en cuenta las distintas formas de comunicación que se utilizan, como son las plataformas virtuales. Ante esto, de acuerdo con una encuesta del gobierno mexicano, para el año 2015 había 3 millones de personas mayores con acceso a internet, cifra que aumentó en 2018 a 6 millones.

Invariablemente este número continuará creciendo, sin embargo, hoy en día los cibernautas de la tercera edad aún forman parte de una brecha digital en cuanto al uso de estas herramientas tecnológicas (Procuraduría General del Consumidor [PROFECO], 2019). Por esta razón, es importante que los programas diseñados para personas mayores se adapten a las necesidades tecnológicas y sensoriales del adulto mayor.

Tal como se mencionó previamente, mejorar la calidad de vida de la persona mayor es uno de los objetivos a seguir, al hablar de envejecimiento activo. De forma que, en el siguiente apartado se aborda a mayor profundidad el constructo de calidad de vida, al igual que ciertas variables que durante la vejez pueden intervenir o promover la calidad de vida.

La calidad de vida

La Calidad de Vida (CV) comienza a estudiarse desde la economía y ciencias afines, a partir de indicadores objetivos, como son el ingreso socioeconómico, sexo, condiciones de vivienda, nivel educativo, alimentación, estado de salud, contexto sociocultural, oportunidad de desarrollo, entre otros. Sin embargo, a partir de los estudios sobre CV se observa que dichos indicadores no responden ampliamente a lo que implica el constructo calidad de vida. De esta forma se propone también aplicar indicadores subjetivos, es decir, considerar la percepción de las personas respecto a sus propias experiencias en torno a los indicadores objetivos. Este elemento se considera ya que no siempre las condiciones objetivas determinarán una buena calidad de vida, y viceversa (Montoya-Arce et al., 2017; Tuesca, 2005). Además, las autoras Fernández-Ballesteros y Maciá (1993) hacen énfasis en que la vida humana no se lleva a cabo en condiciones objetivas o subjetivas únicamente, sino que involucra a ambas en cualquier evento.

Importancia del Estudio de la Calidad de Vida en el Área de la Salud

Por otra parte, el constructo CV se expone como un fenómeno multidimensional y multidisciplinario (Tuesca, 2005), debido a que inserta múltiples ámbitos de la vida de una persona: salud, educación, economía, relaciones sociales, etc. Al mismo tiempo que la persona hace una valoración de estos, y cómo se están cumpliendo sus necesidades en torno a ellos (Razo et al., 2017). Es a partir de la década de los 70 que en el ámbito de la salud toma relevancia la CV como indicador de bienestar, y de eficacia en las intervenciones y procedimientos aplicados. De forma que mejorar la CV de los habitantes se ha vuelto una meta para los gobiernos de todo el mundo, principalmente en torno a la población mayor, discapacitada, con enfermedades crónicas o terminales (OMS, 1998).

Definiciones de calidad de vida

Ahora bien, la CV es un constructo complejo, por lo cual no existe alguna definición que refiera las características de una buena calidad de vida. En vez de eso, se han elaborado definiciones generales que hablan sobre las dimensiones que se consideran y algunos elementos tanto objetivos como subjetivos que involucra. A continuación se exponen algunas de estas definiciones, incluyendo la que señala la OMS, y por último se expresa una propuesta de definición, con la cual se trabajará en este estudio.

En primer lugar se ubica la definición de los autores Shin y Johnson (1978, como se citó en Ramos, 2001), quienes dicen que la CV se refiere a la posesión de recursos materiales que permiten satisfacer las necesidades personales y sociales. En esta satisfacción personal está inserta la comparación social y las oportunidades de aprendizaje. Más tarde, las autoras Fernández-Ballesteros y Maciá (1993) definen a la CV como un macro concepto multidimensional que involucra aspectos ligados a condiciones sociodemográficas y socioeconómicas, como son el sexo, la edad o el nivel educativo. Así mismo, Ramos (2001) refiere que la CV involucra elementos objetivos y subjetivos, referentes a la salud, la economía, el contexto social, las relaciones sociales, las habilidades funcionales, las oportunidades de aprendizaje, la actividad, el acceso a servicios sanitarios, así como la satisfacción con la vida.

Por otra parte, Tuesca (2005) continúa con la perspectiva multidimensional de la CV, añadiendo que el constructo está relacionado con el bienestar social, y qué tan satisfecha se encuentra la persona respecto de sus necesidades humanas, como son la libertad de expresión, las oportunidades de trabajo, de vivienda y el ambiente social. Dicha satisfacción está basada en un sistema cultural.

Hasta ahora se han señalado varios elementos que están insertos en la vida de una persona, sin dejar de lado la percepción de dichos elementos. A ello, en la revisión de Urzúa

y Caqueo-Urizar (2012), se añade el dinamismo de este constructo, ya que estas valoraciones subjetivas constantemente cambian, de acuerdo con las condiciones físicas, psicológicas y sociales de una persona, en un momento, mismas que están ligadas a su historia conductual. Ante esto, la CV se torna más compleja.

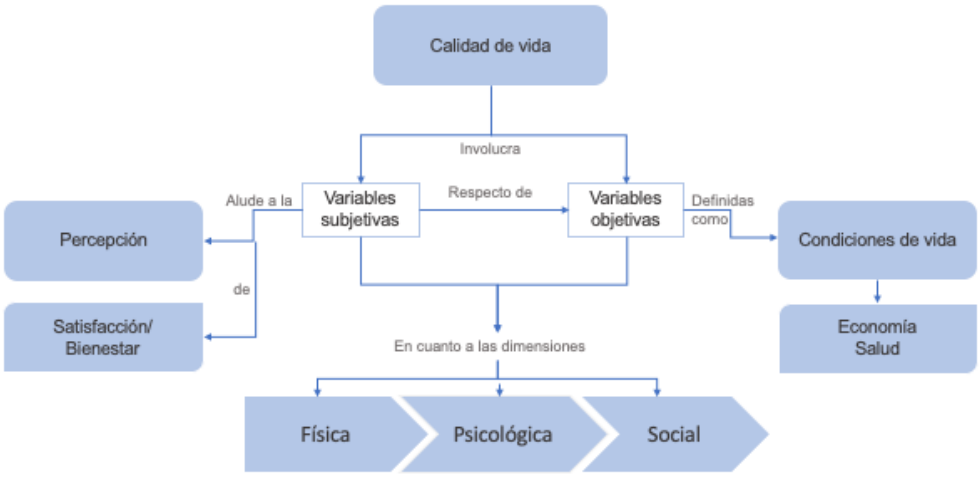
Siguiendo esta misma línea, Dinamarca (2015) refiere que la CV no solo es la percepción, sino un estado de bienestar general en torno a indicadores físicos, materiales, sociales y emocionales. Señalando que el dinamismo se encuentra en la implicación de las dimensiones física, psicológica y social, y cómo las modificaciones en una conducen a cambios en las demás. Por último, Razo et al. (2017) indican que esta sensación de bienestar está igualmente influenciada por la sensación de satisfacción personal, y la interacción con el entorno.

La OMS (1998) define en su glosario que la CV es "la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones". Evidentemente, dada la institución, ésta es la definición que más se utiliza; haciendo una valoración de las anteriores, esta definición es multidimensional, dinámica, y abarca únicamente elementos subjetivos.

De acuerdo con lo anterior, se puede decir que no hay un consenso en cuanto a qué es la CV, aunque, de manera general, es la evaluación subjetiva, como puede ser la satisfacción o bienestar en función de las condiciones de vida generales (económicas, de salud, laborales, sociales y personales), respecto de las cuales la persona tiene su propio grado de satisfacción, considerando el funcionamiento físico, psicológico y social, en un momento específico de su vida (véase Figura 1).

Figura 1

Elementos del constructo de calidad de vida



Nota: imagen de elaboración propia.

Diferencia entre Calidad de Vida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Por otra parte, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) hace alusión a los mismos términos, pero enfocados en toda persona con alguna patología. Es decir, se entiende que las condiciones de vida de personas con alguna afección particular están atravesadas precisamente por esta condición. Por ello, al medir la CVRS, usualmente se refieren a personas con diabetes, cáncer, hipertensión, post quirúrgicas, entre otras condiciones. Bajo este argumento, se señalan las diferencias entre la CVRS y la CV, porque, si bien ambas están inmersas en la salud, es solo la primera la que considera la CV en el marco de un padecimiento particular. Al respecto, se han desarrollado múltiples instrumentos de evaluación, (también llamados cuestionarios o pruebas) que son particulares a condiciones médicas, aunque también existen pruebas que miden la CV (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006; Tuesca, 2005). A continuación, se exponen algunos de estos instrumentos.

Instrumentos Empleados para Medir la Calidad de Vida

La CVRS cuenta con más instrumentos de medición que la CV, probablemente a causa de las múltiples enfermedades existentes y las particularidades de éstas. Algunas de estas pruebas son: el Formulario Corto 36 (SF-36), la Escala de medición del impacto de la artritis, el Cuestionario EORTC de calidad de vida, El índice de calidad de vida, o el Inventario de calidad de vida y salud. Todos los anteriores se han empleado para medir la CV en diabetes, artritis, cáncer, enfermedades crónicas en general, e hipertensión, respectivamente (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006). Respecto a la CV, ésta se puede medir a través de dos instrumentos, y sus respectivas variantes, como son el WHOQoL-100, su versión resumida el WHOQoL-Bref, su adaptación a adultos mayores WHOQOL-Old, y el EuroQoL, que han sido validados en muchos países del mundo. En este estudio se utilizará el WHOQOL-Old, ya que es la versión adaptada a población adulta mayor, razón por la cual se profundizará en sus características.

El WHOQOL-Old aborda dos aspectos, a saber: 1) datos sociodemográficos, donde se considera la edad, escolaridad, estado civil, ingresos económicos, y número de personas con las quienes vive. 2) capacidad sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación, aislamiento, intimidad, y muerte o agonía (Hernández-Navor et al., 2015). Esto a través de cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente (Razo et al., 2017). El valor agregado de este instrumento está en que no existen muchos instrumentos adaptados a población adulta mayor, que además hayan sido validados a nivel mundial.

Ahora bien, una vez identificada la definición de la CV, así como sus diferencias con respecto a la CVRS, e instrumentos diseñados para su medición, a continuación se describe el panorama de la CV general en las personas mayores latinoamericanas.

La Calidad de Vida del Adulto Mayor en Latinoamérica

Al hablar de América Latina, es indispensable considerar el contexto y las condiciones de vida. Se mencionó anteriormente que en esta región los problemas sociales más comunes son económicos, lo cual conduce a otras dificultades, a nivel educativo, de salud, oportunidades de desarrollo, trabajo, mismos que se reproducen en contextos de violencia y migración. Al respecto, es aclarar que en cada país el contexto varía de acuerdo con su historia, reglas sociales, leyes, costumbres y valores, por lo que, a pesar de tener características en común, cada comunidad interactúa de manera particular. Con respecto a las personas mayores, al menos en México, tienen percepciones ligadas no sólo a los cambios sociales, sino también respecto a sí mismos y a la trayectoria de vida que han llevado; aspectos que serán relevantes al momento de medir la CV. Ahora bien, a continuación, se describirán algunos elementos ligados al envejecimiento, y no tanto a los cambios sociales, que pueden y afectan la percepción de CV de las personas mayores, tanto física como psicológicamente.

Factores Físicos

A raíz del proceso de envejecimiento, durante la vejez, a nivel físico ocurren cambios como la pérdida de potencia muscular y fuerza; a este fenómeno se le conoce como sarcopenia, padecimiento que conduce a una disminución en las funciones físicas, produciendo debilitamiento, fatiga y menor tolerancia a la actividad física (Landinez et al., 2012). Al mismo tiempo, ocurre un cambio en la composición corporal, con lo que se redistribuye la grasa, reduciendo la subcutánea y de las extremidades, y aumentando aquella depositada en el tronco. Además, se pierde masa ósea y disminuye el agua corporal total, sin dejar de mencionar la disminución de la agudeza sensorial, y el enlentecimiento del sistema digestivo (Álvarez et al., 2011).

En este sentido, Del Valle et al. (2016) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue evaluar el impacto de programas de actividad física en la CVRS del adulto mayor, en donde se observó que el grupo de monitorización de la actividad obtuvo resultados positivos estadísticamente significativos en las dimensiones de vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Siendo que este grupo fue el único en el que la actividad física se llevaba a cabo en compañía con otras personas mayores, por lo que los resultados pudieron estar influenciados por el componente social. De forma que, tener un rol social significativo, es un elemento clave para la CV del adulto mayor (Guzmán et al., 2003).

Por otra parte, Guzmán et al. (2003) mencionan que otra problemática identificada es el riesgo de caídas, que aumenta en población geriátrica, y conduce usualmente a fracturas, traumas cráneo encefálicos, contusiones, pérdida de equilibrio y fuerza a causa del reposo, así como el síndrome post-caída, que produce miedo e inseguridad ante una posible futura caída. Esta situación puede generar dependencia física en los adultos mayores, así como un mayor gasto económico sanitario.

Al respecto, Vidarte et al. (2012) implementaron un programa de ejercicio físico de 12 semanas, para valorar sus efectos en la condición física-funcional y el riesgo de caídas en 38 adultos mayores de la ciudad de Barranquilla. En los resultados, las y el investigador encontraron que la intervención tuvo un efecto positivo en el índice de cintura de cadera, en el perímetro de cintura, fuerza en miembros superiores, flexibilidad del tren superior, resistencia cardiorrespiratoria, actividades cotidianas (e.g., vestirse y desvestirse) y la autoconfianza para caminar en la calle. Esto implica mayor autonomía del adulto mayor en la realización de actividades diarias, así como un mejor desempeño en las mismas, de forma que la percepción respecto a su actuación en el entorno cambia favorablemente.

Factores Psicológicos

Ahora bien, la conducta humana está influida por factores personales, cognitivos y del medio ambiente social y físico. En este apartado se señalan algunos cambios cognitivos y psicológicos de las personas en la vejez, los padecimientos cognitivos más frecuentes, como es el Alzheimer y la demencia, y las implicaciones que tienen en la CV, que se reportan en la literatura.

Cabe resaltar que, tal como se deterioran las funciones físicas, así mismo ocurre con las funciones cognitivas, como son la atención y la memoria, al mismo tiempo que se produce distorsión en la percepción, a causa de la alteración de los órganos sensoriales. De forma que, con el paso del tiempo esta distorsión influye en eventos psicológicos, como la manera de percibir la realidad, (tanto externa, como de sí mismo), de relacionarse con otros y con el medio ambiente en general (Chong, 2012).

Por otra parte, se ha hablado de cómo los cambios físicos en la vejez están asociados al estilo de vida y la salud de ésta, sin embargo, para hablar de cómo una persona vive su senectud, cabe apuntar tanto a factores objetivos como subjetivos. Los objetivos se refieren a la ausencia de enfermedad, diagnósticos graves y discapacidad física o mental. Los factores subjetivos, por otra parte, son aquellos que permiten comprender el proceso de adaptación de la persona adulta mayor en esta etapa. Los anteriores pueden ser la independencia, autonomía, empoderamiento, la evaluación respecto a la vida, conductas saludables físicas y psicológicas, al mismo tiempo que tener experiencias significativas de actividad social, que conduzcan al sentido de pertenencia (Sowa et al., 2016).

En lo que a bienestar psicológico se refiere, éste es uno de los principales indicadores de salud mental, no solo en la vejez, sino en todo el ciclo de vida. Este constructo está compuesto del bienestar hedónico y el eudaimónico. El hedónico hace alusión a que el bienestar parte de las experiencias placenteras de la vida, mientras el eudaimónico se basa en

que no solo es importante el placer, sino también el desarrollo del potencial humano (Flores-Kanter et al., 2018). De acuerdo con el modelo de Ryff (1989), el bienestar psicológico incluye las categorías de autoaceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del ambiente, propósito en la vida y crecimiento personal, las cuales son elementos que las personas enfrentan para funcionar adecuadamente. De acuerdo con la investigación de León et al. (2019), algunos estudios han informado sobre la influencia que tiene la edad en estas categorías, siendo la autoaceptación y las relaciones con otros, las únicas que se mantienen estables.

De forma que, la edad, el sexo, vivir en compañía, el estrato socioeconómico, la escolaridad o el estado civil son variables que impactan en la vida de la persona. Aunque la forma en que influyen, depende del significado que le asigne la persona a cada aspecto de su vida (Carmona, 2015; Carmona y Ribeiro-Ferreira, 2010). Aunque, de acuerdo con los datos de Carmona (2015), el desarrollo de enfermedad y comorbilidad afecta directamente al bienestar psicológico, ya que la persona siente malestar físico, lo cual conduce a un detrimento en la dinámica del estilo de vida y, con ello, en la motivación. Al respecto, Palma-Candia et al. (2016) refieren que las enfermedades que presentan los adultos mayores pueden no afectar su bienestar psicológico, aseveración que, sin embargo, se hace sin especificar qué tipo de enfermedades y bajo qué circunstancias.

En el mismo orden de ideas, un ejemplo es el tema de las capacidades cognitivas, en el que Landinez et al. (2012) refieren que para el adulto mayor es más tolerable el dolor físico que la pérdida de memoria, así como también se ajusta más al proceso de enfermedad que a la falta de relaciones familiares. En este tema, todos los estudios presentados resaltan la importancia de las relaciones sociales, la implementación de metas a futuro y la actividad en la comunidad, al igual que el sentido de pertenencia que surge de ella, como una forma de

mantener el bienestar psicológico (Carmona, 2015; Carmona y Ribeiro-Ferreira, 2010; Fusté et al. 2017; Gallardo-Peralta et al., 2016; Palma-Candia et al., 2016).

De lo anterior se desprenden aquellos factores objetivos y subjetivos que están relacionados con la CV. Respecto a los primeros, Sánchez et al. (2014), en un estudio transversal en el que buscaban valorar si el puntaje de calidad de vida se asociaba con el funcionamiento físico, encontraron que existen factores relacionados con éste, como son la cantidad y la gravedad de la enfermedad (física o cognitiva), alteraciones de la vida afectiva, así como haber padecido enfermedades a lo largo de la vida. Los y la autora resaltan la importancia del afrontamiento, el buen estado de ánimo antes de llegar a la tercera edad, así como una personalidad equilibrada, como paliativos ante el deterioro físico que acompaña a esta etapa de vida, promoviendo una mejor adaptación. De forma que, aunque influye la disminución en las capacidades físicas, no siempre repercute en la percepción de una mala CV.

Factores Sociales

Las personas, desde que nacen hasta que mueren, están inmersas en un entramado social, por lo que durante toda la vida se dedican a asignar un significado a ésta, a sus acciones y al contexto en el que viven. De esta forma construyen su realidad mientras interactúan con otros. Realidad que está ligada ampliamente con la de la comunidad en donde habitan, y la de la especie en general. Es así como, tanto las ideas, símbolos, formas de pensar, valores, conductas, deseos, aspiraciones, inquietudes e incluso decisiones, son compartidos (aunque morfológicamente diferentes). A pesar de que estos elementos cambien en cada región, algo es estable: la influencia que tiene la cultura en la interacción, desarrollo y formulación del ser humano, individuo social por naturaleza. Por ese motivo, las variables que influyen en la participación social de la persona mayor son aspectos que no deben ser ignorados (Andrade, 2010).

Tal como mencionan Smith et al. (2017), para envejecer saludablemente es necesario que la persona mayor sea integrada a las actividades de la comunidad. Desafortunadamente, existen elementos internos y externos, que limitan su participación. Respecto a los elementos internos, se ubican los efectos psicológicos y físicos que se presentan durante las pérdidas, como es la disminución de autoestima, desarrollo de síntomas de depresión, ansiedad, pérdida de las funciones cognitivas o físicas, falta de habilidades de afrontamiento, falta de sentido de la vida, entre muchos otros elementos. Siendo la vejez una etapa de múltiples pérdidas, esta población se ve en estado de vulnerabilidad constante.

Por otra parte, los factores externos son todos aquellos que se refieren a la falta de oportunidades para la persona mayor, el poco interés que tanto las personas cercanas como las instituciones de gobierno denotan para su atención, basados en los prejuicios y la discriminación que igualmente reproducen. Mismos que también son asimilados por las personas mayores, quienes, en el transcurso de su vida, formulan y reformulan estereotipos de edad, la mayoría negativos, que limitan y obstruyen en su propia actuación (Fernández-Ballesteros, 2017).

Debido a lo anterior, la persona integra estos discursos llenos de prejuicios a su experiencia y percepción de si misma y de la realidad, que va siendo reforzada por las sensaciones físicas y cognitivas de las pérdidas a las que se enfrenta. De esta forma, su autoconcepto se ve afectado, siendo éste un constructo que hace referencia a la percepción y evaluación de si mismo, generando (al mismo tiempo) emociones y sentimientos particulares, que pueden ser tanto agradables como desagradables. Es un constructo dinámico que se basa y mantiene a partir de la interacción social, por lo que, al verse influenciado negativamente, impacta desfavorablemente en la CV, actividad física, autoeficacia, salud física y psicológica, percepción de soledad, aislamiento social, depresión, ansiedad, y desarrollo en general (Breytspraak y George, 1979; Smith et al., 2017; Zainab y Wan, 2012).

El soporte social, la autoeficacia, las habilidades sociales y el autoconcepto positivo, son factores de protección para la prevención de los efectos que la discriminación produce, favoreciendo los aspectos mencionados previamente, así como disminuyendo el malestar emocional, y todo lo que ello conlleva. Respecto al soporte social, éste hace alusión a las relaciones que conserva una persona, que involucra calidad y cantidad. Las relaciones estudiadas en esta población generalmente se segmentan en familiares, y de amigos y vecinos. Así mismo, el tipo de apoyo social se categoriza en a) emocional, b) instrumental, c) informativo y d) evaluativo. Estas categorías pueden modificarse de autor a autor. Sin importar ello, se sabe que el soporte social es uno de los recursos más útiles que tiene la persona para hacer frente a una situación estresante, y en general, para mejorar su calidad de vida y estado de salud (Smith et al., 2017; Suarez, 2011; Wu y Sheng, 2019).

Siguiendo la misma línea, los autores Wu y Sheng (2019), luego de hacer un estudio descriptivo sobre soporte social con 500 adultos mayores que vivían solos, y tras haber elaborado un análisis de regresión lineal múltiple, encontraron que el apoyo de vecinos, amigos y familia afecta positivamente al envejecimiento saludable. No obstante, en este estudio resalta el hecho de que el apoyo de vecinos fue más significativo que el de familiares y/o amigos, por lo que es importante desligar la idea de que únicamente la familia puede proveer de apoyo a las personas mayores, lo cual es un parteaguas para la intervención en comunidades aisladas o institucionalizadas. Al último, estos autores refieren que la autoeficacia promueve directamente al constructo de envejecimiento saludable, e indirectamente a través de las conductas de promoción a la salud.

Ahora bien, si bien es cierto que las personas mayores corren riesgo de padecer aislamiento social, discriminación, y todo lo que ello conlleva, en circunstancias normales, se torna más relevante su atención en el marco de la pandemia por COVID-19. Durante ésta, las personas mayores se vieron vulneradas mayormente no solo a nivel físico, sino también

social y psicológico, a causa del aislamiento social impuesto a nivel mundial. Gorenko et al. (2021) describen algunas de las intervenciones, a través de medios digitales, que existen para abordar el aislamiento en población mayor. Se indica que el objetivo de todas ellas es ayudar a la persona mayor a conectarse con otros y otras, a través de las tecnologías. Si bien la mayoría de las personas mayores prefiere los medios de contacto tradicionales, como el teléfono, se expone que dichas intervenciones han sido eficaces para disminuir la depresión (objetivo común de muchas intervenciones en psicología).

Desafortunadamente en México no existen este tipo de programas. Sin embargo, se esperaría que con la implicación de la tecnología en la vida de las personas, lo que se ha acentuado en los últimos años, existan cada vez más este tipo de programas en población latinoamericana, tal como ocurre en otros países, donde apuntan hacia las intervenciones en soledad y soporte social como medios para mejorar la CV y satisfacción con la misma, así como prevenir la disminución de salud física y psicológica, y el decremento en la actividad cognitiva (Czaja et al., 2018; Winningham y Pike, 2014).

Por último, a manera de reflexión y para ejemplificar lo antes mencionado en un caso común, se describe brevemente la experiencia de una persona diabética de 67 años que despidieron de su trabajo por motivo de la edad. Esta persona no acostumbra a hacer ejercicio y tiene malos hábitos alimentarios y de salud. Al tiempo, la diabetes se complica, y posteriormente entra en una condición de discapacidad por una amputación. Además, sus amigos y amigas cercanas, así como su pareja, que son contemporáneos, comienzan a fallecer. Sus hijos y nietos cuidan de su salud, pero constantemente se quejan, lo cual le hace sentir triste y desepcionada, por lo que opta por no compartir nada con ellos y reforzar la idea de *soy una carga, no sirvo para nada*.

Respecto al caso, sería muy complejo intervenir únicamente de forma médica en problemáticas que tienen que ver con aspectos conductuales, psicológicos y sociales de la

persona. Si bien los y las profesionales hacen su trabajo, el cuidado de la salud debe ser responsabilidad de la persona mayor, en compañía con el profesional de la salud, con el objeto de implicar a la persona en su propio cuidado y atención de necesidades, modificando el enfoque de *pacientes*, a uno en el que la persona sea activamente responsable de su cuidado. Esto no solo contrastaría con la autopercepción que tiene el adulto mayor, sino que le permitiría favorecerse a sí mismo en compañía del profesional de la salud.

Adultos Mayores Institucionalizados.

Las personas mayores pueden ser clasificadas en adultos mayores institucionalidados y no institucionalizados (o comunitarios). Los primeros son aquellos que viven en las residencias o centros para personas mayores, sean éstas públicas o privadas. Los segundos son quienes viven ya sea independientemente o con familiares, es decir, fuera de centros geriátricos (Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores [FIAPAM], 2016). A continuación, hablaremos sobre la población institucionalizada y las características que presenta en comparación con la comunitaria.

En primer lugar, cabe mencionar que en la cultura mexicana las personas suelen rechazar la idea de institucionalizar a algún familiar, debido a la creencia de la preservación en la familia. Sin embargo, es bien sabido que los y las familiares pocas veces tienen la capacidad de atender debidamente al adulto mayor, sin afectarse física, psicológica, social y económicamente. Aún así, ésta no es la única razón por la que las personas mayores, o sus familiares, deciden llevarles a una residencia geriátrica (FIAPAM, 2016). Ahora bien, que la persona se inserte a este medio puede implicar un reto, considerando que representa vivir en otro espacio, con otras personas, quienes tienen diferentes grados de funcionalidad, así como reglas específicas, dependiendo del lugar al que acudan. También representa una disminución en la interacción con familiares y amigos.

No obstante, también existen aspectos favorables en que la persona mayor interactúe y viva en otro medio, que si bien dependen de la percepción de la persona, podemos nombrar algunos descritos por la FIAPAM (2016), como son: que las personas mayores interactúen con gente de su edad, considerando que la socialización es un aspecto relevante para el desarrollo de la persona mayor en su medio. Además, tienen personal a su disposición que se encarga de atender sus necesidades, principalmente las físicas. En cuanto a lo desfavorable, muchas veces los derechos de las personas mayores se ven vulnerados en estos espacios, a causa de malas praxis por parte de los y las profesionales de la salud, que en ocasiones son sustituidos por personal religioso, o sin capacitación.

Además, no hay que dejar de mencionar que aunque la socialización es benéfica, en muchos casos las personas que se integran a estos lugares no se ven estimulados para la adaptación y fortalecimiento de habilidades físicas, psicológicas y sociales, por lo que sus capacidades van decreciendo paulatinamente (FIAPAM, 2016).

Respecto a las diferencias entre población adulta mayor institucionalizada y no institucionalizada, en el estudio de Muñóz (2015), se señala que las personas mayores institucionalizadas se perciben más negativamente en comparación con los adultos mayores comunitarios, refiriéndose a que son débiles, enfermos y pasivos. El autor menciona que la autopercepción del adulto mayor en general es de desvalía, siendo más marcado en población institucionalizada. Así mismo, en un estudio de Herazo-Beltrán et al. (2017), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la salud física y en la CV, siendo mejor para la población no institucionalizada (65.3; n = 132), que para la institucionalizada (52.5; n = 113), y lo anterior también ocurrió con el componente físico de calidad de vida, donde puntuaron 75.4 y 49.5, respectivamente. Por el contrario, en el desempeño físico, el estado emocional, el nivel de funcionalidad y el riesgo de caídas resultan más favorables para las personas no institucionalizadas. También, estos autores recalcan que tanto hombres como mujeres no

institucionalizados mostraron menor dependencia, probablemente debido a que en las residencias tienen resueltas sus necesidades básicas, por lo que se pierde el rol y la sensación de control y utilidad. Además de generar sensación de soledad y abandono.

Debido a lo anterior, es importante identificar el tipo de población, considerando que las condiciones ambientales pueden afectar el desenvolvimiento de la persona, en tanto a capacidades intrínsecas como extrínsecas se refiere. Además que esto permite tener en cuenta las necesidades de población institucionalizada y no institucionalizada en México, y atenderlas. Siguiendo la misma línea, Coindreau-Frias et al. (2018) refieren que no existe información sobre la caracterización de pacientes que viven en residencias geriátricas. Según su estudio del 2016, realizado en Monterrey, rescatan que de una muestra de 280 personas institucionalizadas, la media de edad fue de 84.74 años, el 71.1% eran mujeres, 52.1% viudas, 70% con acceso a servicios del Instituto Mexicano del Segruo Social (IMSS), y un funcionamiento cognitivo promedio de 18.69 en el Examen Mini-Mental, que corresponde a deterioro cognitivo de moderado a severo, y riesgo a sufrir caídas. Así como alta presencia de enfermedades crónicas, principalmente hipertensión y diabetes. Estos autores plantean que el problema de no enfocarse en esta población, es que no se identifican sus necesidades, a pesar de ser una población aún más vulnerable que la no institucionalizada (Coindreau-Frias et al., 2018). Al respecto, Muñoz (2015) sugiere, a manera de intervención, promover la participación activa y directiva de las personas mayores dentro de las residencias, lo que permitiría modificar su autopercepción, incluyendo la sensación de valía.

Si bien no existe información clara sobre el abordaje con población institucionalizada, en lo psicológico tampoco hay investigaciones contundentes sobre el abordaje a población adulta mayor en general. Sin embargo, a continuación se presenta información referente a la atención psicológica cognitivo conductual, y algunos estudios que han trabajado con adultos mayores.

Intervenciones Cognitivo Conductuales para Personas Mayores

Fundamentos Teóricos

La conducta humana ha sido de interés en el estudio de diversas civilizaciones, probablemente desde que el ser humano tiene consciencia de sí mismo y de otros. El estudio de la psicología se remonta a la Grecia antigua, con Aristóteles y su concepción del alma, señalando, tiempo después, a autores como Newton y Descartes (Salinas, 2012). Se podría decir mucho del sinfín de implicados, aunque este estudio no cubre tal objetivo, por ello, sólo se abordarán los eventos más relevantes para el desarrollo del enfoque cognitivo conductual, y su aplicación.

Se ha de señalar la importancia de los descubrimientos y avances realizados en laboratorios de reflexología rusa, para lo cual se empleaban animales, debido a la similitud en las respuestas que aparentaban tener con los humanos, lo cual efectivamente permitió describir y establecer procedimientos para intervenir en algunas conductas humanas. Uno de los autores más importantes fue Sechenov quien indicó la importancia que tiene el medio ambiente en el desarrollo de la conducta humana. Posteriormente, Pavlov aporta los principios y el desarrollo del condicionamiento clásico, donde señala el proceso en que un organismo puede responder condicionadamente ante un estímulo neutro, dado el emparejamiento previo con un estímulo incondicionado. El mismo autor continuó con el estudio de la neurosis experimental, básico para el esclarecimiento de la conducta, así como para la creación y uso de técnicas en ambientes clínicos (Kazdin, 1993).

Otros exponentes como Thorndike, Tolman y Hull, igualmente aportaron sobre el aprendizaje en animales y bajo qué condiciones ocurría este; Sin embargo, no fue hasta principios del siglo XX que comenzó la experimentación en humanos, con estudios como los de Bechterev, Watson y Mateer. El objetivo de la experimentación era concretar una teoría de

la conducta que permitiera la aplicación tecnológica de una larga lista de descubrimientos científicos (Kazdin, 1993; Ruiz et al., 2012).

Siguiendo la misma línea, en Estados Unidos, Skinner, integrando los paradigmas del condicionamiento clásico y del aprendizaje, define el condicionamiento operante, procedimiento mediante el cual un organismo lleva a cabo una conducta, en un ambiente particular, de acuerdo con las consecuencias positivas o negativas que para él represente su actuación. A partir de lo anterior, se establece como objeto de estudio la conducta manifiesta, y no la historia u otras variables de esta. Skinner expone como método al análisis experimental de la conducta, a través de diseños de caso único, con el interés particular de describir y predecir la conducta (Ruiz et al., 2012).

Una de las tecnologías desarrolladas como resultado de lo anterior, es la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), cuya evolución se puede seccionar en tres generaciones: 1) La primera generación hace alusión a la aplicación directa de la experimentación con animales. Sigue un estricto orden metodológico, bajo el supuesto de que las personas responden a estímulos. Como resultado se desarrolla la Terapia de Conducta (TC), que considera como objeto de estudio únicamente la conducta osbervable. 2) La segunda generación, por otra parte, integra a los pensamientos, emociones, y en general las cogniciones, como elementos de la conducta. Describen cómo estos elementos, aunque no observables, influyen en la interacción de una persona y su relación con el medio ambiente social o físico. A partir de estas consideraciones tiene lugar la TCC, con la finalidad de comprender y atender mejor los problemas clínicos. Por último, 3) la tercera generación, se desarrolla la aplicación de la terapia cognitivo-conductual, en conjunto con ciertas técnicas orientales, como el *mindfulness* (Ruiz et al., 2012; Salinas, 2012; Vargas, 2006).

En el presente estudio se hace uso de la TCC, la cual se define como un enfoque psicológico propio del ámbito clínico, que se caracteriza por tener una estructura previamente

planteada, así como estar orientada al cumplimiento de metas en un tiempo determinado (Cormier y Cormier, 1997; Solano y Gallagher-Thompson, 2001). Usualmente, en los programas de intervención estandarizados, las técnicas cognitivo-conductuales no son abordadas de esta forma, sino únicamente de acuerdo con los objetivos de el o la investigadora. Aunado a lo anterior, este enfoque está focalizado en el *aquí y ahora*, es decir en las problemáticas presentes, promoviendo el desarrollo de habilidades mediante el aprendizaje de conductas tanto observables como no observables (Hilliard y Lauderdale, 2011).

Como su nombre lo indica, la TCC tiene dos componentes: uno cognitivo y otro conductual. En el primero se llevan a cabo técnicas bien estructuradas y diseñadas para identificar, desafiar y modificar los pensamientos y actitudes negativas, que están implicadas en la forma de relacionarse con otros. En segundo lugar, el componente conductual, en donde, a través de técnicas validadas se puede guiar a la persona para que desarrolle habilidades que le permitan obtener reforzamiento positivo en su ambiente social (Solano y Gallagher-Thompson, 2001).

Fundamentos Metodológicos

El objetivo particular de la psicología se basó y continúa basándose en la atención a problemas o necesidades sociales, que tienen como raíz la conducta de las personas. Un ejemplo de ello son el consumo frecuente de drogas, el robo de autos, o las actitudes sexistas y las actitudes discriminatorias en general (Ruiz et al., 2012). Para ello puede resultar útil el entrenamiento en habilidades sociales o la comunicación asertiva, técnicas de relajación, aproximaciones sucesivas, y habilidades para solucionar problemas (Solano y Gallagher-Thompson, 2001).

De acuerdo con Salinas (2012), lo más relevante al usar estas técnicas es que el terapeuta se guíe prestando atención a las necesidades del usuario, utilizando metodología que haya sido probada científicamente, de manera sistemática y objetiva. Además, se establece como fin analizar, medir, intervenir, observar y monitorear la conducta de la persona. En apoyo a lo anterior, debido a que se ha demostrado que el componente verbal resulta un reforzador en la interacción del usuario y la terapeuta (Kazdin, 1993), se ha expuesto una serie de directrices sobre cómo establecer el contacto inicial, cómo llevar la relación profesional, así como las características de la persona y el terapeuta que favorecen la interacción. También se señala la importancia de describir la conducta a tratar, y cómo realizar esa descripción, así como el uso de cada técnica (Bruch y Meyer, 1996; Cormier y Cormier, 1997; Cormier y Cormier, 2000; Morrison, 2015). Por lo anterior, a continuación se describen las técnicas que son objeto de la presente investigación, así como las directrices generales de cada una de ellas.

Técnicas Cognitivo-Conductuales

Técnicas de Respiración

Las técnicas de respiración tienen por objeto facilitar el control voluntario de la respiración, promoviendo la automatización de ésta, para que la persona pueda llevarla a cabo aún en situaciones estresantes (Méndez et al., 2014). Esto debido a que, al ser un proceso de regulación del organismo, es muy efectiva para reducir los niveles de activación física y emocional. Este proceso se divide en cuatro fases, las cuales son: inspiración, pausa inspiratoria, espiración, y pausa espiratoria (Ruiz et al., 2012).

Los tipos de respiración son 1) costal: el más frecuente pero menos adecuado, a causa de la poca concentración del aire y 2) diafragmática, o abdominal: mayor movimiento e ingreso de oxígeno adecuado, a partir de la separación del pecho y el abdomen (Ruiz et al.,

2012). Aquí se pondrá mayor énfasis en la respiración diafragmática, en razón de ser la respiración que se utilizará durante la intervención. El procedimiento para este tipo de respiración, de acuerdo con recomendaciones de Ruiz et al. (2012) y Méndez et al. (2014), es:

1) Informar sobre la utilidad de la técnica, sus fundamentos, cómo se relaciona con la problemática que se quiere abordar, y cómo se puede adaptar a la vida de la persona.
2) Sentarse cómodamente con los ojos cerrados, colocando la mano izquierda sobre el abdomen, y la mano derecha en el pecho. Para ello, será útil emplear procedimientos de modelamiento, con lo cual la persona comprenda claramente en qué lugar se ubicará la atención.
3) Prestar atención, al momento de inspirar, en que la mano que sube es la izquierda y no la derecha.
4) Comenzar la inspiración a través de las fosas nasales, de tres a cinco segundos, pausar dos segundos y continuar con la espiración lenta de tres a cinco segundos, a través de la boca, seguido de la pausa de espiración de dos segundos.
5) Llevar a cabo este procedimiento al menos cuatro minutos durante la mañana y en la noche, y particularmente en situaciones estresantes.

Es importante señalar que este ejercicio se puede modelar y moldear. Es importante asegurarse de que la persona lo realiza correctamente, así que se sugiere que ella lo lleve a cabo tres o cuatro veces durante la sesión. Este procedimiento puede ser aplicado individualmente, aunque por lo regular complementa otras aplicaciones, como la técnica de relajación pasiva, variante de la relajación progresiva de Jacobson.

Relajación.

La relajación es un proceso psicofisiológico que involucra la respuesta predominante del sistema nervioso autónomo parasimpático, sobre del simpático, con el objeto de regular y estabilizar el cuerpo (Caballo, 1991; Coffin y Salinas, 2018). Este estado de relajación se

caracteriza por la presencia de una respiración suave y tranquila, al igual que un ritmo cardíaco tranquilo y la percepción de estabilidad mental, que naturalmente implica la reducción de la tensión muscular, principalmente ligada a la ansiedad y/o estrés (Ruiz et al., 2012). En cambio, cuando predomina el sistema nervioso simpático, tienen lugar respuestas que se traducen en tensión muscular, aumento del ritmo cardiaco y presión sanguínea, hiperventilación, bruxismo, así como respuestas emocionales tales como la ira o el enojo, que indican una señal de alarma. La diferencia entre estrés y ansiedad es el estímulo que la desencadena. En la primera es un estímulo externo a la persona, mientras que la ansiedad tiene lugar a partir de la percepción que tiene la persona.

Respecto a lo anterior, el estudio de la relajación se puede valorar desde los procesos emocionales, de estrés o de aprendizaje. En los primeros se señala la relación que existe entre la emoción y la activación fisiológica, de forma que algunos patrones de activación física conducen a expresiones faciales, con lo que se manifiesta el temor, la ira, la alegría, etc. La relajación se entiende entonces como un proceso en el que la activación física es opuesta a las emociones intensas, sin importar qué tan agradables o desagradables sean.

Por otra parte, en cuanto al estudio del estrés, la relajación es aquella respuesta incompatible con la elevada activación física. De acuerdo con Benson (1975, como se citó en Vera y Vila, 1991), el aprendizaje de la relajación es un recurso importante para el manejo adecuado de los efectos negativos que en ocasiones produce el estrés (Vera y Vila, 1991). El aprendizaje es un elemento fundamental en el estudio de la relajación, dado que las técnicas en sí buscan facilitar el desarrollo y mantenimiento de patrones conductuales propios de la relajación, mediante diversos procedimientos, entre los cuales se encuentran la técnica de respiración diafragmática, la relajación progresiva de Jacobson, la relajación autógena de Shultz, y sus variantes en relajación pasiva. Se describen a continuación la técnica de respiración diafragmática y la relajación pasiva.

Relajación Pasiva. La técnica de relajación pasiva surge a partir de la relajación progresiva. Esta última es un procedimiento creado por el fisiólogo Jacobson en 1934, adaptado por Wolpe a menos de seis sesiones, que consiste en el aprendizaje de la respuesta de relajación mediante la discriminación de las sensaciones de tensión y relajación de cada grupo muscular, a través de aproximaciones sucesivas (Kazdin, 1993; Vera y Vila, 1991). Sin embargo, algunas personas no pueden llevar a cabo este procedimiento a causa de alguna discapacidad física, problemas musculares, o incluso por incomodidad o incapacidad de relajar los músculos luego de tensarlos. Por ese motivo, Schwartz y Haynes (citado en Ruiz et al., 2012), adaptan el procedimiento a una secuencia de frases predeterminadas que guían la atención y relajación de cada grupo muscular sin necesidad de tensar, denominado relajación pasiva. Este procedimiento tiene la ventaja de obtener resultados rápidos desde la primera sesión, aunque desafortunadamente la respuesta de relajación se hace dependiente de la voz del terapeuta. Ante esto, lo más recomendable es conducir el entrenamiento durante las primeras sesiones, y posteriormente ir disminuyendo progresivamente las instrucciones (Ruiz et al., 2012).

Consideraciones para su Aplicación.

Ahora bien, se han planteado algunos criterios para la aplicación de la respiración diafragmática y la relajación progresiva, y, debido a que son complementarias, se presentan las consideraciones generales para ambas. Respecto al espacio, éste debe ser tranquilo, aunque no insonoro, dado que se busca la generalización de este procedimiento a la vida cotidiana. Por otra parte, la persona debe estar sentada en una silla, y vestir ropa cómoda, sin objetos que le dificulten la circulación o le incomoden en la realización del procedimiento (Vera y Vila, 1991). Así mismo, la terapeuta debe asegurarse que la persona no presente un problema de salud que esté contraindicado a una técnica de esta naturaleza (Ruiz et al., 2012).

La persona que dirija la intervención debe conocer la técnica y su aplicación, al mismo tiempo debe informar a la persona cómo funciona, cuál es el procedimiento, la relación que tiene con la problemática que se ha establecido, su posible uso en situaciones de la vida diaria y la importancia que tiene la práctica en casa para mejores resultados. Sin dejar de lado los posibles efectos negativos que pueden o no presentarse durante las primeras sesiones, que son: calambres musculares, mareo, espasmos, adormecimiento, etc. (Ruiz et al., 2012).

Problemas a los que se Aplica.

Por último, es de enfatizar que la respiración diafragmática y la relajación progresiva han sido validadas y utilizadas innumerables veces de forma individual, en conjunto con otros procedimientos, y ante diversas problemáticas, como son la ansiedad, estrés, insomnio, fobias, problemas sociales, pensamientos incontrolables, dolor, diabetes, depresión, agresividad, problemas sexuales, entre otros (Cormier y Cormier, 1997; Méndez et al., 2014; Ruiz et al., 2012; Vera y Vila, 1991).

Habilidades Sociales

El entrenamiento en habilidades sociales (EHS) es un tratamiento cognitivo conductual en el que se aplican un conjunto de técnicas con el objetivo de mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales. La finalidad es que la persona desarrolle conductas socialmente hábiles que, de acuerdo con Caballo (1991), son:

> Un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal, que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas. (p. 6)

Caballo (1991) establece que la habilidad social tiene ciertas características, a saber: 1) es una característica de la conducta y no de las personas, es decir, no hay personas violentas, sino personas con actitudes violentas; 2) No son universales, sino específicas a la persona y el contexto en el que interactúa; 3) debe contemplarse en relación con las normas sociales de una comunidad particular, y qué variables situacionales están presentes; Por ejemplo: no es lo mismo que una mujer exprese que no le gusta cómo le habla una persona de su trabajo, en México, a que lo haga en un país de medio oriente; 4) Las habilidades sociales están basadas en que la persona tiene la capacidad de escoger libremente su acción, por lo que son plenamente responsables de lo que dicen, hacen y cómo se dirigen. Por último, 5) siempre tendrán por objeto salir "bien librados" de una situación, y prevenir dañarse a sí mismos o a otros (Caballo, 1991).

Otro rasgo relevante es que las conductas socialmente habilidosas se componen de elementos molares y moleculares. Los primeros se refieren a las habilidades generales que podemos describir a simple vista en una interacción, como son: iniciar una conversación, hacer algún cumplido, rechazar peticiones, entre otras. Sin embargo, estas habilidades se conforman también de elementos moleculares, es decir conductas más simples, como alzar el volumen de la voz, mirar a la otra persona, mantener una postura, sonreír, etc. De forma que la conducta general de saludar a una persona implica mirar a la persona, sonreír, alzar la mano en dirección a ella y verbalizar en un tono de voz adecuado "hola". Se debe agregar que la habilidad de toma de decisiones, la interpretación de las señales de la otra persona y los elementos cognitivos que una persona tiene a partir de una interacción social, pueden impedirla o facilitarla (Caballo, 1991). Por cogniciones se entienden los procesos mediante los cuales una persona percibe, planea, categoriza, almacena, y relaciona los pensamientos, ideas, juicios, sentimientos, etc. (Labrador, 2008).

Por lo anterior, el EHS, regularmente se lleva a cabo a la par de técnicas de relajación o reestructuración cognitiva, con la finalidad de trabajar aquellos elementos o capacidades que faciliten la interacción social. Por ejemplo, en cuanto a la reestructuración cognitiva, es relevante que la persona comprenda que su actuación no siempre va a llevarle a un buen resultado (Caballo, 1991). El EHS se basa en la teoría del aprendizaje social, que dice que toda conducta puede ser aprendida a través de la observación e interacción con otras personas, y su desarrollo dependerá del tipo de reforzamiento o castigo que reciba de sus semejantes, y de sí mismo (Ruiz et al., 2012).

Procedimiento.

Respecto al procedimiento del EHS, primero deben explicarse a la persona cuáles son los componentes de las habilidades sociales: qué son, de qué trata la técnica, y sus características. Posteriormente, se expone su utilidad y de qué forma se relaciona con la problemática a abordar. Es necesario ser muy claro y pedir a la persona que señale con sus palabras cuál es el objeto de esta técnica y de qué forma la puede integrar en su vida diaria. Luego, se realiza un juego de roles, para valorar la actuación de la persona en una determinada circunstancia. Por ejemplo: iniciar y mantener una conversación. Una vez completado, la persona que dirige la intervención modelará (demostrará) cómo puede mejorar al iniciar y mantener una conversación, señalando conductas verbales y no verbales que deben modificarse, a través de la retroalimentación y el reforzamiento positivo (Caballo, 1991).

Posteriormente Caballo (1991) menciona que, a través de ensayos conductuales, la persona practicará la conducta de iniciar y mantener una conversación, de acuerdo con las consideraciones y la retroalimentación que el o la terapeuta exponga. Este procedimiento se repite hasta que la terapeuta y la persona estén satisfechas con el cambio conductual. Sin dejar de mencionar que durante los ensayos conductuales (de máximo tres minutos) se deben

emplear registros que permitan valorar el desempeño en la conducta y su evolución. Pero además de los registros, las habilidades sociales se pueden evaluar a través de autorregistros, pruebas estandarizadas previamente validadas para la población que se desea estudiar, observación, e informes de otras personas.

Consideraciones para su aplicación.

La terapeuta debe tener las habilidades sociales necesarias para modelar y moldear la conducta a intervenir, así como saber identificar las señales verbales y no verbales. Debe saber dirigir el procedimiento con un tono de voz medio, y con claridad. Sin dejar de mencionar que debe conocer la técnica, y trabajar un problema a la vez. En cuanto al usuario, éste deberá prestar atención y practicar las conductas en otros escenarios, fuera del terapéutico (Caballo, 1991; Méndez et al., 2014; Ruiz et al., 2012).

Otros elementos importantes son que las instrucciones, la retroalimentación y los ejemplos sean claros, que el modelo que se plantea se acople a las características de la persona y no a un molde que imponga el terapeuta. Además, se deben considerar las competencias sociales de la persona y qué tan compleja es la conducta que se va a implementar. Por último, se sugiere que la conducta con la que se trabaje sea una situación reciente o que sea probable su presencia en un futuro próximo, comenzando de las conductas menos difíciles a las más complejas (Caballo, 1991; Méndez et al., 2014; Ruiz et al., 2012).

Problemas a los que se Aplica.

De manera semejante a la técnica de relajación, el EHS puede emplearse para múltiples problemas, como son la agorafobia, depresión, ansiedad, esquizofrenia, problemas sexuales, problemas de pareja, agresiones, adicciones, autismo, entre otros. Ha de considerarse que muchos de los problemas que presenta una persona están ligados a las relaciones interpersonales que conserva, de ahí la utilidad de este procedimiento (Caballo, 1991; Méndez et al., 2014).

Características del Terapeuta

El o la terapeuta deberán tener ciertas habilidades en la aplicación de entrevistas clínicas, conocer los fundamentos teóricos y metodológicos de la TCC, adaptar la terapia a la persona y no al contrario, fomentar la autoeficacia, ser empáticos, conocer las propias limitaciones y atenderlas, emplear reforzamiento verbal y no verbal, no ser autoritario, que su actuación sea congruente con la relación terapeuta-usuario y saber modular la voz, en caso de querer enfatizar o señalar algo (Bruch y Meyer, 1996; Cormier y Cormier, 2000; Morrison, 2015; Ruiz et al., 2012).

Problemas a los que se aplica la TCC

En un inicio la TCC se estableció como un tratamiento para la depresión y ansiedad, aunque ha demostrado ser eficaz en otras problemáticas, como son el sentimiento de soledad, ansiedad social, fobias, problemas de pareja, trastornos de personalidad, y de estrés postraumático, psicosis, y cualquier situación en donde se vea involucrada una distorsión cognitiva que afecte el funcionamiento personal y social (Dobson y Franche, 1991; Ruiz et al., 2012).

Consideraciones para la Aplicación en Adultos Mayores

Respecto al proceso de la TCC para personas mayores, este sigue el mismo patrón que para poblaciones más jóvenes (Hilliard y Lauderdale, 2011), de modo que únicamente se adapta en algunos casos en que existan limitaciones tanto físicas, sensoriales, cognitivas o de otras índoles; aspectos que se tratarán a continuación.

De acuerdo con Solano y Gallagard-Thompson (2001) y Hilliard y Lauderdale (2011), algunas limitantes que afectan en el proceso terapéutico de la población adulta mayor, pueden ser:

- Discapacidad física: Dificultad para transportarse
- Discapacidad cognitiva: Padecimientos como demencia, Alzheimer, etc.
- Económicas: No perciben algún ingreso o su pensión solo se destina a cubrir necesidades básicas
- Disponibilidad: No tienen tiempo por las tareas que realizan, y/o no logran comprometerse en el proceso terapéutico
- Concepciones erróneas del tratamiento
- Uso de instrumentos no validados para población adulta mayor: debido a que la investigación no se ha enfocado mucho en esta población, algunos instrumentos no están validados y deben ser adaptados para este grupo
- Percepción de carga: particularmente para las personas que tienen alguna discapacidad

Por ese motivo es necesario que el o la terapeuta que dirija el programa, se adapte en función de las condiciones físicas, psicológicas y sociales de la persona adulta mayor, para llevar a cabo una intervención efectiva. Algunas recomendaciones de Hilliard y Lauderdale (2011) son: 1) cambiar de modalidad a intervención en línea o telefónica; 2) implementar pausas durante las sesiones, o hacerlas más cortas y frecuentes; 3) explicar y llevar un proceso más lento, repitiendo la información con mayor frecuencia, y emparejando la información nueva con situaciones u objetos que estén presentes en la vida de la persona; 4) en caso de discapacidad cognitiva, utilizar grabaciones y términos simples para la explicación; 5) simplificar las tareas, poner un horario para hacerlas, y poner a su disposición el seguimiento y la asistencia telefónica; 6) presentar el material en distintas modalidades (auditivo, visual) al igual que 7) prestar atención a señales de recaídas, y aumentar sesiones de reforzamiento a conductas adquiridas.

Por lo anterior, diversas autoras refieren que las discapacidades no son impedimento para trabajar con adultos mayores, siempre que la persona pueda, o tenga el potencial de comprender, recordar, y producir el material, para lo cual se pueden utilizar las recomendaciones previamente señaladas (Solano y Gallagher-Thompson, 2001; Hilliard y Lauderdale, 2011).

Efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual

La TCC ha demostrado ser eficaz ante múltiples problemáticas, sin embargo, en adultos mayores se utiliza particularmente para problemas de depresión (Contreras et al., 2006; Rosique y Sanz, 2013), ansiedad y demencia (Solano y Gallagher-Thompson, 2001).

De acuerdo con la investigación de Solano y Gallagher-Thompson (2001), existen varios metaanálisis que confirman la eficacia de la TCC para el tratamiento de la depresión en adultos mayores, en donde se expone su utilidad tanto para personas sin deterioro cognitivo (Gatz et al., 1998, como se citó en Solano y Gallagher-Thompson, 2001), como para aquellas frágiles y con deterioro cognitivo (Teri y McCurry, 2000, como se citó en Solano y Gallagher-Thompson, 2001). Mientras que en otros estudios, como el de Hilliard y Lauderdale (2011), se ha demostrado su utilidad, en contraste con otro tipo de terapias, tanto en su modalidad individual como grupal. Al respecto, las y los autores citados refieren que el formato grupal de la TCC, particularmente en la población adulta mayor con depresión, es ventajosa dado que funge como fuente de apoyo para adultos mayores aislados, permite la ampliación de conocimiento, el manejo de solución de problemas, y la interacción y estimulación entre participantes.

Particularmente en Acuña (2012), la autora desarrolló un programa de intervención cognitivo conductual para mejorar las habilidades sociales y, con ello, la calidad de vida de 20 personas adultas mayores, con un rango de edad de 60 a 87 años, obteniendo cambios

clínicos significativos y favorables en la variable calidad de vida. Enfatizando la importancia de brindar herramientas para la interacción social de las personas mayores.

Por otra parte, existen otros procedimientos que han demostrado ser eficaces especialmente en la población adulta mayor, tal es el caso de las intervenciones basadas en el modelo de afrontamiento proactivo, mismas que siguen los pasos establecidos por Aspinwall y Taylor (1997). Lo anterior se describe en el siguiente apartado.

Modelo de Afrontamiento

Estrés

El estrés es una respuesta física y psicológica. De manera fisiológica, es la activación del sistema nervioso simpático, lo que indica un estado de alarma ante una amenaza percibida, respuesta que a la vez activa componentes cognitivos y motrices. Estos brindarán, respectivamente, señales sobre la valoración del estímulo estresor, así como la posterior acción ante dicha amenaza. Este, es un proceso que en un principio anticipaba amenazas físicas que podían poner en riesgo la vida, favoreciendo actividades como la caza. Sin embargo, hoy en día el mecanismo de estrés se activa para el cumplimiento de metas, o ante amenazas psicológicas y sociales (Coffin y Salinas, 2018).

Actualmente los estudios sobre estrés se centran en cómo las personas responden a situaciones estresantes, particularmente respecto a los mecanismos físicos, químicos, biológicos, psicológicos y sociales que activan para mantener su propia estabilidad. Así mismo, se ha encontrado que los estímulos estresantes no están predefinidos, sino que esta característica está dada por la valoración que hace un individuo ante cierta situación. Se considera que la respuesta de estrés es la forma en que la persona hace frente al problema para mantener su equilibrio. Esta respuesta, usualmente es anticipatoria, y puede ocurrir a causa de la expectativa de que "algo pueda pasar", por lo que muchas veces el estímulo desencadenante es el pensamiento, sentimiento o emoción, y no el estímulo físico (Franco, 2015).

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984), el estrés se define como una respuesta biológica ante situaciones percibidas como amenazantes (positivas o negativas) que la persona no logra afrontar, debido a la falta de recursos individuales y externos. Se refiere a un mecanismo de adaptación y supervivencia que permite recuperar o mantener el equilibrio de

la persona en el entorno, o para sí mismo. Por ello, es impensable considerar al estrés sin hablar de los factores concomitantes que le afectan, como son las habilidades de afrontamiento, enfermedad, incidencia del estímulo que se percibe como amenazante, al mismo tiempo que la percepción de la persona ante la situación estresante, entre otros (Caballo, 1991; Lazarus y Folkman, 1984). De esta forma, se ubican dos aspectos psicológicos relevantes en el estudio del estrés: 1) la percepción que tiene la persona ante la situación, y 2) la capacidad que tiene de hacerle frente (Coffin y Salinas, 2018).

Así mismo, el estrés, al ser un mecanismo de adaptación, no es negativo por sí mismo. Sin embargo, si se pone en marcha frecuentemente o su intensidad es mayor a las demandas del entorno, compromete al funcionamiento adaptativo y la salud del individuo. Así, algunos autores distinguen entre el eustrés y el distrés. El primero se refiere a la respuesta de estrés positiva, que conduce a resultados favorables y a la adaptación. Mientras que el segundo señala al estrés negativo, que lleva a consecuencias nocivas, desequilibrio y enfermedad (Caballo, 1991; Franco, 2015).

Estímulos Potencialmente Estresantes en la Vida del Adulto Mayor

Durante cada etapa de la vida las personas están expuestas a diferentes circunstancias. En la vejez, algunos de los eventos potencialmente estresantes, que podrían amenazar la estabilidad de la persona mayor, son la reducción de movilidad física, las enfermedades crónicas o comórbidas, la pérdida de capacidad cognitiva y sexual, la muerte de seres queridos, el aislamiento, la disminución de roles y participación social, la pérdida de ingresos económicos, entre otros (Sougleris y Ranzijn, 2011).

Sin embargo, el que muchas personas mayores puedan atravesar por situaciones similares, no implica que la respuesta sea igual, (en tanto intensidad, frecuencia, etc), ya que dependerá de múltiples factores, dados por la situación y los recursos externos e internos

disponibles para hacerle frente al evento (Petretto et al., 2016). Estos últimos, que son los factores con los que se puede trabajar desde la psicología, se describen a continuación.

Definición de Afrontamiento

El afrontamiento se define como aquellos "actos que controlan las condiciones aversivas ambientales, que por ende disminuyen la alteración psicofisiológica producida por estas" (Lazarus y Folkman, 1984, p. 118). Desde este punto de vista, el afrontamiento es un proceso que tiene por finalidad controlar o prevenir el efecto de un evento estresante, el cual se presenta de forma particular en cada persona. En el caso de los adultos mayores, a pesar de las pérdidas o circunstancias relacionadas con la edad, las estrategias de afrontamiento que adquieran previo al evento estresante, les permitirán mantener su CV (Petretto et al., 2016).

Usualmente los estudios sobre afrontamiento se abocan a un problema en particular, o a los estragos emocionales de dicho problema. Sin embargo, en ocasiones, estar demasiado al pendiente de los eventos estresantes que pueden o han ocurrido, resulta negativo para la persona, promoviendo niveles más altos de estrés (Greenglass et al., 1999). Lo anterior está ampliamente relacionado con la percepción del problema y las habilidades que se tengan para resolverlo (habilidades de afrontamiento al estrés), aunque no son todas las variables implicadas.

Greenglass et al. (1999) describieron dos factores que se encuentran ampliamente relacionados con el afrontamiento, que son la percepción de control y la autoeficacia. Respecto a la *percepción de control*, ésta se refiere a qué tanto percibe la persona que puede influir sobre la situación. De esta forma, el individuo podrá o no poner en marcha recursos y habilidades que vayan dirigidas a mejorar su situación (Bandura, 1993). Skinner (1971) hace alusión al *autocontrol* como aquella conducta no observable, definida como cualquier comportamiento que la persona manipula, a partir de la reflexión y la elección, para evitar o

promover su incidencia ante situaciones particulares, que tienden a cierto desenlace. De forma que una persona que emite la conducta de autocontrol, piensa en una situación, en cómo solucionarla, toma decisiones, y pone en marcha un plan de acción en torno a ello.

En lo que a *autoeficacia* se refiere, éste es el juicio que cada persona tiene sobre las propias capacidades de organización y puesta en marcha de acciones; tiene la finalidad de desarrollar formas de controlar un evento que pueda afectar a futuro (Bandura, 1993; Bandura, 1997, como se citó en Temprano, 2015). Bandura (1993) hace alusión a que este juicio es dado ante una situación particular; aunque Temprano (2015), de acuerdo con su investigación literaria, refiere que se puede abordar de manera general respecto a qué tan eficaz se percibe una persona para hacerle frente a situaciones estresantes. De esta forma, la autoeficacia se entiende como una competencia personal, a partir de la evaluación de las propias habilidades (Olivari y Urra, 2007). En las personas mayores, la autoeficacia se da ante cualquier evento de la vida diaria; y entre mayor sea, mayores estrategias diseñarán para hacer frente a las adversidades (González-Celis y Padilla, 2006).

De acuerdo con Bandura (1993), la autoeficacia está regulada por distintos procesos cognitivos, motivacionales y afectivos. Los cognitivos hacen alusión a las creencias, los pensamientos, la resolución de problemas, el grado de comparación social, la autoestima, y qué tan satisfecha se siente la persona con sus propios logros. Así mismo, la autoeficacia está asociada con la evaluación que otras personas hacen sobre el desempeño, qué tan pronto ocurre esto una vez emitida la conducta, y si esta evaluación es valorada como positiva o negativa por la persona que realiza la conducta. A partir de lo anterior, el curso de una acción puede mejorar, empeorar o detenerse.

En segundo lugar, los procesos motivacionales se enfocan a cómo la creencia de poder lograr algo conduce a respuestas de planeación y establecimiento de metas que, a partir de ciertos mecanismos autorregulatorios, fungen como incentivos. Algunos de estos

elementos motivacionales son las expectativas de la propia acción, y el reconocimiento de metas, a través de lo cual pueden determinar qué tanto esfuerzo dedicarán a una meta, y el grado de perseverancia que tendrán ante las adversidades. Así mismo, Bandura (1993) refiere que un elemento importante es el control proactivo, a través del cual la persona busca metas desafiantes con las cuales puede poner en marcha sus habilidades, y una vez alcanzada dicha meta, la persona buscará atender metas más altas.

Por último, Bandura (1993) menciona que los procesos afectivos se refieren al efecto que tienen las creencias sobre las propias capacidades, atendiendo situaciones estresantes. Así, habrá personas que no se sientan capaces de manejar una situación amenazante, lo cual puede desembocar en sentimientos de ansiedad, depresión, miedo, incertidumbre, etc, de acuerdo con la percepción de peligro que tengan. Esto arriesga el funcionamiento de la persona y su salud. Por lo anterior, la autoeficacia es un elemento clave en el afrontamiento al estrés; entre más autoeficacia, mejores conductas adaptativas y toma de decisiones.

Recursos de Afrontamiento

Internos

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986, como se citó en Franco, 2015), algunos de los recursos personales que permiten a una persona afrontar el estrés, son el estado de salud, la satisfacción con la vida, la percepción positiva del futuro, el estilo de comportamiento que conserva ante situaciones estresantes, la percepción de la situación estresante, así como las habilidades sociales, de planeación y de solución de problemas. Esto, al mismo tiempo que el optimismo, la autoeficacia y la autoestima (Sougleris y Ranzijn, 2011), mismos que se consideran precursores de la conducta (Franco, 2015).

Externos

Entre los recursos externos se cuentan el tiempo, el conocimiento, el dinero, los recursos patrimoniales, y el apoyo social. Aquí se hará un particular énfasis en este último, ya que este elemento es fundamental para el afrontamiento exitoso ante las situaciones estresantes. De forma que si una persona se encuentra en una situación estresante, tener una buena red de apoyo favorece: 1) otra perspectiva de la situación, 2) otras opciones de acción, 3) apoyo emocional, 4), apoyo instrumental, 5) apoyo económico, y por ende, menor estrés percibido, y menor sensación de vulnerabilidad. Así mismo, el tiempo de recuperación ante la situación estresante, disminuye, aumentando la capacidad de adaptarse al evento (Greenglass, 1999; Sougleris y Ranzijn, 2011). Aunque Franco (2015) refiere que el apoyo social podrá aportar a la persona, dependiendo del tipo de problema y de la percepción de éste.

Estilos de Afrontamiento

Ahora bien, debido a los múltiples factores relacionados con una situación estresante, como son los factores situacionales, la historia y el repertorio conductual, cada persona tiene una manera particular de hacerle frente a algo que percibe como amenaza. Por ese motivo, a continuación, se exponen los estilos de afrontamiento que se han descrito hasta hoy.

Activo

Tradicionalmente la investigación se ha enfocado en el afrontamiento activo, es decir que los esfuerzos que se ponen en marcha están dirigidos a atender una problemática estresante particular que está ocurriendo en ese momento, o acaba de ocurrir. En este sentido, de acuerdo con Lazarus y Folkman (1984), refieren que, ante una situación amenazante, las personas pueden elegir afrontar, o inhibirse de forma emocional o conductual. A continuación, se describe cada una.

Emocional

Con respecto a esta estrategia, la persona busca controlar las emociones que son producto de la situación estresante, y así evitar la desestabilidad, y lograr abordar la situación adecuadamente. Al poner en marcha estas herramientas, las personas previenen la negación, la culpa, la asignación de responsabilidades, la evitación, y la supresión de emociones; mecanismos de defensa que podrían afectar su desempeño, salud psicológica y física (Greenglass et al., 1999; Lazarus y Folkman, 1986, como se citó en Franco, 2015).

Conductual

Por otra parte, las estrategias conductuales se enfocan en la puesta en marcha de acciones que tienen por fin modificar la presencia o ausencia de elementos que producen o mantienen la situación estresante. Pero, para lograrlo, los actos que realiza la persona no son aislados, sino que abarcan un conjunto de habilidades cognitivas y conductuales dirigidas a resolver la problemática. Algunos ejemplos de ello son el desarrollo de metas, cambio de expectativas, organización del tiempo, comprensión de la problemática, búsqueda de apoyo, transformación del entorno físico, entre otras, que evidentemente dependen de la situación (Lazarus y Folkman, 1986, como se citó en Franco, 2015).

Pasivo

Este estilo de afrontamiento indica una baja capacidad para atender y adaptarse a situaciones estresantes, por lo que la persona decide no actuar, ni ser directivo ante la problemática (Gutiérrez, 2009).

Evitativo

Por otra parte, respecto a la evitación, y similar al estilo pasivo, la persona tiende a no atender la situación, promoviendo la evasión de lo relacionado a la problemática, así como la

negación respecto de ésta. Empero, más que solucionar, conduce a promover el problema, debido a que la persona percibe la situación como incontrolable (Gutiérrez, 2009).

Respecto de los estilos de afrontamiento mencionados, Gutiérrez (2009) halló que las personas no siguen una sola estrategia para hacer frente a los problemas. Debido a que éstas son diversas, y se presentan en distintos momentos, las personas tienden a utilizar estilos de afrontamiento pasivo, evitativo o activo, de acuerdo a su conveniencia. Esta autora reporta que las personas no conservan una capacidad de afrontamiento y adaptación estable, y que es más el reforzamiento de las respuestas adaptativas lo que permitirá que la persona logre afrontar adecuadamente una problemática. Así, quienes despliegan un estilo de afrontamiento activo, son más resolutivos, y perciben mayor control de la situación.

Estilos de Afrontamiento a Futuro

Respecto a los estilos de afrontamiento que se describieron previamente, se observa una respuesta al estrés que ocurre en el momento en que ocurre la situación estresante, o una vez que terminó. Es decir, la persona pudo haber recibido una mala noticia, pudo haber tenido un accidente de auto, haber pasado algún desastre natural, entre otras cosas; Sin embargo, las situaciones estresantes no solo pueden ser las referidas. A lo largo de la vida, la mayoría de las personas también viven circunstancias potencialmente estresantes, que se pueden prever a futuro, como son las enfermedades crónico-degenerativas, la discapacidad, el retiro, los problemas económicos, la separación de los hijos o de la pareja, las discusiones, entre otras. Desafortunadamente la prevención no es un tema muy estudiado (Aspinwall y Tylor, 1997). Al respecto, Peiró (2009) plantea la necesidad de prevenir las problemáticas. Por este motivo, algunos estilos de afrontamiento han sido planteados con una perspectiva orientada hacia el futuro, como son los que se describen a continuación.

Afrontamiento Anticipado.

Son todas aquellas respuestas que una persona da ante una situación percibida como amenazante, cuya probabilidad de incidencia es alta (Franco, 2015). Por ejemplo, una persona que sabe que próximamente su familiar, que ha estado enfermo por un tiempo prolongado, está próximo a fallecer. Ante esta situación, la persona puede arreglar los papeles correspondientes, hablar con otros familiares para tomar decisiones, así como con la persona que está por fallecer, entre otras cosas.

Afrontamiento Preventivo.

Ahora bien, el afrontamiento preventivo se aboca a aquellas herramientas que se ponen a disposición ante una situación estresante que puede o no ocurrir en el futuro. En este sentido, es probable que la persona comience a manifestar sintomatología ansiosa, dada la espera constante del riesgo que percibe como inminente (Aspinwall y Taylor, 1997; Franco, 2015). Por ejemplo, actualmente, con la pandemia, alguna persona podrá pensar que enfermarse de COVID-19 es un hecho inminente, y no tanto un evento probable. Por ello, la persona lleva a cabo rigurosas medidas de protección, que le pueden causar más ansiedad que beneficio ante la situación.

Afrontamiento Proactivo.

Por último, se describirá el afrontamiento proactivo, modelo de especial interés para esta investigación, que fue planteado por Kahana y Kahana (1996) y retomado por Aspinwall y Taylor (1997) que se distingue de los anteriores porque no está dirigido a trabajar en una amenaza o situación estresante en particular, sino en la persecución de metas, que mejoran y disminuyen a futuro dichas experiencias estresantes (Greenglass et al., 1999). Este modelo, orientado a metas, permite que la persona dirija sus esfuerzos hacia las características de la situación y los posibles obstáculos que se puedan presentar (Aspinwall, 2001).

El afrontamiento proactivo supone aquellos esfuerzos que una persona realiza, en antelación a algún evento estresante, para prevenirlo o modificar la forma en que puede ocurrir (Aspinwall y Taylor, 1997). De forma que este estilo de afrontamiento está dirigido a que la persona desarrolle habilidades específicas que favorezcan la autorrealización, con lo cual se le capacita para lograr algún objetivo, y en general, viva y se desenvuelva de mejor forma, dadas las habilidades que adquiere en el proceso (Greenglass et al., 1999; Serrani, 2008).

Entre las conductas de afrontamiento proactivo, se pueden nombrar la identificación oportuna de posibles problemáticas, la planificación, la adaptación de metas, la reflexión y la previsualización de posibles alternativas y consecuencias (Aspinwall y Taylor, 1997). De forma que para considerar a una persona con un estilo de afrontamiento proactivo, en su actuación debe 1) integrar la planificación y las estrategias preventivas con un objetivo de logro, 2) identificar los objetivos y los recursos que tiene a su disposición, y 3) hacer uso del afrontamiento emocional para el logro de sus metas (Greenglass et al., 1999).

Ahora bien, de acuerdo con Aspinwall y Taylor (1997), este tipo de afrontamiento se distingue de los anteriores, en tres aspectos. El primero de ellos es que el afrontamiento proactivo se puede considerar previo al afrontamiento activo y anticipatorio. Esto debido a que, en el activo, la persona busca mejorar, tolerar, reducir o minimizar la percepción de demandas ambientales, para afrontar posibles pérdidas. Mientras que, en el anticipatorio, la persona se prepara ante un evento estresante particular. El afrontamiento proactivo, por otra parte, se dedica a adquirir y aumentar los recursos propios y sociales, sin tener presente o estar ante algún estímulo estresante particular. Así mismo, implica reconocer que los eventos estresantes pasan, de modo que lo mejor que puede hacer una persona, es estar preparado para ello.

En segundo lugar, el afrontamiento proactivo requiere un entrenamiento distinto a cuando ya existe un evento estresante particular. Es decir, la actuación del afrontamiento activo dependerá de la situación que esté pasando una u otra persona, y lo que requiera para atender una problemática. Por ejemplo, una persona que le han notificado un embargo, necesitará probablemente recursos muy particulares durante y después de la situación problemática. Sin embargo, la misma persona pudo haber adquirido otras habilidades, más generales y útiles para su vida diaria, que probablemente le habrían servido ante ese evento particular.

En tercer lugar, se dice que muchas de las habilidades que se requieren, ya forman parte del repertorio conductual, aunque deben ser mejoradas, modificadas y reforzadas (Aspinwall y Taylor, 1997). Estos autores, guiados por el interés de conocer cuáles son las habilidades que permiten el afrontamiento proactivo, describieron algunas actividades, agrupadas en cinco pasos, para la consecución de metas:

1) Acumulación de los recursos y habilidades. Involucra hacer una evaluación de los recursos externos e internos disponibles. En cuanto a los primeros, puede ser evaluar tiempo, dinero, materiales, etc. Respecto a los recursos internos, se encuentran las habilidades de organización, planeación, identificación de eventos favorables y desfavorables, red de apoyo y calidad de interacción con ésta, y habilidades de manejo de estrés. Estos elementos se adquieren previamente, con la finalidad de lograr los objetivos planteados, ser una persona más adaptable, y favorecer la forma de vida.
2) Identificar situaciones estresantes. Este paso requiere que la persona tenga la habilidad de discriminar posibles cambios desfavorables en el ambiente, lo cual incuye la percepción que la persona tiene respecto al evento.

3) Acercamiento inicial. Una vez identificado el evento, la persona debe preguntarse ¿qué es esto?, y ¿a qué es probable que conduzca esta situación?, ¿debería estar preocupado?
4) Comenzar los esfuerzos de afrontamiento. Considerar la prevención o minimización de un evento ya identificado que pueda afectar la consecución de la meta. Estos esfuerzos siempre van a ser activos y no evasivos, como es hablar con otras personas o buscar información.
5) Motivación y uso de retroalimentación. Enfocadas en el desempeño de las tareas previamente realizadas para la consecución de los objetivos. La persona se hace preguntas como ¿he avanzado?, ¿he mejorado o cambiado algo?, ¿me siento satisfecho con mi desempeño?, ¿puedo o quiero hacer algo más al respecto?

Dichos pasos se asemejan a la estructura de la técnica cognitivo-conductual para la resolución de problemas, expuesta por Nezu et al. (2014), que está enfocada a atender situaciones estresantes. Estos autores refieren que, los pasos descritos a continuación, no corresponden a una categoría específica de afrontamiento. Dichos pasos son: 1) definición y formulación del problema, 2) generación de alternativas, 3) toma de decisiones, y 4) implementación y verificación de la solución. La diferencia entre el proceso de Nezu et al (2014), y la propuesta de Aspinwall y Taylor, radica en que este último modelo tiene un enfoque a futuro, dirigido y basado en las metas que se proponen previamente, de forma que pueden o no presentarse obstáculos o situaciones potencialmente estresantes que interfieran con la meta. Siendo el fin último mejorar las capacidades de la persona, lo cual, secundariamente, permitirá a la persona tener mejores herramientas ante situaciones estresantes a futuras.

Instrumentos para Medir Afrontamiento Proactivo

A pesar de que existen instrumentos que miden el afrontamiento, generalmente miden qué tipo de estilo de afrontamiento utilizan las personas para hacer frente a una situación estresante, enfocándose en el activo, pasivo y evitativo. Tal es el caso de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación, o la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1985, como se citó en Nava-Quiroz et al., 2009).

Greenglass et al. (1999) desarrollaron y validaron el Inventario de Afrontamiento Proactivo (PCI, por sus siglas en inglés) en población canadiense (n = 252) e inmigrantes polacos (n = 144), de entre 16 y 60 años, con una media de edad de 21 y 38 años, respectivamente. Dicho instrumento se compone de 55 ítems, en siete subescalas que son: Escala de Afrontamiento Proactivo, Afrontamiento Reflectivo, Planeación Estratégica, Afrontamiento Preventivo, Búsqueda de Apoyo Instrumental, Búsqueda de Apoyo Emocional y Afrontamiento Evitativo, todos los cuales cuentan con niveles de fiabilidad aceptables.

El PCI ha sido traducido y adaptado a población hindú (Bhushan et al., 2010), argentina (Serrani, 2008), china (Chia-Huei et al., 2008), australiana (Sougleris y Ranzijn, 2011), al igual que en España, Italia, Portugal, Alemania, Rusia, Turkia, Polonia, Serbia, entre otros (Bhushan et al., 2010).

Ahora bien, de acuerdo con algunos estudios que han hecho uso de este instrumento, se han identificado variables asociadas al afrontamiento proactivo, como es la autoeficacia, la satisfacción con la vida y los bajos niveles de depresión (Sougleris y Ranzijn, 2011). Así como han estudiado las características de los eventos estresantes, o algunas variables que influyen en que la persona no concluya sus metas (Aspinwall, 2001), aunque falta información sobre los estresores dependiendo la edad, y diferencias culturales. Por otra parte, las emociones, la percepción de las metas y el cómo la persona ha manejado y entendido los eventos estresantes previos, puede influir en el desenvolvimiento proactivo.

En un estudio correlacional de Zambianchi (2014), se analizó el rol que tienen las estrategias de afrontamiento proactivo en el bienestar psicológico, y su relación con los proyectos personales en ámbitos de la vida fundamentales. Como resultados la autora encontró que las personas mayores holandesas, entre más nivel educativo tuvieran, mejor nivel de bienestar psicológico presentarían, aunque el nivel educativo no tuviera efecto ni en la salud percibida, ni en las estrategias de afrontamiento proactivo. También describe que el sexo tiene una influencia en el bienestar social, siendo los hombres quienes mayormente participan y se integran a las actividades. Así mismo, señaló que las personas con quienes vivían los participantes no era una variable que influyera en el bienestar social, las estrategias de afrontamiento proactivo ni en los proyectos personales. Por otra parte, luego de un análisis de regresión lineal múltiple, se observó que hay tres predictores del bienestar social, a saber: las estrategias de afrontamiento proactivo, el sexo y el nivel educativo. En cuanto a los predictores del desarrollo de proyectos personales, se encontró el estatus de salud, las estrategias de afrontamiento proactivo y el nivel educativo como variables predisponentes. Los programas de intervención diseñados con este modelo, se describen a continuación.

Intervenciones Basadas en Afrontamiento Proactivo

En México no existen intervenciones basadas en el afrontamiento proactivo para personas adultas mayores, aunque, como referencia, en otros si países se han desarrollado intervenciones basadas en este modelo, aunque no las poblaciones en las que se aplican, son diversas. A continuación se presentan algunos estudios. El primero es el de Vinkers et al. (2013), en donde las y los autores llevaron a cabo una intervención grupal. Los participantes fueron 185 personas con obesidad, con una edad promedio de 55.69 años y un nivel educativo de bachillerato a universidad. El estudio fue experimental y el efecto de la intervención fue sobre afrontamiento proactivo, interés por la meta, autoeficacia, sentido de

responsabilidad, dieta, ejercicio, peso y glucosa en sangre. La intervención se basó en seguir los cinco pasos para cumplir una meta realista referida a llevar una dieta. Los resultados indicaron que las personas que concluyeron la intervención mejoraron únicamente en cuanto al nivel de afrontamiento proactivo y el índice de masa corporal.

Debido a algunas hipótesis que tenían Kroese et al. (2015) se replico, de Vinkers et al. (2013), el programa, pero esta vez con 141 pacientes con diabetes tipo 2. Midieron el afrontamiento proactivo, la autoeficacia, el autocuidado, la dieta, la actividad física, y el índice de masa corporal. Como resultados se obtuvo una mejora en todas las variables psicológicas y conductuales, lo cual no había ocurrido en el estudio anterior. Además de resultados se mantuvieron tras 12 meses de seguimiento.

En cuanto a intervenciones con personas mayores, en el estudio de Bode et al. (2007) se puso a prueba una intervención educativa basada en afrontamiento proactivo, en 158 personas adultas mayores. Las mediciones se realizaron antes, después y a los tres meses de concluido el programa; que consistió en cuatro sesiones grupales. El programa mejoró el afrontamiento proactivo de manera significativa, con tamaños del efecto de medianos a grandes. No hubo efectos negativos, aunque tampoco cambió el nivel de autoeficacia, y los niveles de bienestar psicológico permanecieron bajos. Por último, se observó que las características sociodemográficas no predijeron las habilidades de afrontamiento proactivo, y que aquellas personas que definían mejor su meta, tuvieron mejores resultados.

Planteamiento del problema

La vejez es una etapa en la que se presentan diversas experiencias que algunas veces implican pérdidas, como son la jubilación, la muerte de seres queridos, discapacidad, enfermedades crónicas y comórbidas, aislamiento, o cambios en los roles sociales (Fernández-Ballesteros, 2004). Por ello, la persona puede sufrir ciertos déficits a nivel físico,

cognitivo y social, mismos que tienen un impacto negativo en la capacidad funcional y calidad de vida (OMS, 2013). Sin embargo, y a pesar de las necesidades que implica el envejecimiento poblacional de los países en vías de desarrollo, los esfuerzos que se han llevado a cabo para mejorar la CV de las personas mayores en Latinoamérica han sido dirigidos a aspectos particularmente físicos, sin considerar la multidimensionalidad del constructo. Al respecto, aunque estos programas resultan útiles y necesarios, sus efectos desafortunadamente no se mantienen (Sales et al., 2010), probablemente a causa de la falta de habilidades para generalizar las conductas a escenarios ajenos a la intervención.

Ante lo mencionado, las habilidades sociales, de afrontamiento al estrés, la toma de decisiones y el autocontrol, han constituido estrategias eficaces que permiten a la persona mayor desarrollar y potenciar sus habilidades para atender a sus necesidades (Lak et al., 2020; Neubauer et al., 2019; OMS, 2013; Sevilla, 2015), considerando que la promoción de la participación social y la capacidad funcional son elementos clave del envejecimiento activo.

Por lo anterior, es necesario diseñar intervenciones que promuevan el aprendizaje y el mantenimiento de conductas benéficas, lo que invariablemente implica la inserción de la psicología. Esto es especialmente necesario en Latinoamérica y, más concretamente, en México, en donde no hay registro de intervenciones cognitivo-conductuales o de afrontamiento proactivo para mejorar la calidad de vida general del adulto mayor, sin alguna condición de salud particular. Dado que algunos programas cognitivo-conductuales que existen se abocan a atender a poblaciones gravemente afectadas, o con alguna enfermedad específica. Por ello, se enfatiza la importancia que tienen los programas preventivos para el mantenimiento de la salud en la vejez (Vergara-Lope y González-Celis, 2009).

En otros países se ha demostrado que las intervenciones cognitivo-conductuales o de afrontamiento proactivo son eficaces, a pesar de las variables culturales, lo cual es un punto

favorable, considerando las características de las personas mayores institucionalizadas (Chan et al., 2018; Hilliard y Lauderdale, 2011; Petretto et al., 2016; Solano y Gallagard-Thompson, 2001).

En la presente intervención se guiará la TCC bajo el modelo de afrontamiento proactivo, lo cual no ha ocurrido antes, pero puede aportar en el marco de un envejecimiento activo. Al respecto, cabe recalcar que ambos tipos de tratamientos, por separado, han mostrado su eficacia en adultos mayores, aunque no hay reportes de sus efectos sobre la CV en población adulta mayor (Bode et al., 2007; Contreras et al., 2006; Hilliard y Lauderdale, 2011; Rosique y Sanz, 2013; Solano y Gallaher-Thompson, 2001; Thoolen et al., 2009), exceptuando la intervención cognitivo conductual de Acuña, (2012).

Preguntas de Investigación

¿Qué efecto tendrá una intervención cognitivo conductual basada en el modelo de afrontamiento proactivo, sobre la autoeficacia, bienestar psicológico, calidad de vida y habilidades sociales de adultos mayores institucionalizados?

Objetivo General

Evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual basada en el modelo de afrontamiento proactivo, sobre la autoeficacia, el bienestar psicológico, la calidad de vida, y las habilidades sociales de los adultos mayores institucionalizados.

Objetivos Específicos

Diseñar una intervención cognitivo conductual basada en el modelo de afrontamiento proactivo para personas adultas mayores institucionalizadas.

Describir las características de la muestra en términos de los datos sociodemográficos.

Evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual basada en el modelo de afrontamiento proactivo, con base en un diseño pre evaluación – post evaluación y seguimiento a un mes, sobre la autoeficacia, el bienestar psicológico, la calidad de vida y las habilidades sociales de las personas adultas mayores.

Calcular el tamaño del efecto de la intervención cognitivo conductual basada en afrontamiento proactivo, sobre la autoeficacia, el bienestar psicológico, la calidad de vida y las habilidades sociales de las personas mayores.

Calcular el cambio clínico objetivo respecto a la autoeficacia, bienestar psicológico, calidad de vida y habilidades sociales de las personas mayores.

Hipótesis

H ¹ La intervención cognitivo conductual basada en afrontamiento proactivo tendrá un efecto estadísticamente significativo en la autoeficacia de personas adultas mayores, de la pre evaluación a la post evaluación y de la pre evaluación al seguimiento.

H ¹ La intervención cognitivo conductual basada en afrontamiento proactivo tendrá un efecto estadísticamente significativo en el bienestar psicológico de personas adultas mayores, de la pre evaluación a la post evaluación y de la pre evaluación al seguimiento.

H ¹ La intervención cognitivo conductual basada en afrontamiento proactivo tendrá un efecto estadísticamente significativo en la calidad de vida de personas adultas mayores, de la pre evaluación a la post evaluación y de la pre evaluación al seguimiento.

H ¹ La intervención cognitivo conductual basada en afrontamiento proactivo tendrá un efecto estadísticamente significativo en las habilidades sociales de personas adultas mayores, de la pre evaluación a la post evaluación y de la pre evaluación al seguimiento.

H ¹ La intervención cognitivo conductual basada en afrontamiento proactivo tendrá un tamaño del efecto de moderado a alto, sobre la autoeficacia, el bienestar psicológico, la calidad de vida y las habilidades sociales de las personas adultas mayores.

H ¹ La intervención cognitivo conductual basada en afrontamiento proactivo tendrá una significancia clínica favorable sobre la autoeficacia, el bienestar psicológico, la calidad de vida y las habilidades sociales de, al menos, el 80% de las personas adultas mayores.

H ¹ Más del 80% de las personas adultas mayores que concluyan los tres tiempos de medición, concretarán al menos uno de los pasos relacionados con la meta establecida al inicio de la intervención.

H ¹ El promedio de porcentaje de asistencia a la intervención será mayor a 80%.

Método

Diseño

El presente estudio se basó en un diseño pre-experimental de pre-post evaluación y seguimiento a un mes (Hernández y Mendoza, 2018).

Participantes

Se trabajó con personas adultas mayores (hombres y mujeres), invitadas al programa de forma presencial, en las instalaciones de la Residencia Teodoro Gildred, institución privada, ubicada al norte de la Ciudad de México.

De acuerdo con datos obtenidos en la residencia, solo el 25% (n = 23) de las personas adultas mayores no presentaban algún deterioro cognitivo, siendo éste un criterio de inclusión. Por lo anterior, se estimó el tamaño de la muestra en un mínimo de 12 participantes, siguiendo la recomendación de Hosogoshi et al. (2020), quienes indican este valor como mínimo para realizar análisis de datos grupales.

Cabe mencionar que los usuarios de esta estancia contaban con servicios tales como: enfermería, medicina, psiquiatría, psicología, fisioterapia y nutrición. Así como con actividades religiosas, y recreativas relacionadas a juegos de mesa, baile, computación, pintura y canto, que se llevaban a cabo semanalmente.

Muestreo

No probabilístico por conveniencia, ya que la elección de la muestra se basó en la disponibilidad y aceptación de participantes, así como en los criterios de inclusión-exclusión que se presentan a continuación (Hernández y Mendoza, 2018).

Criterios de Inclusión

- Haber firmado el consentimiento informado
- Ser mayor de 60 años
- Saber leer y escribir
- Movilidad al menos de la parte superior del cuerpo (brazos, torso, cabeza y manos)

Criterios de Exclusión

- Discapacidad cognitiva (≤24, Examen Mini Mental)
- No escuchar o ver por completo

Criterios de Eliminación

- No completar todos los instrumentos y tiempos de medición
- Faltar a más de tres sesiones de la intervención

Escenario

Biblioteca de la residencia Teodoro Gildred, espacio de 4 x 4 metros, ubicado en planta baja. Dentro de la biblioteca hay dos ventanas grandes. Debajo de ellas están tres computadoras con su escritorio. Todos los muebles están pegados a las paredes, de forma que, al centro, se ubican tres mesas redondas con sus respectivas sillas con descansabrazos. El uso de la biblioteca, los días y en el horario en que se llevaba a cabo la intervención, fue exclusivo para el taller.

Variables e Instrumentos

Datos Sociodemográficos

Hoja de datos sociodemográficos que consideró información como sexo, edad, nivel educativo, estado civil, tiempo de estancia en la residencia, diagnóstico psiquiátrico, percepción de apoyo social y tipo de apoyo social, enfermedades, movilidad y problemas percibidos actuales.

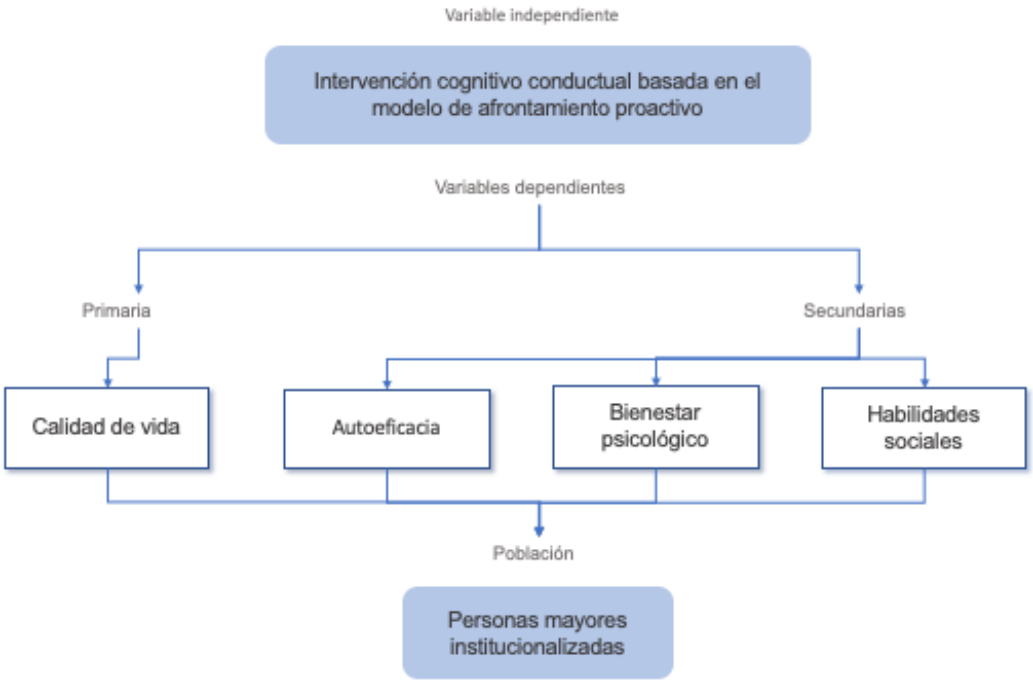
Funcionamiento Cognitivo

Se utilizó el examen Examen Mini Mental, de Folstein et al. (1975) adaptado por Lobo et al. (1999) para población adulta mayor hsipanohablante, que cuenta con los criterios de fiabilidad y validez. El instrumento identifica deterioro cognitivo en personas mayores, el cual es criterio de inclusión de la intervención. Este instrumento, aplicado mediante entrevista, está dividido en las subescalas de: Orientación, Fijación, Concentración y cálculo, Memoria y Lenguaje. Consta de 30 reactivos, y cada uno equivale a un punto. Su interpretación se basa en la suma total, de forma que: si la persona obtiene ≤ 24 existe una alta probabilidad de deterioro cognitivo; si obtiene ≥ 24 puntos, no presenta deterioro cognitivo.

En la Figura 2 se describen la variable independiente y las dependientes, y en la tabla 1, la secuencia de aplicación de los instrumentos.

Figura 2

Variable independiente y su relación con las variables dependientes



Calidad de Vida

Instrumento World Health Organization Quality of Life-Old (WHOQOL-OLD), desarrollado por la OMS (2006), y validado para personas mayores mexicanas por González-Celis y Gómez-Benito (2013), mediante un análisis factorial confirmatorio que agrupó los 24 reactivos en seis factores que explican 62.95% de la varianza total: Habilidades sensoriales, Autonomía, Actividades pasadas, presentes y futuras, Participación social, Muerte y agonía, e Intimidad; con una consistencia interna del instrumento adecuada (α = .88). Éste consta de cinco opciones de respuesta en escala tipo Likert que, dependiendo de la dimensión, pueden ir desde “nada” a “completamente”, “muy insatisfecho” a “muy satisfecho”, “muy descontento” a “muy contento”, o “ninguna” a “todas”. Los valores van de 24 (mínimo) a 120

(máximo), en donde a mayor puntaje, mayor CV, siendo inversos los reactivos 1, 2, 6, 7, 8, 9 y 10.

Autoeficacia

Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve), diseñado y validado por González-Celis (2009) para población mexicana. Contiene 27 reactivos agrupados en cinco dimensiones: Actividades de independencia, Actividades recreativas mentales, Actividades recreativas físicas, Actividades sociales y Actividades de protección a la salud. El instrumento presenta una consistencia interna adecuada (α = .87), y consta de cinco opciones de respuesta en escala tipo Likert, que van de "completamente" a "nada". Los puntajes tienen un rango del 0 al 100, donde a mayor puntaje, mayor percepción de autoeficacia.

Bienestar Psicológico

Escala de Bienestar Psicológico para Adultos Mayores (León et al., 2019), basada en el modelo multidimensional de Ryff (1989), fue construida y validada específicamente para población adulta mayor mexicana. Comprende 16 reactivos en escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que van de 1. "totalmente en desacuerdo" a 4. "totalmente de acuerdo". Está integrada por cuatro subescalas que evalúan: Control personal, Seguridad personal, Relaciones sociales y Autonomía, las cuales explican el 54.8% de la varianza (α = .71).

Habilidades Sociales

Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM), diseñado y validado en adultos mayores mexicanos por Acuña (2012). Consta de 40 reactivos, en escala tipo Likert de cuatro opciones de respuesta, que van de "nunca o casi nunca", a "siempre". El

instrumento está compuesto por cinco dimensiones: Hacer peticiones; Expresar amor, agrado y afecto; Dar ayuda; Expresar opiniones y defender derechos; e Iniciar conversaciones, mismos que explican el 52.34% de la varianza total (α = .96). La calificación es otorgada por puntajes que van del 0 al 120, donde a mayor puntaje, mejores habilidades sociales.

Asistencia y abandono

La asistencia se estimará a partir del porcentaje promedio de la asistencia de los y las participantes a las sesiones de la intervención. En cuanto al abandono, se consideró el porcentaje de participantes que dejaron de participar de la pre evaluación al seguimiento.

Evaluación del cumplimiento de metas

Se consideró a partir de la serie de acciones que cada persona mayor planteaba para llevar a cabo su meta, en cuyo caso, si realizaban todas las que habían planteado, se tomaba como meta realizada. De lo contrario, era una meta inconclusa.

Tabla 1

Secuencia de la aplicación de instrumentos

Instrumentos	Pre evaluación	Post evaluación	Seguimiento
Hoja de datos sociodemográficos	☆		
Instrumento de calidad de vida para adultos mayores (WHOQOL-OLD)	☆	☆	☆
Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM)	☆	☆	☆
Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en	☆	☆	☆

Ancianos (AeRAC-Breve)			
Escala de Bienestar Psicológico (EBP)	☆	☆	☆
Evaluación del cumplimiento de metas		☆	

Materiales

- Cuestionarios de papel y lápiz
- Plumas, lápices y gomas
- Cuadernillo de actividades impreso para cada participante

Aparatos

- Celular iPhone X con cronómetro
- Reloj de pulsera marca Watch

Descripción del programa

La intervención estuvo orientada al planteamiento y cumplimiento de metas realistas, es decir que, se pudieran llevar a cabo en el transcurso de la intervención. Estas metas fueron establecidas por cada participante, con apoyo de la terapeuta, bajo la estructura de quién llevaría a cabo, qué acciones, bajo qué circunstancias y por qué motivo. Posterior al proceso del planteamiento de metas, se puso en práctica la secuencia de pasos de afrontamiento proactivo, establecidos por Aspinwall y Taylor (1997). Dichos pasos son: 1) Acumulación de recursos (habilidades), 2) Identificación de situaciones estresantes, 3) Acercamiento inicial, 4) Llevar a cabo los esfuerzos de afrontamiento, y 5) Motivación y uso de retroalimentación (véase tabla 2).

Las técnicas cognitivo-conductuales se utilizaron durante el primer paso de la intervención, en donde la persona adquirió recursos (habilidades), de acuerdo con su meta particular. Estas técnicas se enfocaron en la promoción y desarrollo de habilidades de comunicación asertiva y regulación del estrés mediante la respiración. Luego de ello, continuó la secuencia de pasos descrita anteriormente.

El programa se llevó a cabo una vez por semana, de manera presencial y tuvo una duración de una hora por sesión, durante tres meses. En las sesiones se asignaron tareas a los participantes de acuerdo con la temática que se estuviera trabajando, mismas que fueron registradas en el cuadernillo de actividades individual que se les entregó previamente desinfectado. Cada persona se hizo cargo de su cuadernillo, excepto aquéllas que solicitaron que la terapeuta los guardara.

El objetivo del programa fue enseñar a los adultos mayores un protocolo de actuación basado en el afrontamiento proactivo, mediante el desarrollo de intereses personales, habilidades de planeación, habilidades sociales y afrontamiento al estrés, para hacerle frente a situaciones de la vida diaria.

Tabla 2

Descripción del programa de la intervención cognitivo conductual basada en el modelo de afrontamiento proactivo

No. de sesión.	**Objetivo**	**Técnica/estrategia**	**Duración**	**Tarea**
1	Explicar qué es el afrontamiento proactivo; exponer el objetivo del programa, la forma de trabajo y la importancia de las metas.	Psicoeducación	1 hora	Plantear una meta que el participante pueda llevar a cabo durante la intervención (2-3 meses).
2	Apoyar a la persona mayor a definir su meta en términos de lo que hará, cuándo, ante qué circunstancias y con qué finalidad.	Psicoeducación Modelamiento	1 hora	Valorar si hay algún otro recurso interno/externo, necesidad o paso a agregar para llevar a cabo su meta.

	Definir qué recursos internos y externos tienen para su meta, así como las necesidades y acciones a seguir.			
3	Explicar la utilidad de la respiración diafragmática y cómo llevarla a cabo ante situaciones de estrés.	Psicoeducación Modelamiento Moldeamiento Respiración diafragmática	1 hora	Llevar a cabo ejercicios de respiración diafragmática durante 5 minutos al día.
4	Exponer la importancia de las habilidades sociales, su utilidad y los elementos de la comunicación.	Psicoeducación Ejemplos sobre los elementos de la comunicación Registro de elementos de la comunicación	1 hora	Registrar los elementos verbales, no verbales y paralinguisticos de alguna persona de la residencia.
5	Exponer y practicar el inicio, el mantenimiento y el término de una conversación.	Psicoeducación Juego de roles Modelamiento Moldeamiento Reforzamiento positivo Retroalimentación	1 hora.	Iniciar, mantener y terminar una conversación con alguna persona de la residencia.
6	Exponer y practicar la expresión de emociones.	Psicoeducación Juego de roles Modelamiento Moldeamiento Reforzamiento positivo Retroalimentación	1 hora.	Llevar a cabo la expresión de emociones (agradables o desagradables) con alguna persona dentro de la residencia.
7	Exponer y practicar el rechazo de peticiones.	Psicoeducación Juego de roles Modelamiento Moldeamiento Reforzamiento positivo Retroalimentación	1 hora.	Rechazar una petición de alguna persona dentro de la residencia.
8	Resumir las actividades efectuadas hasta el momento, y recapitular las acciones a seguir para concretar la meta.	Psicoeducación Reforzamiento positivo Retroalimentación	1 hora.	El participante revisará su meta registrada en el cuadernillo de actividades y valorará si existe algo que deba agregar.

9	Explicar que, al llevar a cabo una meta, existen obstáculos (internos y externos); valorar cuáles son esos obstáculos de acuerdo con la meta de cada participante.	Psicoeducación Retroalimentación Grupo focal	1 hora.	La persona mayor escribirá en su cuadernillo si existe algún otro obstáculo que afecte del cumplimiento de su meta.
10	Exponer la importancia de evaluar los obstáculos internos y externos; valorar si serán integrados en la planeación, y qué acciones debe llevar a cabo para la prevención de dichos obstáculos.	Psicoeducación Retroalimentación Grupo focal	1 hora	El participante describirá qué acciones puede llevar a cabo en relación con los probables obstáculos.
11	Incitar al participante a comenzar o terminar de llevar a cabo su meta (dependiendo de la meta y el desarrollo de cada persona).	Instrucciones verbales Retroalimentación Reforzamiento positivo	1 hora	El participante llevará a cabo al menos una acción que forme parte de la planeación para lograr su meta.
12	El participante evaluará su desempeño en función de aspectos agradables y desagradables; valorará qué acciones puede integrar en su siguiente meta, para mejorar el proceso de planeación y seguimiento.	Retroalimentación Reforzamiento positivo	1 hora	El participante planteará alguna otra meta a llevar a cabo.

Nota. La descripción completa del programa se encuentra en el siguiente enlace:

https://drive.google.com/file/d/1_yqx--

BXJBnV6vTwUnC_1H9Ty2z7z7FU/view?usp=sharing

Procedimiento

Se diseñó un programa de intervención con componentes cognitivo conductuales basado en la estructura del modelo de afrontamiento proactivo, aplicable a adultos mayores (manual y cuadernillo de actividades). Posteriormente se realizaron los trámites pertinentes

para el ingreso a la residencia, lo cual implicó la presentación del proyecto y la organización en cuanto a fechas y escenarios, con la psicóloga de la institución.

Una vez dentro de la residencia, el proceso de reclutamiento fue mediante invitaciones impresas y a través de un póster ubicado en el comedor central. Ante ello, las personas interesadas en la intervención firmaron un formulario de consentimiento informado, para posteriormente responder mediante formato de entrevista el Examen Mini Mental. En caso de que la persona puntuara favorablemente (>24), y cumpliera con el resto de criterios de inclusión, procedía a llenar los instrumentos de autoeficacia, bienestar psicológico, calidad de vida y habilidades sociales, que conformaban la pre evaluación. A las personas que no cumplieron con los criterios de inclusión, se les agradeció su interés en participar.

Posteriormente, a los y las participantes se les entregó el cuadernillo de actividades que debían traer a cada sesión, registrando la primera sesión del programa de intervención en el calendario que venía integrado al cuadernillo, con la hora y el lugar de la cita.

Durante la intervención, se conformaron grupos asignando a cada uno un máximo de seis personas, de acuerdo con las medidas de salubridad de la residencia. Al respecto, se mantuvieron en todo momento las ventanas abiertas, se suministraba gel antibacterial al ingresar, y se solicitaba el uso del cubrebocas dentro de la habitación.

Al término de las 12 sesiones de la intervención, se aplicó la post evaluación (± 1 semana), mencionando las actividades a seguir. A saber: continuar con el desarrollo de metas, informando sobre la siguiente y última medición un mes después, misma que se registró en el calendario del cuadernillo de actividades.

Análisis de datos

Para el análisis estadístico, se estimó un nivel de confiabilidad al 95%, con un intervalo de confianza del mismo porcentaje. Inicialmente se describió la frecuencia de los

datos sociodemográficos obtenidos. Posteriormente se analizó la normalidad de las variables edad, autoeficacia, bienestar psicológico, calidad de vida y habilidades sociales, mediante la prueba de Shapiro Wilk. Debido a la normalidad de las variables, se empleó estadística paramétrica.

En cuanto al análisis intragrupo, se utilizó la prueba *t* de student para muestras relacionadas, con las cuales se llevaron a cabo los análisis de la pre evaluación a la post evaluación, de la post evaluación al seguimiento, y de la pre evaluación al seguimiento. Esto con el objetivo de analizar las diferencias estadísticas en cada tiempo de medición.

Con respecto al tamaño del efecto, se empleó la *g* de Hedges, que es un estimador para grupos pequeños, que mide el grado de relación que hay entre la intervención y la respuesta observada en la persona. De forma que, a mayor efecto, menos probabilidad hay de que los cambios hayan sido a causa del azar (Ledesma et al., 2008). Para ello, se emplean las medias, desviación estándar y tamaño de ambas muestras. La interpretación sigue la misma lógica de la *d* de Cohen, estimador del tamaño del efecto más empleado, que indica si el tamaño del efecto es irrelevante (< .20), pequeño (.20 a .50), moderado (.50 a .80), o grande ($g \geq .80$).

Por último, se estimó el Cambio Clínico Objetivo (CCO), el cual indica qué tan significativa (favorable o desfavorable) es la diferencia de los puntajes entre los tiempos de medición de cada persona, respecto de la variable de interés (Cardiel, 1994). Su interpretación indica si el cambio es negativamente significativo ($\leq$ -.20), ausente (-.20 a .20), o positivamente significativo (CCO $\geq$ .20).

Resultados

Características Sociodemográficas

La muestra estuvo constituida por 14 participantes, la mitad son hombres y la otra mitad mujeres. La media de la edad fue de 81.43 años (*DE* = 6.30; Rango 69-96). El mínimo de estancia en la residencia fue de 3 meses, y el máximo de 4 años. Respecto a la escolaridad, se encontró que la mitad (50%; *n* = 7) de los participantes tienen estudios universitarios. Los demás participantes tienen estudios de carrera técnica (7.1%; *n* = 1), bachillerato completo (7.1%; *n* = 1), secundaria completa (7.1%; *n* = 1), secundaria incompleta (7.1%; *n* = 1), y primaria completa (14.3%; *n* = 2). Solo una persona reportó no tener preparación académica, aunque era alfabeta. En la tabla 3., se señalan otras características sociodemográficas clínicamente de interés para este estudio, como son los problemas de salud percibidos, de los cuales 42.9% (*n* = 6) reportó tener alguna enfermedad crónico-degenerativa. Los demás participantes señalaron como problema de salud los musculoesqueléticos (14.3%; *n* = 2), digestivos (14.3%, *n* = 2), psiquiátricos (7.1%; *n* = 1), y sensoriales (7.1%; *n* = 1). Dos personas reportaron no percibir algún problema de salud.

En cuanto a la movilidad, el grueso de los participantes (64.3%) podía trasladarse caminando, mientras que el 21.4% (*n* = 3) se trasladaba mediante silla de ruedas, y el otro 21.4% (*n* = 3) con apoyo de una andadera. Por último, cabe señalar que la mayoría de los participantes (64.3%; *n* = 9) no presentaba algún diagnóstico psiquiátrico, ni medicación, mientras que el resto manifestaba depresión (21.4%), bipolaridad (7%); psicosis (7%), participantes que estuvieron bajo tratamiento farmacológico durante todo el programa. Al respecto, un participante tuvo que cambiar de medicamento durante la fase de intervención, pero no fue motivo de abandono.

Tabla 3

Características sociodemográficas de los participantes.

Características	***n*= 14**	**%**	**Media**	***DE***	**Rango**		***IC* 95%**	
					Min	**Max**	**Min**	**Max**
Edad	14	100	81.43	6.31	60	69	77.79	85.07
Tiempo de estancia (años)	14	100	1.37	1.32	.3	4	.61	2.14
Sexo								
Mujer	7	50						
Hombre	7	50						
Escolaridad								
Primaria completa	2	14.3						
Secundaria completa	1	7.1						
Secundaria incompleta	1	7.1						
Preparatoria completa	1	7.1						
Universidad completa	7	50						
Carrera técnica	1	7.1						
Ninguno	1	7.1						
Estado civil								
Soltero(a)	2	14.3						
Viudo(a)	7	50						
Divorciado(a)	2	14.3						
Separado(a)	3	21.4						
Problema de salud percibido								
Sensorial								
Digestivo	1	7.1						
Musculoesquelético	2	14.3						
Crónico-degenerativo	2	14.3						
Psiquiátrico	6	42.9						
Ninguno	1	7.1						
	2	14.3						
Movilidad								
Silla de ruedas	3	21.4						
Andadera	3	21.4						
Caminando	8	57.1						
Diagnóstico psiquiátrico								
Ninguno	9	64.3						
Depresión	3	21.4						
Bipolaridad	1	7						
Psicosis	1	7						

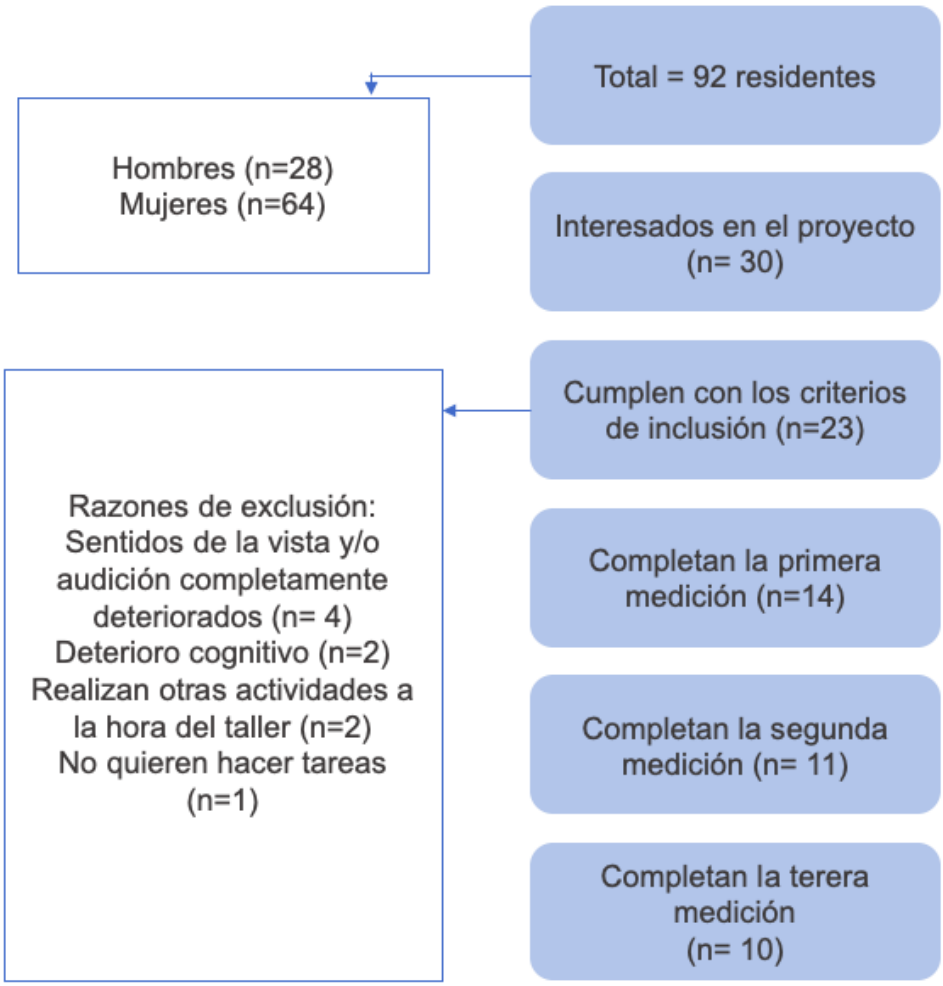
Flujo de Participantes

Los participantes fueron reclutados a partir del lunes 22 de noviembre de 2021. Posteriormente, la intervención dio inicio el 10 de enero de 2022, y terminó el 7 de abril de

2022. La post evaluación ocurrió durante la semana posterior al término de la intervención. El seguimiento se llevó a cabo el 20 de mayo de 2022. Respecto al flujo de participantes, de los 30 interesados, 21 cumplieron con los criterios de inclusión, 14 completaron la primera medición y 10 concluyeron el seguimiento a un mes (véase Figura 3).

Figura 3

Diagrama de flujo de los participantes



Adherencia Terapéutica.

Durante la intervención hubo tres abandonos, por los siguientes motivos: muerte natural, dolor de cadera intenso y diversas citas dentro de la residencia. Los abandonos

ocurrieron entre la primera y la cuarta sesión. Dichos participantes eran dos hombres, de 80 y 85 años, y una mujer de 74 años, con un tiempo de estancia de 3, 3.6 y 2.5 años, con primaria, preparatoria y universidad completa, respectivamente; con problemas de salud: musculoesqueléticos y enfermedades crónico-degenerativas. Ambos hombres consideraban que su principal problema era el insomnio, mientras que la mujer refería problemas de salud. Así mismo, respecto a la movilidad, uno de los hombres se transportaba en silla de ruedas, el segundo caminaba y la tercera utilizaba una andadera.

Por otra parte, el promedio del porcentaje de asistencia fue 86.36%. En este sentido, las razones por las que los demás participantes faltaron, sin haber llegado el límite de faltas, fueron: problemas familiares, citas en nutrición, terapia física u otras actividades dentro de la residencia, así como enfermedades gastrointestinales.

En lo que respecta al desarrollo del programa de intervención, las personas adultas mayores definieron una serie de metas categorizadas, que se presentan en la tabla 4. Es relevante mencionar que, de las 10 personas que concluyeron los tres tiempos de medición, solo cinco terminaron la meta que plantearon, y las otras cinco personas se quedaron en algún paso a seguir, por diversos motivos: 1) las características de la meta, 2) la motivación, o 3) falta de habilidades en otras áreas (e.g., organización de tareas, solución de problemas).

En cuanto a la categorizaron las metas, debido a su diversidad, se conformaron cinco categorías. La categoría de Computación se refiere a las personas que plantearon la meta de aprender a usar una computadora; la categoría de Actividades recreativas mentales estuvo constituida por una persona que quiso escribir sus pensamientos como forma de regulación emocional, y otra persona que quería organizar mejor sus pertenencias. La categoría de Salud mental se constituyó con por una persona cuyo objetivo era acudir a terapia dentro de la residencia; la categoría Salud física se conformó por metas enfocadas en reducir o mantener su peso; finalmente, en cuanto a la categoría de Gestión de proyecto en la residencia, se

planteó 1) hacer cápsulas informativas sobre química, para el personal de salud y los residentes, 2) aplicar conocimientos de ingeniería para la mejora de las instalaciones en la residencia, y 3) gestionar la búsqueda de un profesor de baile.

Tabla 4

Categorización de las metas planteadas por las personas mayores durante la intervención

Tipo de metas	*n*	%
Computación	5	35.7
Actividades recreativas	2	14.3
Salud mental	1	7.1
Salud física	2	14.3
Gestión de un proyecto en la residencia	3	21.4

Prueba de Normalidad de las Variables de Interés

Las variables autoeficacia, bienestar psicológico, calidad de vida y habilidades sociales, así como la edad, luego de haberlas sometido a la prueba de Shapiro-Wilk, resultaron con una distribución normal (α >0.05); resultados que se reportan en la tabla 5.

Tabla 5

Pruebas de normalidad

Variable	$\bar{X}$	*DE*	Rango		*IC* 95%		Shapiro-Wilk
			Min	Max	Min	Max	
Edad	81.43	6.30	69	96	77.79	85.07	.289
Autoeficacia	48.36	17.68	22	72	38.15	58.56	.051
Bienestar psicológico	51.43	7.95	32	61	46.83	56.02	.193
Calidad de vida	69.14	12.60	40	86	61.86	76.42	.174
Habilidades sociales	67.36	23.28	10	111	53.91	80.80	.386

Análisis Intragrupo por Variable

Calidad de vida

A continuación, se presentan los resultados en cuanto a CV se refiere, de la pre evaluación a la post evaluación, de la post evaluación al seguimiento y de la pre evaluación al seguimiento. Comenzando con los resultados de la pre evaluación a la post evaluación, en la tabla 6 se observan los puntajes obtenidos en el WHOQOL-OLD. Al respecto, se halló un incremento estadísticamente significativo en el puntaje total de CV (p = .007), así como en la dimensión Muerte y agonía (p = .000). Respecto a las demás dimensiones, no se registró diferencia estadísticamente significativa. Sin embargo, se estimó un tamaño del efecto pequeño y favorable en la dimensión Participación social (g = .29), y grande en las dimensiones Muerte y agonía (g = 2.80), Habilidades sensoriales (g = 1.100), y la puntuación total (g = 1.109).

Ahora bien, en la tabla 7 se muestran los análisis estadísticos propios de la post evaluación al seguimiento, en donde no se observan cambios. No obstante, se ubicó un tamaño del efecto pequeño en la dimensión Intimidad (g = .38) y en el puntaje total de CV (g =.26).

Por último, en la tabla 8 se indican los resultados de la pre evaluación al seguimiento. Al respecto, de halló una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación total (p = .000), así como en las dimensiones Muerte y agonía (p = .000) y Habilidades sensoriales (p = .012). En cuanto al tamaño del efecto, fue pequeño en las dimensiones Actividades pasadas, presentes y futuras (g = .22), Intimidad (g = .34) y Participación social (g = .50), y grande en la puntuación total (g = 1.41), Habilidades sensoriales (g = 1.59) y Muerte y agonía (g = 2.67).

Tabla 6

Comparación en las dimensiones y el total del instrumento de calidad de vida de la pre evauación a la post evaluación

Instrumento	**Dimensión**	$\bar{X}$ **pre**	$\bar{X}$ **Post**	**Diferencia de medias**	***D.E***	***IC* 95%**		***t***	***p***	***g* de Hedges**
						Inf.	Sup			
WHOQOL-	Participación social	11.27	13.09	-1.818	-1.81	-3.98	.345	-1.873	.091	0.29
OLD	Intimidad	12.73	12.55	.182	-5.03	-3.20	3.56	.120	.907	0.03
	Muerte y agonía	6.82	17.09	-10.273	5.40	-13.90	-6.64	-6.303	.001	2.80
	Habilidades sensoriales	10.27	14.82	-4.545	7.04	-9.28	.189	-2.139	.058	1.10
	Actividades pasadas, presentes y futuras	14	13.91	.091	2.30	-1.45	1.63	.131	.898	0.10
	Autonomía	13.55	13.18	.364	2.73	-1.47	2.19	.442	.668	0.06
	Total	68.64	84.64	-16	15.58	-26.47	-5.52	-3.404	.007	1.109

Tabla 7

Comparación de la post evaluación al seguimiento en calidad de vida

Instrumento	**Dimensión**	$\bar{X}$ **Post**	$\bar{X}$ **seg**	**Diferencia de medias**	***D.E***	***IC* 95%**		***t***	***p***	***g* de Hedges**
						Inf.	Sup			
WHOQOL-	Participación social	12.70	13.60	-.900	3.985	1.26	-.3.75	-.714	.493	0.1088
OLD	Intimidad	12.80	14.20	-1.400	4.061	-4.30	1.50	-1.090	.304	0.3856
	Muerte y agonía	16.90	17.40	-.500	4.301	-3.58	2.58	-.368	.722	0.0814
	Habilidades sensoriales	15.30	15.40	-.100	3.695	-2.74	2.54	-.086	.934	0.1369
	Actividades pasadas, presentes y futuras	14.00	14.40	-.400	2.797	-2.40	1.60	-.452	.662	0.1341
	Autonomía	13.00	13.10	-.100	3.446	-2.56	2.36	-.092	.929	0.0260
	Total	84.70	88.10	-3.400	12.433	-11.58	4.78	-.940	.372	0.2687

Tabla 8

Comparación de la pre evaluación al seguimiento en calidad de vida

Instrumento	**Dimensión**	$\bar{X}$ **pre**	$\bar{X}$ **seg**	**Diferencia de medias**	***D.E***	***IC* 95%**		***t***	***p***	***g* de Hedges**
						Inf.	Sup			
WHOQOL-	Participación social	11.30	13.60	-2.300	3.683	-4.93	.33	-1.975	.080	0.5044
OLD	Intimidad	13.40	14.20	-.800	3.327	-3.18	1.58	-.760	.466	0.345
	Muerte y agonía	6.70	17.40	-10.700	6.219	-15.15	-6.25	-5.441	.001	2.6764
	Habilidades sensoriales	10.20	15.40	-5.200	5.245	-8.95	-1.45	-3.135	.012	1.5947
	Actividades pasadas, presentes y futuras	14.20	14.40	-.200	2.530	-2.01	1.61	-.250	.808	0.2281
	Autonomía	13.40	13.10	.300	4.523	-2.93	3.53	.210	.839	0.1097
	Total	69.20	88.10	-18.900	12.503	-27.84	-9.96	-4.780	.001	1.41

Autoeficacia

Con respecto a la autoeficacia, siguiendo el mismo orden de ideas, en la tabla 9 se señalan los resultados de la pre evaluación a la post evaluación, donde se observa una diferencia estadísitcamente significativa en el puntaje total de autoeficacia (p = .016), y en la dimensión de Independencia (p = .041). Por otra parte, se obtuvo un tamaño del efecto de moderado a grande en el puntaje total (g = .64), así como en las dimensiones Independencia (g = .56), Protección a la salud (g = .65) y Actividades sociales (g = .83).

En cuanto a los resultados de la post evaluación al seguimiento (tabla 10) no se identificó algún cambio estadísticamente significativo, aunque aumentó el tamaño del efecto, en la puntuación total (g = .40), y en las dimensiones Actividades recreativas físicas (g=.26), Independencia (g = .27) y Protección a la salud (g = .45).

Por último, en lo que concierne a la comparación entre la pre evaluación y el seguimiento (tabla 11), se identificaron diferencias estadísticamente signiticativas solo en la dimensión Independencia (p = .027). En cuanto al tamaño del efecto, éste fue pequeño en la puntuación total de autoeficacia (g = .32), así como en las dimensiones Independencia (g = .26) y Protección a la salud (g = .26), obteniendo un efecto grande en Actividades sociales (g = .71).

Tabla 9

Comparación de la pre evaluación a la post evaluación en autoeficacia

Instrumento	**Dimensión**	$\bar{X}$ **pre**	$\bar{X}$ **post**	**Diferencia de medias**	***D.E***	***IC* 95%**		***t***	***p***	***g* de Hedges**
						Inf	Sup			
AERAC-	Independencia	9.28	14.82	-5.54	7.85	-10.82	-.27	-2.342	.041	0.56
Breve	Act. recreativas mentales	11.36	12.09	-.72	5.35	-4.32	2.86	-.451	.662	0.01
	Act. recreativas físicas	7.45	8.18	-.72	3.37	-2.99	1.54	-.714	.492	0.18
	Act. sociales	11.18	14.73	-3.54	6.40	-7.85	.76	-1.835	.096	0.83
	Protección a la salud	9.09	10.27	-1.18	4.26	-4.04	1.68	-.920	.379	0.65
	Total	48.36	60.09	-11.72	13.36	-20.70	-2.75	-2.910	.016	0.64

Tabla 10

Comparación de la post evaluación al seguimiento en autoeficacia

Instrumento	**Dimensión**	$\bar{X}$ **post**	$\bar{X}$ **seg**	**Diferencia de medias**	***D.E***	***IC* 95%**		***t***	***p***	***g* de Hedges**
						Inf	Sup			
AERAC-	Independencia	13.90	12.30	1.600	6.851	-3.30	6.50	.739	.273	0.2756
Breve	Act. recreativas mentales	12.80	11.50	1.300	3.622	-1.29	3.89	1.135	.286	0.1057
	Act. recreativas físicas	7.50	6.70	.800	3.882	-1.98	3.57	.652	.531	0.2665
	Act. sociales	14.70	14.20	.500	5.482	-3.42	4.42	.288	.780	0.1179
	Protección a la salud	10.50	9.10	1.400	3.978	-1.44	4.24	1.113	.295	0.4523
	Total	59.40	53.80	5.600	15.175	-5.25	16.45	1.167	.273	0.4014

Tabla 11

Comparación de la pre evaluación al seguimiento en autoeficacia

Instrumento	**Dimensión**	$\bar{X}$ **pre**	$\bar{X}$ **seg**	**Diferencia de medias**	***D.E***	***IC* 95%**		***t***	***p***	***g* de Hedges**
						Inf	Sup			
AERAC-	Independencia	8.60	12.30	-3.700	4.448	-6.88	-.59	-2.630	.027	0.2617
Breve	Act. recreativas mentales	11.10	11.50	-.400	3.921	-3.20	2.40	-.323	.754	0.0935
	Act. recreativas físicas	7.00	6.70	.300	4.218	-2.71	3.31	-225	.827	0.0746
	Act. sociales	11.50	14.20	-2.700	5.908	-6.92	1.52	-1.445	.182	0.7181
	Protección a la salud	8.80	9.10	-.300	2.908	-2.38	1.78	-.326	.752	0.2648
	Total	47.00	53.80	-6.800	10.768	-14.50	.90	-1.997	.077	0.3212

Bienestar Psicológico

Acerca del bienestar psicológico, y siguiendo la estructura previa, en la tabla 12 se muestra que no hubo diferencias estadísticamente significativas de la pre evaluación a la post evaluación. Aún así, se encontró un tamaño del efecto de bajo a moderado en la puntuación total (g = .37), el Control personal (g = .30), Autonomía (g = .34), y Seguridad personal (g = .61).

Por otra parte, de la post evaluación al seguimiento hubo diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de Control personal (g = .030), con tamaño del efecto pequeño en el puntaje total (g = .33), la dimensión Control personal (g = .46) y de Relaciones sociales (g = .47); (véase tabla 13).

Por último, de la pre evaluación al seguimiento, en la tabla 14 se muestra que no hubo ninguna diferencia estadísticamente significativa; sin embargo, la intervención tuvo un tamaño del efecto de pequeño a moderado en la puntuación total (g = .62), y las todas las demás dimensiones: Autonomía (g = .25), Seguridad personal (g = .44), Relaciones sociales (g = .60) y Control personal (g = .71).

Tabla 12

Comparación de la pre evaluación a la post evaluación en bienestar psicológico

Instrumento	**Dimensión**	$\bar{X}$ **pre**	$\bar{X}$ **post**	**Diferencia de medias**	***D.E***	***IC* 95%**		***t***	***p***	***g* de Hedges**
						Inf	Sup			
Bienestar	Control personal	16.09	16.18	-.091	3.04	-2.14	1.95	-.099	.923	0.30
psicológico	Seguridad personal	13.91	14.64	-.727	1.79	-1.93	.47	-1.345	.208	0.61
	Relaciones sociales	13.27	12.64	.636	3.50	-1.71	2.98	.603	.560	0.00
	Autonomía	10.36	10.64	-.273	2.68	-2.08	1.53	-.337	.743	0.34
	Total	53.64	54.09	-.455	8.16	-5.94	5.03	-.185	.857	0.37

Tabla 13

Diferencias de la post evaluación al seguimiento en bienestar psicológico

Instrumento	**Dimensión**	$\bar{X}$ **post**	$\bar{X}$ **seg**	**Diferencia de medias**	***D.E***	***IC* 95%**		***t***	***p***	***g* de Hedges**
						Inf	Sup			
Bienestar	Control personal	15.90	17.40	-1.500	1.841	-2.81	-.18	-2.577	.030	0.4663
psicológico	Seguridad personal	14.60	14.40	.200	1.476	-.85	1.25	.429	.678	0.1526
	Relaciones sociales	13.00	13.80	-.800	2.616	-2.67	1.07	-.967	.359	0.4755
	Autonomía	10.50	10.50	.000	1.155	-.82	.82	.000	1.000	0.0822
	Total	54.00	56.10	-2.100	4.408	-5.25	1.05	-1.506	.166	0.3316

Tabla 14

Diferencias de la pre evaluación al seguimiento en bienestar psicológico

Instrumento	**Dimensión**	$\bar{X}$ **pre**	$\bar{X}$ **seg**	**Diferencia de medias**	***D.E***	***IC* 95%**		***t***	***p***	***g* de Hedges**
						Inf	Sup			
Bienestar	Control personal	16.00	17.40	-1.400	2.271	-3.02	.22	-1.950	.083	0.7144
psicológico	Seguridad personal	13.90	14.40	-.500	2.068	-1.98	.98	-.764	.464	0.4452
	Relaciones sociales	13.20	13.80	-.600	2.547	-2.42	1.22	-.745	.475	0.6094
	Autonomía	10.60	10.50	.100	2.685	-1.82	2.02	.118	.909	0.2573
	Total	53.70	56.10	-2.400	7.975	-8.10	3.30	-.952	.366	0.6295

Habilidades Sociales

En cuanto a la variable habilidades sociales, en la tabla 15 se muestra el análisis de la pre evaluación a la post evaluación. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de Expresar amor, agrado y afecto (p = .041). Mientras que el tamaño del efecto fue pequeño para la dimensión Expresar opiniones (g = .22), moderado para las dimensiones Dar ayuda (g = .66) y Hacer peticiones (g = .69), y grande para el puntaje total (g = .87), y las dimensiones Iniciar conversaciones (g = .85) y Expresar amor, agrado y afecto (g = 1.08).

Respecto al análisis de la post evaluación al seguimiento, en la tabla 16 se observa que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque hubo un aumento en el tamaño del efecto, en la dimensión Dar ayuda (g = .21), y moderado en Expresar amor, agrado y afecto (g = .60).

Por último, en el análisis de la pre evaluación al seguimiento tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque el tamaño del efecto fue de pequeño a grande en todas las dimensiones (véase tabla 17), pequeño en la dimensión Expresar opiniones (g = .42), moderado en Dar ayuda (g = .52), Expresar amor, agrado y afecto (g = .61), así como en la puntuación total de habilidades sociales (g = .73), y grande para las dimensiones Iniciar conversaciones (g = .85) y Hacer peticiones (g = .94).

Tabla 15

Comparación de la pre evaluación a la post evaluación en habilidades sociales

Instrumento	**Dimensión**	$\bar{X}$ **pre**	$\bar{X}$ **post**	**Diferencia de medias**	***D.E***	***IC* 95%**		***t***	***p***	***g* de Hedges**
						Inf	Sup			
CHASAM	Hacer peticiones	11.82	14.91	-3.09	7.71	-8.27	2.09	-1.329	.213	0.69
	Expresar amor, agrado y afecto	22.82	29.73	-6.90	9.79	-13.49	-.33	-2.340	.041	1.08
	Dar ayuda	16.55	19.09	-2.54	5.35	-6.14	1.05	-1.577	.146	0.66
	Expresar opiniones	15.18	16.45	-1.27	7.60	-6.38	3.83	-.555	.591	0.22
	Iniciar conversaciones	3.27	4.91	-1.63	2.69	-3.44	.17	-2.015	.072	0.85
	Total	69.64	85.09	-15.45	30.01	-35.62	4.71	-1.708	.119	0.87

Tabla 16

Comparación de la post evaluación al seguimiento en habilidades sociales

Instrumento	**Dimensión**	$\bar{X}$ **post**	$\bar{X}$ **seg**	**Diferencia de medias**	***D.E***	***IC* 95%**		***t***	***p***	***g* de Hedges**
						Inf	Sup			
CHASAM	Hacer peticiones	14.80	15.70	-.900	5.782	-5.03	3.23	-.492	.634	0.1843
	Expresar amor, agrado y afecto	29.30	26.30	2.900	6.999	-2.10	7.90	1.310	.223	0.6065
	Dar ayuda	19.50	18.40	1.100	3.725	-1.56	3.76	.934	.375	0.2119
	Expresar opiniones	16.00	17.40	-1.400	5.816	-5.56	2.76	-.761	.466	0.1999
	Iniciar conversaciones	4.90	4.60	.300	1.703	-.92	1.52	.557	.591	0.1304
	Total	84.50	82.50	2.000	19.396	-11.87	15.87	-326	.752	0.1677

Tabla 17

Comparación de la pre evaluación al seguimiento en habilidades sociales

Instrumento	**Dimensión**	$\bar{X}$ **pre**	$\bar{X}$ **seg**	**Diferencia de medias**	***D.E***	***IC* 95%**		***t***	***p***	***g* de Hedges**
						Inf	Sup			
CHASAM	Hacer peticiones	12.10	15.70	-3.600	6.603	-8.32	1.12	-1.724	.119	0.9466
	Expresar amor, agrado y afecto	22.00	26.40	-4.400	9.348	-11.08	2.28	-1.489	.171	0.6116
	Dar ayuda	16.70	18.40	-1.700	6.183	-6.12	2.72	-.869	.407	0.5245
	Expresar opiniones	14.90	17.40	-2.500	7.906	-8.15	3.15	-1.000	.343	0.4233
	Iniciar conversaciones	3.20	4.60	-1.400	3.062	-3.59	.79	-1.446	.182	0.8597
	Total	68.90	82.50	-13.600	30.765	-35.60	8.40	-1.398	.196	0.7389

Cambio Clínico Objetivo por Variable

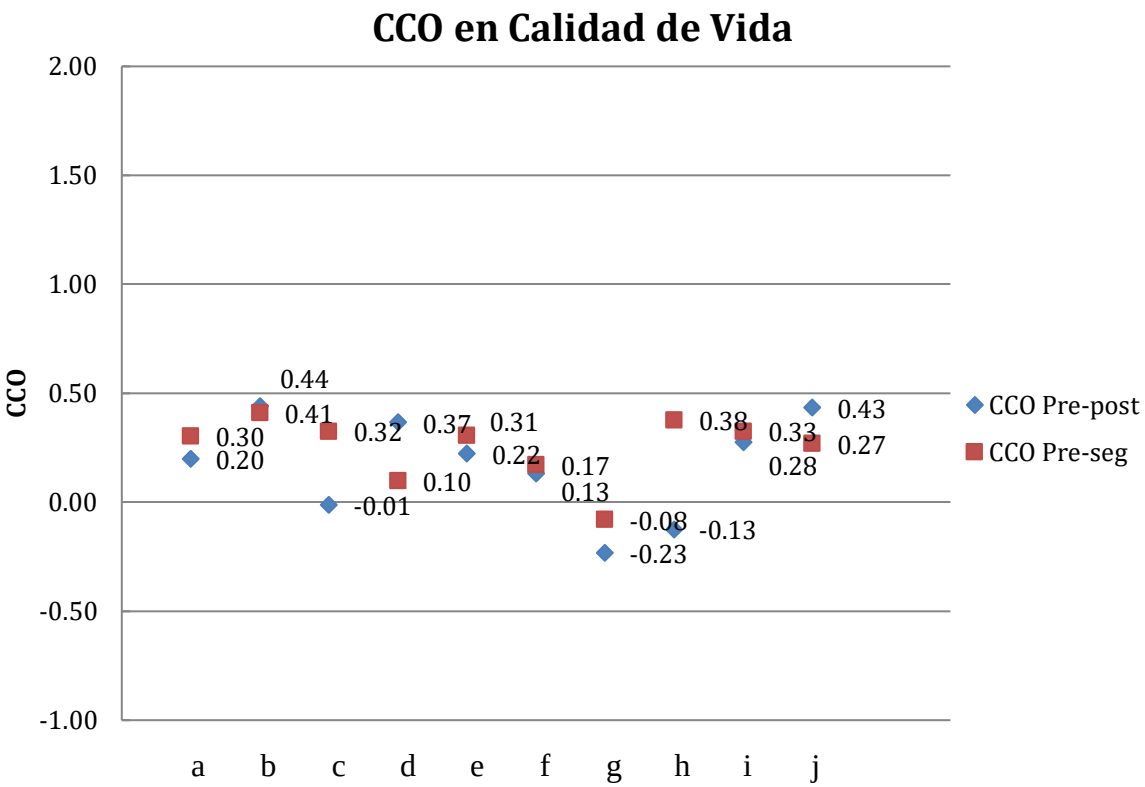
Calidad de Vida

En la figura 4, se observa que, de la pre evaluación a la post evaluación, hubo un efecto clínicamente significativo y favorable en seis participantes (a,b,d, e, i, j); mientras que de la pre evaluación al seguimiento hubo una mejora en siete (a, b, c, e, h, i, j). En total, fueron ocho las personas beneficiadas por el programa (a, b, c, d, e, h, i, j), de acuerdo con el CCO obtenido, considerando todos los tiempos de medición. Por otro lado, respecto a los participantes f y g, la primera reporta un efecto nulo de la pre evaluación a la post evaluación, y de la pre evaluación al seguimiente. Era una mujer sin diagnóstico psiquiátrico ni problemas de discapacidad, que faltó dos sesiones por acudir a citas con la nutrióloga. No reportó problemas de ningún tipo respecto a su meta, misma que concluyó, reduciendo su peso .600 gramos, de acuerdo con lo que ella indicó.

En cuanto al participante g, este obtuvo una significancia clínica negativa de la pre evaluación al seguimiento, y un valor de CCO nulo de la pre evaluación al seguimiento. Dicho participante era un hombre con diagnóstico psiquiátrico de bipolaridad, escolaridad universitara, sin problemas de discapacidad, que dejó el programa dos sesiones, y reportó dificultades debido a efectos tras el cambio de medicación psiquiátrica. Dicho participante cambió su meta en dos ocasiones y, aunque la comenzó a desarrollar, no la terminó durante el tiempo del programa. Aún así, no lo abandonó.

Figura 4

Cambio Clínico Objetivo en Calidad de Vida



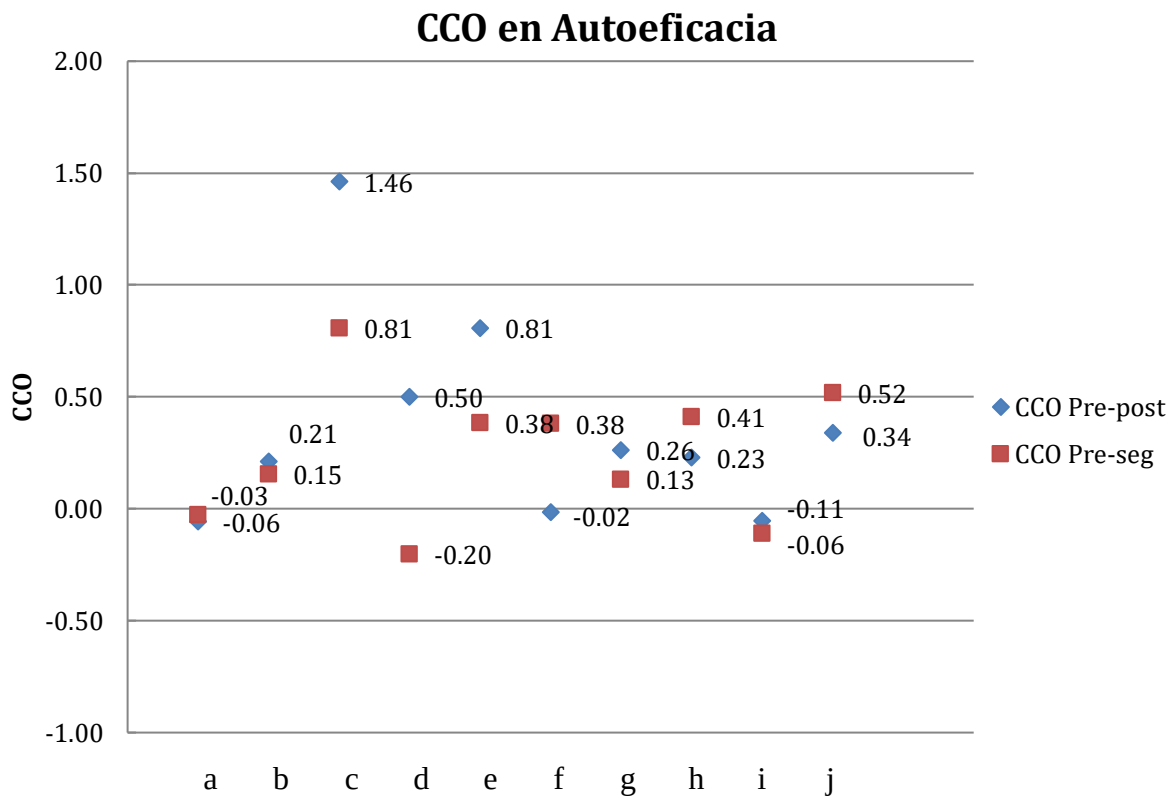
Autoeficacia

En la figura 5 se observa que, de la pre evaluación a la post evaluación, hubo un efecto clínicamente significativo y favorable en siete participantes (b, c, d, e, g, h, j); mientras que, de la pre evaluación al seguimiento el efecto fue significativo en cinco personas (c, e, f, h, j). En total, se beneficiaron ocho participantes (b, c, d, e, f, g, h, j). El efecto fue nulo para la participante a; y el participante i. No obstante, resalta el efecto negativo de la intervención en el participante d, en cuanto al CCO obtenido de la pre evaluación a la post evaluación. Dicho participante era un hombre, de escolaridad secundaria, sin discapacidades; manifestaba constantemente problemas familiares. Así mismo, aunque este participante especificó su meta y propuso los pasos a seguir, solo llevó a cabo uno de ellos, durante el tiempo que duró el

programa de intervención. Cabe señalar que el participante faltó a tres sesiones del programa, propias al aprendizaje de técncias cognitivo conductuales. El motivo de las faltas fue COVID.

Figura 5

Cambio Clínico Objetivo en la Autoeficacia

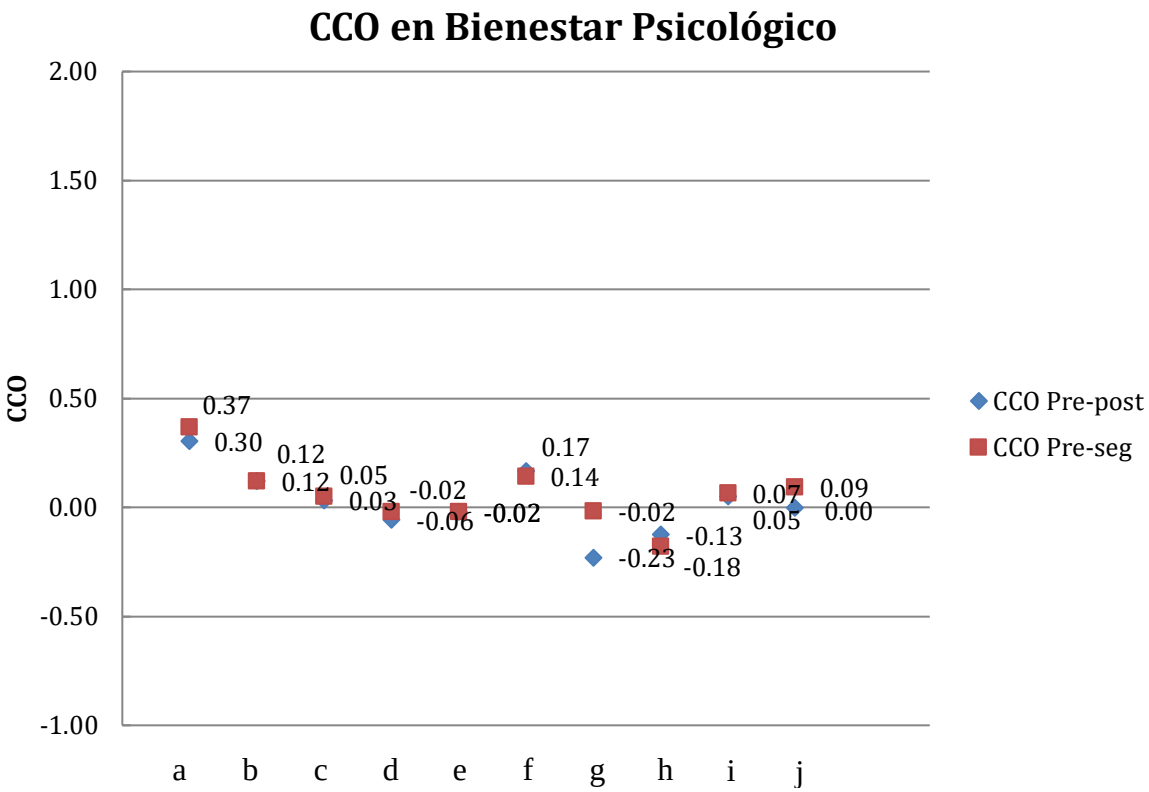


Bienestar Psicológico

En la figura 6 se observa que solo una persona (a), obtuvo un cambio clínico significativo y favorable en bienestar psicológico, tanto de la pre evaluación a la post evaluación, como de la pre evaluación al seguimiento. En cuanto a los demás participantes (b, c, d, e, f, h, i, j), en ocho el efecto fue nulo. Sin embargo, el participante g reporta, de la pre evaluación a la post evaluación, un efecto negativo clínicamente significativo, y siendo nulo de la pre evaluación a la post evaluación. Es de señalar que este participante obtuvo valores similares en CV, en los mismos tiempos de medición.

Figura 6

Cambio Clínico Objetivo en Bienestar Psicológico

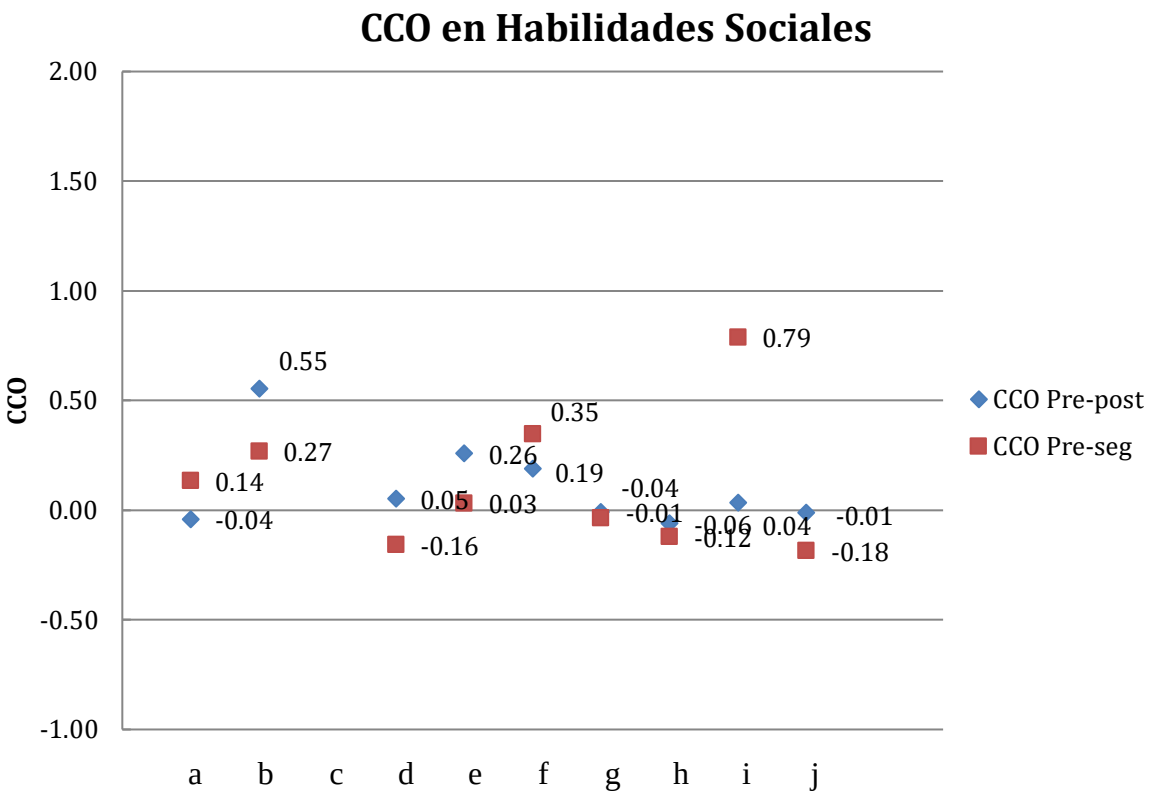


Habilidades Sociales

En la figura 7 se observa que, de la pre evaluación a la post evaluación, hubo un efecto benéfico clínicamente significativo de la pre evaluación a la post evaluación en dos participantes (b, e), mientras que de la pre evaluación al seguimiento fue favorable para tres participantes (b, f, i). En las demás personas, el efecto fue nulo para habilidades sociales. Tampoco se indica cambio clínico significativo y negativo en ningún participante respecto a esta variable.

Figura 7

Cambio Clínico Objetivo en Habilidades Sociales



Discusión

El objetivo de la presente investigación fue evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual basada en el modelo de afrontamiento proactivo, sobre la autoeficacia, bienestar psicológico, CV, y habilidades sociales de las personas mayores institucionalizadas. Es de resaltar que anteriormente no se había llevado a cabo un estudio que conjuntara los modelos cognitivo conductual y de afrontamiento proactivo, así como tampoco se había evaluado la variable CV en población adulta mayor institucionalizada con diferentes características de capacidad intrínseca, sin enfocarse en una enfermedad particular, sino en las metas personales.

En primer lugar, se discuten los datos sociodemográficos, comenzando por el sexo, y continuando con el nivel educativo, el estado civil, la movilidad y el diagnóstico psiquiátrico. Respecto al primer punto, dentro de la residencia, la mayoría eran mujeres, si bien, los participantes del estudio fueron hombres y mujeres por igual. Estos datos contrastan con los del Instituto Nacional de Mujeres (2007), dado que generalmente son ellas quienes tienden a acudir a estos servicios de atención, lo cual se explica por razones de género, ya que a las mujeres socialmente se les permite expresar necesidades o dificultades emocionales o físicas y atenderlas, mientras que a los hombres no (Instituto Nacional de las Mujeres, 2007). Añadiendo que son ellas quienes mejor se adhieren a los tratamientos terapéuticos (Irvine et al., 2011).

Al respecto, es bien sabido que las mujeres, en la mayoría de los países del mundo, tienen mayor esperanza de vida; empero, debido a condiciones dadas por los roles de género y la fecundidad, ellas son más propensas a desarrollar enfermedades, lo cual implica que sus funciones físicas y cognitivas se vean mayormente afectadas (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015). Por este motivo, y tendiendo en cuenta los criterios de exclusión del presente estudio, es entendible que la participación fuera igualitaria.

Por otra parte, así como en la variable sexo, la caracterización de la muestra denotó diferencias considerables con respecto al promedio de la población mexicana en el nivel educativo y el estado civil. Comenzando por el nivel educativo, las mitad de participantes señalaron haber concluido la universidad, de los cuales, la mitad eran hombres y la otra mitad mujeres. De acuerdo con los datos del Institutio Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021), 16% de la población adulta mayor en México es analfabeta, siendo las mujeres las más afectadas; aspecto que se acentúa en poblaciones rurales. Respecto al resto de la población adulta mayor, el nivel educativo es bajo, estimando el promedio de años escolares en 4.6, dato que se modifica en función de la edad, siendo 5.5 años para población de 60 a 69 años, reduciéndose a 3 años en población mayor a 80 años (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015).

En el mismo orden de ideas, se resalta que el nivel educativo es un factor de protección para el envejecimiento activo (Diniz et al., 2018). En este sentido, es probable que los resultados de la intervención evaluada estén influenciados favorablemente por esta variable, por lo que es importante reproducir el estudio en poblaciones de adultos mayores con diferente escolaridad.

En relación con lo anterior, en el estudio de Ouwehand et al. (2008), con una muestra de 123 adultos mayores (63 hombres y 60 mujeres), inicialmente identificaron una correlación entre el uso de estrategias de afrontamiento proactivo y el sexo, favorable para los hombres. Sin embargo, al realizar los análisis de regresión lineal con respecto al nivel educativo, esta diferencia desapareció, indicando que la variable que tenía ese efecto era el nivel educativo. De modo que, a menor nivel educativo, fueron también menores las estrategias de afrontamiento proactivo. Esto se explica debido a que los hombres de esa generación tenían más oportunidades de estudiair, mientras que las mujeres se dedicaban mayormente al hogar, por lo que podría entenderse que las estrategias de afrontamiento

proactivo fueran mayores en los hombres. No obstante, no debe perderse de vista que la educación promueve el desarrollo de estrategias como la solución de problemas, el análisis racional y las habilidades sociales. Cabe señalar que el estudio de Ouwehand et al. (2008) fue transversal, por lo que la muestra ya presentaba dichas características. Sin embargo, las personas no dejan de aprender a través de los años, de ahí la importancia de fomentar el aprendizaje y mantenimiento de estas conductas.

Así mismo, con respecto al estado civil, en el presente estudio el total de la muestra estuvo constituida por personas viudas, divorciadas, solteras y separadas; siendo mayormente mujeres viudas, mientras que los hombres se catalogaron como divorciados, solteros y separados. Lo anterior concuerda con los datos del Instituto Nacional de las Mujeres (2015), respecto a que el porcentaje de viudas (37.9%) triplica al de viudos (13.7%), ya que ellos tienden a casarse de nuevo, por razones de género. Sin embargo, de acuerdo con el INEGI (2021), 53% de la población adulta mayor no institucionalizada está casada, seguido por 24% de personas viudas.

Es decir que la población no institucionalizada conserva mayormente sus relaciones matrimoniales, mientras que las personas institucionalizadas, no lo hacen. Aunado a ello, y a pesar del tamaño de la muestra del presente estudio, los datos concuerdan con los reportados por Coindreau-Frías et al. (2018), donde, luego de un estudio transversal con 280 adultos mayores institucionalizados en México, se observó que el 52.1% de la población era viuda, seguida por el 29.3% de personas solteras. Siguiendo la misma línea de lo comentado estos autores, en México no hay mucha información referente a la caracterización de la población adulta mayor institucionalizada. Por lo anterior, se sugiere llevar a cabo estudios descriptivos y correlacionales que permitan conocer las condiciones y las diferencias, si las hubiera, entre las personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas, no solo respecto al estado civil, sino a otras variables sociodemográficas y constructos psicológicos.

Por otro lado, respecto a la variable movilidad, en primera instancia se consideró en la presente investigación debido a que, de acuerdo con diversos estudios (Hilliard y Lauderdale, 2011; Petretto et al., 2016; Solano y Gallagard-Thompson, 2001), las intervenciones cognitivo conductuales y de afrontamiento proactivo son útiles y eficaces para las personas, sin importar su condición física. En este sentido, las personas mayores que conservaban sus capacidades cognitivas, pero parcialmente prescindían de las físicas, fue casi la mitad de los participantes (42.8%). Este dato era de esperarse, si se considera que la vejez es la etapa en la que más problemas de salud se presentan, no solo como producto del estilo de vida, sino también del propio proceso de envejecimiento (Sougleris y Ranzijn, 2011).

En lo que se refiere al último de los datos sociodemográficos, se observó que cinco participantes presentaron un diagnóstico psiquiátrico que involucraba depresión, psicosis y bipolaridad, donde la mayoría, excepto una persona, consumía medicamento psiquiátrico. Estos datos también eran de esperarse, porque, de acuerdo con el Instituto Nacional de las Mujeres (2015), 17.6% de la población adulta mayor presenta síntomas depresivos significativos; porcentaje que es mayor en mujeres (22.1%) que en hombres (12.5%). Así como deterioro cognitivo (7.3%; 8.3% en mujeres y 6.3% en hombres), y demencia (8.3%; 9.1% en mujeres y 6.9% en hombres). De acuerdo con Izquierdo et al. (2003), los diagnósticos psiquiátricos son más prevalentes en personas mayores, como efecto de las múltiples pérdidas que atraviesan.

Cabe mencionar que, en los estudios reportados, regularmente no se caracteriza a los adultos mayores respecto a otros tipos de trastornos psiquiátricos (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015). Sin embargo, aunque la depresión, el deterioro cognitivo y la demencia son relevantes, es bien sabido que son comórbidos con otros trastornos mentales (American Psychiatric Association [APA], 2014). Por ejemplo, Aragonès et al. (2009), en un estudio con 906 personas, observaron que 45.7% de personas con depresión mayor presentaba un

trastorno mental extra, 19.9% dos trastornos mentales, y 8.3% tres. Así mismo, el trastorno de ansiedad generalizada estaba presente al menos en 55.2% de personas con depresión, el trastorno de pánico en 33.8%, la distimia en 15.7% y el trastorno de somatización en 6.6%. Sin dejar de mencionar que en ciertos trastornos como el trastorno bipolar, la depresión está incluida como síntoma (Jiménez-Benítez et al., 2003), al igual que en otros trastornos psiquiátricos persistentes como es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, o el trastorno límite de la personalidad (APA, 2014). Es decir, debido a la alta incidencia de depresión y demencia en población adulta mayor, valdría la pena analizar a profundidad los síntomas y los diagnósticos psiquiátricos que les podrían estar afectando, así como de qué forma inciden respecto al deterioro físico, cognitivo y la calidad de vida.

A continuación, se procede a analizar los efectos que tuvo la intervención sobre cada variable. A saber: CV, autoeficacia, bienestar psicológico y habilidades sociales.

En cuanto a la CV, los resultados señalan que la intervención cognitivo conductual, basada en el modelo de afrontamiento proactivo, fue eficaz para el incremento de la CV de las personas mayores institucionalizadas. Específicamente, se obtuvo significancia estadística de la pre evaluación a la post evaluación en el total de CV y la dimensión muerte y agonía, no así en las demás dimensiones. Al respecto, en las dimensiones intimidad y habilidades sensoriales, se entiende que no hubiera diferencias, dado que la intervención no contaba con componentes dirigidos a mejorar estas áreas en particular. No así en las dimensiones participación social, actividades pasadas, presentes y futuras, y autonomía, aunque se esperaba un cambio dado que la intervención incluía habilidades sociales, y estaba enfocada en la planeación de metas.

Lo anterior se puede deber a que el tamaño de la muestra era muy pequeño. De acuerdo con Candia y Caiozzi (2005) y Molina (2013), la significación estadística se ve

sesgada por este aspecto, siendo que, entre más grande sea el tamaño de la muestra, más probabilidad existe de que los datos sean significativos, y a la inversa.

Respecto al participante que obtuvo un cambio clínico significativo y desfavorable, los resultados podrían deberse a esta condición, sin embargo, dado que no eran muchos los participantes y los diagnósticos eran diversos, no se puede concluir nada. Por lo anterior, habrá que prestar especial atención a la población psiquiátrica. Con respecto al resto de participantes, seis obtuvieron una mejora clínicamente significativa entre baja y moderada, mientras cuatro participantes no presentaron algún cambio clínico, aunque tampoco decremento significativo. Es decir, la presente intervención, en la mayoría de los casos, es un instrumento clínico útil para el mejoramiento o mantenimiento de la CV.

Ahora bien, respecto a los cambios de la pre evaluación al seguimiento, se observó una diferencia estadísticamente significativa en el total de calidad de vida, así como en las dimensiones muerte y agonía y habilidades sensoriales, todas con tamaños del efecto grandes. Respecto a las demás dimensiones, no hubo significancia estadística, aunque en todas se reporta un tamaño del efecto de bajo a moderado, exceptuando la dimensión autonomía, donde no se reportó significancia estadística o tamaño del efecto alguno. Esto se puede explicar porque las actividades y decisiones que toma cada persona están ligadas a un reglamento institucional, que puede limitar la participación, y la percepción de la misma.

En cuanto al seguimiento, los resultados indicaron que no hubo diferencias entre ambos tiempos de medición, aunque con un tamaño del efecto bajo en el total de CV y la dimensión intimidad. Esto quiere decir que los cambios conductuales se mantuvieron, al mes de concluida la intervención, e incluso dichas dimensiones se vieron ligeramente favorecidas. En este sentido, se cumple con el objetivo de mantener, aunque solo sea a corto plazo, las conductas aprendidas y mejorar la CV; objetivos que, de acuerdo con Maia et al. (2014), son el punto focal de cualquier intervención en el ámbito de la salud.

En Hosogoshi et al. (2020), quienes realizaron un estudio piloto para evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual en pacientes con dolor crónico. Uno de los análisis que llevaron a cabo fue respecto a quiénes se habían visto más beneficiados del programa, y resultaron ser quienes más bajo puntuaron en la pre evaluación. No se señala una caracterización de este subgrupo, sin embargo, se entiende que la intervención cognitivo conductual implica un apoyo especialmente significativo para las personas en condiciones más vulnerables, como puede ser respecto a la movilidad, aspecto que se retomó en la presente investigación.

Lo anterior refuerza la idea de que es igual de relevante atender a las oportunidades que tiene la persona para interactuar y satisfacer sus necesidades en el entorno social, como a la funcionalidad física o cognitiva. De forma que los hábitos saludables no solo deben ser a nivel físico, como hacer ejercicio o comer bien, sino también, psicológicos y sociales (Landinez et al., 2012). Porque la calidad de vida es un constructo multifactorial que no solo considera la salud física o cognitiva, sino todos los elementos que implican la interacción, incluyendo la percepción que resulta de ella (Andrade, 2010; OMS, 2013), y es en este punto en donde la psicología puede intervenir más directamente.

En cuanto a la autoeficacia, de la pre evaluación a la post evaluación se observaron diferencias estadísticamente significativas en el total y la dimensión independencia. Los anteriores eran resultados esperados, y se explican dado que la base de la intervención se enfoca en desarrollar metas y seguirlas, lo que implica evaluar problemáticas, tomar decisiones y actuar en función de una planeación, favoreciendo el desenvolvimiento individual.

Acerca de las dimensiones de actividades recreativas mentales, físicas, sociales y protección a la salud, puede ser que no se hayan encontrado diferencias estadísticamente significativas debido al tamaño de la muestra, aunque también sería entendible este resultado

ya que, dentro de la institución, estas actividades son estructuradas por las profesionales, incluyendo las relacionadas con la el cuidado de la salud, lo cual es diferente a llevarlas a cabo por su cuenta. Además de que los resultados pudieron verse sesgados porque el instrumento no está adaptado a población con problemas de movilidad, o institucionalizada, de modo que las dimensiones de actividades recreativas físicas, en ocasiones eran respondidas con un “no me estás viendo”, por parte de personas en silla de ruedas; o, en su defecto, con comentarios como “no voy al médico porque aquí tenemos uno, pero antes si iba".

Respecto a lo anterior, aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas en dichas dimensiones, el tamaño del efecto fue de moderado a grande en el total de autoeficacia, y en las dimensiones independencia, protección a la salud y actividades sociales. Esto puede ser explicado porque la mayoría de las metas referían a socializar conocimientos, integrarse a proyectos grupales y cuidar de su salud; aunado a que la intervención era grupal, e incluía estrategias de habilidades sociales, siendo estos elementos, factores de protección para mantener la autoeficacia (Breytspraak y George, 1979; Smith et al., 2017; Zainab y Wan., 2012).

En cuanto al efecto que tuvo la intervención en la autoeficacia de cada participante, de la pre evaluación a la post evaluación se observó una mejora clínicamente significativa en siete participantes, mientras que el resto no manifestó cambios favorables ni desfavorables. Sin embargo, de la post evaluación al seguimiento, se observó un decremento clínicamente significativo en la autoeficacia de tres participantes. Esto puede deberse a la retirada de la intervención. Como evidencia se tiene que, de la pre evaluación al seguimiento, dichos participantes presentaron cambios favorables, a excepción de un participante que continuó con la disminución clínicamente significativa.

Siguiendo el mismo orden de ideas, de la preevaluación al seguimiento no hubo diferencias estadísticamente significativas en autoeficacia, aunque se observó un tamaño del efecto bajo en el puntaje total y las dimensiones actividades recreativas físicas, independencia, y protección a la salud. En este sentido, dichos resultados se habían reportado en el análisis de la preprueba a la post prueba, excepto por la dimensión actividades recreativas físicas. Este resultado se puede deber a la activación conductual entorno a sus metas, o al hecho de que para esta fecha había más apertura a actividades en la residencia, a causa de la disminución de contagios por COVID 19, factor que no solo explicaría el favorecimiento de las actividades físicas, sino también de las recreativas y sociales.

En cuanto al análisis de la preevaluación al seguimiento, hubo diferencias estadísticamente significativas solo en la dimensión independencia. Aún así, se reporta un tamaño de efecto pequeño en el total de autoeficacia, así como en las dimensiones independencia y protección a la salud, y grande para actividades sociales. Lo anterior se puede deber a lo que se abordó al inicio: las reglas de una institución regulan el comportamiento de las personas que viven en ella, y el instrumento no está adaptado para población institucionalizada o con problemas de movilidad. Aunado a ello, variables como la desmotivación, la falta de sentido de la meta planteada, o incluso por las características físicas y cognitivas de cada persona, considerando que la salud de algunos participantes fue mermando durante la intervención, a causa de enfermedades discapacitantes.

Respecto a lo anterior, de acuerdo con Ouwehand et al. (2008), al abordar el tema de afrontamiento proactivo, los resultados siempre se verán influenciados por el hecho de que la planeación y los estresores de cada meta son diferentes, lo cual implica que las acciones que deben llevar a cabo también lo sean. Aunado a ello, Bode et al. (2007), y Vinkers et al. (2013), ambos estudios con diseños experimentales, no identificaron diferencias estadísticamente significativas en autoeficacia en ningún tiempo de medición. Estos autores

justificaron este hallazgo con que los participantes obtenían puntajes altos desde la línea base, aunque también refieren que, en otros estudios que revisaron, tampoco se obtienen resultados en autoeficacia. Sin embargo, Kroese et al. (2015) al replicar la intervención de Vinkers et al. (2013), con un seguimiento a 12 meses, identificaron diferencias en esta variable. En la presente investigación, el rango del puntaje en autoeficacia fue de 48.36 a 60.09 de la pre evaluación al seguimiento; 59.40 a 53.80 de la post evaluación al seguimiento y 47 a 53.80 de la pre evaluación al seguimiento.

Por otra parte, la variable bienestar psicológico, en la presente investigación no hubo diferencias estadísticamente significativas en ningún tiempo de medición y ninguna dimensión, excepto por la dimensión de control personal, de la post evaluación al seguimiento. Lo anterior se puede deber a que 1) los participantes tenían un nivel alto en bienestar psicológico desde la pre evaluación, de modo que en los tres tiempos de medición el puntaje se mantuvo en un rango de 53-56 puntos; mientras que el puntaje máximo posible era 64.

De cualquier forma, de la pre evaluación a la post evaluación se observaron tamaños del efecto bajos en la puntuación total, y las dimensiones de control personal y autonomía; de la post evaluación al seguimiento se observó un tamaño del efecto bajo en el total, control personal y relaciones sociales. Así como de la pre evaluación al seguimiento se observaron tamaños del efecto bajos-moderados en todas las dimensiones, incluyendo el total. Lo anterior, a pesar de no haber sido estadísticamente significativo, es entendible, en el sentido de que se buscaba favorecer el bienestar psicológico de manera secundaria, interviniendo en la autonomía, a través de que la persona se responsabilizara de sus propias metas y socializara sus proyectos. Esto en medida de que el bienestar psicológico, es una variable indicadora de calidad de vida, y se correlaciona con la participación social (Lima et al.,

2021). Por lo anterior, se puede aseverar que el efecto que tuvo la intervención sobre el bienestar psicológico fue de mantenimiento.

Por otra parte, se ha señalado constantemente que, debido a la importancia que tiene la interacción social, y más dada la pérdida de roles que sufren las personas mayores, favorecer la socialización durante las intervenciones con esta población generalmente resulta benéfico, incluso cuando las intervenciones no incluyen herramientas de participación social (Andrade, 2010; Lima et al. 2021; Smith, 2017; Wu y Sheng, 2019). En este caso, la intervención grupal implementada, condujo al aprendizaje de habilidades sociales y a la socialización de resultados. En este orden de ideas, cabe mencionar que la institución, a la par que inició la intervención, permitió más visitas de familiares, estudiantes y voluntarios o voluntarias, debido a que los casos por COVID-19 disminuyeron considerablemente.

Por supuesto, las visitas de personas externas podrían influir en el bienestar psicológico reportado. Sin embargo, respecto a ello, cabe discutir dos puntos. El primero en relación a que, de haber influido sustancialmente en el bienestar psicológico de las personas mayores, se observaría una diferencia estadísticamente significativa entre los tiempos de medición, lo cual no ocurrió. En cuanto al segundo punto, es importante comentar que la familia no siempre es el vínculo más cercano o el único que aporta a en las personas mayores. De acuerdo con el estudio de Wu y Sheng (2019), para las personas que viven solas, en instituciones o en comunidades aisladas, es más significativo el apoyo de vecinos y amigos, que el familiar. Añadiendo, como ejemplo, el comentario de una participante al terminar la intervención: “gracias al taller, ahora me llevo mejor con ella”, al mismo tiempo que señalaba a su compañera de grupo. Esto aunado a que los comentarios de los y las participantes regularmente eran relativos a situaciones que vivían con sus compañeros.

Lo anterior conduce a la última variable de interés: las habiliades sociales, en donde se observaron diferencias estadísticamente significativas solo de la preevaluación a la

postevaluación, en la dimensión expresar amor, agrado y afecto. En cuanto al tamaño del efecto, fue pequeño de la preevaluación a la post evaluación en expresar opiniones; moderado en dar ayuda y hacer peticiones; y grande en el total de habilidades sociales, iniciar conversaciones y expresar amor, agrado y afecto. Esto se explica en razón de que la intervención, consideraba, en habilidades sociales, la expresión de emociones agradables y desagradables, e iniciar, mantener y terminar conversaciones.

Así mismo, a pesar de no existir diferencias estadísticamente significativas en los demás tiempos de medición, se observaron tamaños del efecto de bajos a moderados. De la post evaluación al seguimiento, en expresar amor, agrado y afecto. Mientras que, de la preevaluación al seguimiento, en el tamaño del efecto fue pequeño en expresar opiniones, pero moderado en dar ayuda, expresar amor, agrado y afecto, y el total, y grande en iniciar conversaciones y hacer peticiones. Es decir, la intervención implicó un efecto en todas las dimensiones, incluyendo el total del instrumento.

Referente al contraste de hipótesis, las primeras hacían alusión a que la intervención tendría un efecto estadísticamente significativo en las variables 1) autoeficacia, 2) bienestar psicológico, 3) calidad de vida y 4) habilidades sociales de personas adultas mayores, de la pre evaluación a la post evaluación y de la pre evaluación al seguimiento. Al respecto, se observaron diferencias estadísticamente significativas en calidad de vida y autoeficacia, en ambas comparaciones entre tiempos de medición, siendo favorable en ambos casos, por lo que dichas hipótesis se aceptan, rechazando las referentes a bienestar psicológico y habilidades sociales.

Acerca de la siguiente hipótesis, que idicaba que la intervención tendría un tamaño del efecto de moderado a grande sobre la CV, se acepta, dado que los efectos inducidos por la intervención fueron especialmente altos en esta variable. En cuanto a la hipótesis que

señalaba que la intervención tendría una significancia clínica favorable para la CV en al menos 80% de las personas mayores, se acepta, debido a que se cumplió con este criterio.

En atención a la hipótesis que indicaba que, de las personas que habían cumplido con todos los tiempos de medición, 80% o más concluiría al menos uno de los pasos a seguir establecidos para lograr la meta, se acepta, dado que el total de participantes concluyó o llevó a cabo uno de los pasos a seguir para cumplir su meta. Así mismo, se acepta la última hipótesis relativa a que el porcentaje de asistencia a la intervención sería mayor a 80%, ya que el mismo se estimó en 86.36%.

Conclusiones

La población adulta mayor va en aumento; fenómeno mundial que afecta principalmente a los países en vías de desarrollo, como son los latinoamericanos, que si bien han presentado más tarde este cambio en la pirámide poblacional, también son quienes lo viven más aceleradamente. En este sentido, es de suma importancia identificar las necesidades de las personas mayores, en orden a atenderlas, lo cual favorece no solo al gasto público, sino principalmente a las personas mayores. Empero, las necesidades de una persona mayor, al igual que del resto de la población, no son únicamente físicas, sino también psicológicas y sociales, por lo que cabe reflexionar, investigar e intervenir en torno a la forma en que la persona mayor interactúa con su medio, así como las oportunidades que tiene de participar y atender sus propias necesidades. Respecto a lo anterior, en México no hay mucha investigación sobre adultos mayores, así como tampoco hay muchos programas dirigidos a ellos, que conduzcan al aparendizaje y la autonomía, razón por la cual se llevó a cabo este estudio.

La presente investigación propone el primer programa cognitivo conductual basado en el modelo de afrontamiento proactivo, específicamente diseñado para personas mayores, enfocado en el aprendizaje y el favorecimiento de la capacidad funcional y la CV. Al respecto, la intervención diseñada, fue eficaz para mejorar la CV de personas mayores institucionalizadas, así como promover la autoeficacia, aunque solo a corto plazo, y el mantenimiento del bienestar psicológico. Aunado a ello, de acuerdo con los resultados obtenidos, será importante prestar especial atención a la caracterización de la población adulta mayor en función del estrato socioeconómico, nivel educativo, diagnóstico psiquiátrico y movilidad. En especial al diagnóstico psiquiátrico, debido a que en los estudios revisados solo han abordado la depresión y la demencia, a pesar de tener alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos persistentes. Por tanto, se sugiere que esta variable sea

tomada en cuenta para la intervención sobre la calidad de vida de este subgrupo de la población adulta mayor.

Además de lo anterior, se resalta que el sexo es una variable que influye en los resultados, ya que puede influir en la adherencia a los tratamientos, y no tanto por la capacidad que tienen las mujeres o los hombres de desarrollar estrategias de afrontamiento proactivo. Es este sentido, se sugiere ampliar los estudios de género a la población adulta mayor, de acuerdo con cada generación, de forma que se identifiquen patrones de conducta que puedan estar teniendo un efecto positivo o negativo en la adherencia al tratamiento.

Por otra parte, un aspecto característico de la intervención fue que las personas mayores decidieran sus metas y socializaran en su grupo el avance de las mismas. Esto permite que las personas mayores tomen un papel ativo en el cuidado de su salud, favoreciendo una relación horizontal con el personal de salud. Mientras que centra el enfoque en la persona mayor, reconociendo su capacidad de decisión, autonomía, satisfacción de necesidades propias y desarrollo de intereses personales.

Respecto a lo anterior, de acuerdo con lo observado en éste y otros estudios, se refuerza la idea de que la modalidad grupal, en personas mayores, es particularmente útil, aunque se añade la sugerencia de que la persona moderadora del grupo promueva que las personas mayores participen entre ellas, con el objetivo de no centrar la participación en la relación persona mayor-personal de salud. Esto se esperaría que no solo permitiera mejorar la CV, o demás variables estudiadas, sino también la interacción social entre residentes, aún sin la presencia del personal de salud. Algunas actividades pueden ser: danza, juegos de mesa, terapias grupales, grupos focales, discusión de películas, clubes de lectura, etc.

No obstante, no se puede ignorar que los ambientes institucionalizados son espacios con reglas, donde el personal de salud es quien regula y cumple con las acciones de cuidado y satisfacción de necesidades básicas, lo cual puede afectar a la percepción de autoeficacia de

las personas mayores. Sin embargo, dichas reglas no implican estrictamente que la persona no pueda desarrollar proyectos personales. Aunque para ello también es fundamental que el medio en el que la persona mayor convive, presente dinámicas y políticas que favorezcan la interacción y consecusión de metas individuales y grupales, como fue el caso de la residencia Teodoro Gildred. Considerando que dichas condiciones propicias permiten incrementar la calidad de vida no solo de población con sus funciones físicas preservadas, sino, aún más, favorece a personas mayores con deterioro físico considerable. Esto a causa de que lo que se desarrollan y mantienen son conductas propias de la capacidad funcional, es decir, la forma eficaz en que la persona interactúa con su medio, con el objetivo de atender sus propias necesidades.

Siguiendo la misma línea, se recalca la idea de que las intervenciones que involucran el aprendizaje de conductas deben integrar técnicas psicológicas basadas en evidencia científica, y, naturalmente, psicólogos. Esto sin dejar de atender las problemáticas de forma interdisciplinaria, considerando todos los aspectos biopsicosociales que están inmersos en esta población.

En cuanto a este punto, se sugiere llevar a cabo más investigación con adultos mayores, institucionalizados y no institucionalizados, considerando que, desde los datos sociodemográficos, existen diferencias visibles. Además de que la población adulta mayor es un grupo diverso. En este sentido, el interés está en conocer cuáles son esas diferencias, cómo se comportan los grupos y, particularmente, identificar las necesidades de esta población, para intervenir en ellas. Al respecto, se detectaron dos necesidades a tomar en cuenta: 1) la adaptación de los instrumentos a población con diferentes problemáticas de salud y condiciones sociales o, en su defecto, la especificación de los mismos con respecto a qué subgrupo de la población adulta mayor están dirigidos, y 2) el estudio de las diferencias entre población institucionalizada y no institucionalizada, en cuanto al apoyo social, la satisfacción

de la relación con la familia, amigos, vecinos, compañeros, etc, y cómo esto influye en las variables de interés, ya que los estudios reportados son de medio oriente.

Por último, las relaciones sociales conforman un aspecto importante, no solo en las personas mayores, sino en cualquier grupo poblacional, considerando que las personas son seres sociales, por lo que se construyen a partir de la interacción. Además, promover el aprendizaje de conductas que les permitan desarrollar intereses personales, en un ambiente social, permite la autonomía, y contribuye ampliamente en la CV.

Limitaciones

Durante la intervención, la limitación más importante fue que el estudio se llevó a cabo con base a un diseño pre experimental y una muestra pequeña, por lo que los resultados no se pueden generalizar. Es decir, no se sabe en qué medida los efectos de la intervención estuvieron influenciados por ciertas variables externas, como son: los demás programas en los que participaban las personas mayores, las visitas de familiares, los problemas con otros residentes, los cambios en la alimentación, el fallecimiento de residentes o personas cercanas.

Así mismo, las características sociodemográficas de la muestra, ya indicaba condiciones diferentes al promedio de la población adulta mayor mexicana, de modo que la mayoría tenía un nivel educativo alto y la participación fue equitativa entre hombres y mujeres. Además de que se consideraron algunas variables poco contempladas como son el diagnóstico psiquiátrico y la movilidad. Situación que abre la interrogante de cómo podrían comportarse las variables de interés en población adulta mayor con características sociodemográficas similares a las del promedio.

En otro punto, debido al tamaño de la muestra, no se pudieron realizar contrastes entre subgrupos, para valorar diferencias en CV, bienestar psicológico, autoeficacia y habilidades sociales, definidos con respecto a las variables diagnóstico psiquiátrico,

movilidad, sexo, estado de salud, entre otras. Por ese motivo, no se sabe con certeza si alguna de estas variables afectó favorable o desfavorablemente los resultados de la intervención.

Como último aspecto a resaltar, durante la interacción con las personas mayores se observó que los problemas sociales con otros residentes o familiares era un aspecto que las personas referían con frecuencia. Además, a pesar de que se incluyó una pregunta de apoyo social percibido en la hoja de datos sociodemográficos, ésta no estaba adaptada para población institucionalizada, por lo que este dato no fue suceptible a análisis. En este mismo sentido, algunos de los instrumentos empleados contemplaban preguntas que no estaban adaptadas a población institucionalizada, por lo que los resultados pudieron haberse visto sesgados.

Referencias

Acuña, M. (2012). *Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores.* [Tesis de doctorado]. Universidad Nacional Autónoma de México. http://132.248.9.195/ptd2013/agosto/0700272/0700272.pdf

Alvarado, A. y Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, *25*(2), 57-62. https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf

Álvarez, J., Gonzalo, J. y Rodríguez, J. M. (2011). Envejecimiento y nutrición. *Nutrición Hospitalaria*, *4*(3), 3-14. https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226782001.pdf

American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing. https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf

Andrade, L. (2010). La socialización de los seres humanos: Una realidad diferenciada. *El Cotidiano*, *160*, 85-89. https://www.redalyc.org/pdf/325/32512766010.pdf

Aragonès, E., Piñol, J. L. y Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención Primaria*, *41*(10), 545-551. Doi: 10.1016/j.aprim.2008.11.011

Aspinwall, L. G. y Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, *121*(3), 417-436. Doi: 10.1037/0033-2909.121.3.417

Aspinwall, L. G. (2001). Dealing with adversity: Self-regulation, coping, adaptation, and health. En: A.Tesser y N. Schwarz. (Eds.), *Blackwell handbook of social psychology: Iintraindividual processes*, (pp. 591-610). Blackwell Publishers.

Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, *28*(2), 117-148. Doi: 10.1207/s15326985ep2802_3

Bhushan, B., Gautam, R. y Greenglass, E. R. (2010). The Hindi adaptation and standardization of the proactive coping inventory (PCI). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *10*(2), 331-343. https://www.redalyc.org/pdf/560/56017095009.pdf

Bode, C., De Ridder, D., Kuijer, R. G. y Bensing, J. M. (2007). Effects of an intervention promoting proactive coping competencies in middle and late adulthood. *The Gerontologist*, *47*(1), 42-51. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17327539/

Breytspraak, L. & George, L. (1979). Measurement of self-concept and self-esteem in older people: State of the art. *Experimental Aging Research*, *5*(2), 137-148. Doi: 10.1080/03610737908257192

Bruch, M. y Meyer, V. (1996). La entrevista conductual. En: G. Buela-Casal, V. Caballo, y J. Sierra. (Eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. (pp. 85-105). Siglo XXI.

Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* Siglo XXI.

Cardiel, R. (1994). La medición de la calidad de vida. En: L. Moreno, F. Cano-Valle, y H. García-Romero. (Eds.). *Epidemiología clínica*, (pp-189-199). McGraw Hill.

Candia, B. RA. y Caiozzi, A. G. (2005). Intervalos de confianza. *Revista Médica de Chile*, *133*(9), 1111-1115. https://www.redalyc.org/pdf/1771/177116708017.pdf

Carmona, S. (2015). La contribución de la vida social al bienestar en la vejez. *Entreciencias*, *3*(8), 393-401. https://www.redalyc.org/pdf/4576/457644946010.pdf

Carmona, S. y Ribeiro, M. (2010). Actividades sociales y bienestar social en el envejecimiento. *Papeles de Población*, *16*(65), 163-185. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000300006

Chia-Huei, W., Kun-Hu, C. y Grace, Y. (2008). Validation of the Proactive Coping Scale in a sample of Chinese population. *Journal of Psychology in Chinese Societies*, *9*(1), 103–120. http://ntur.lib.ntu.edu.tw/bitstream/246246/173427/1/65.pdf

Chong, A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *28*(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200009

Coffin, N. y Salinas, J. (2018). Técnicas de relajación y meditación. En: P. Valladares y A. Rentería. (Coords.), *Psicoterapia cognitivo conductual. Técnicas y procedimientos* (pp. 2-51). Universidad Nacional Autónoma de México.

Coindreau-Frías, F., Ramos-Bacco, M., Barba-Marines, A., Gutiérrez-Torres, A., Barrera-Saldaña, H. y Valero-Gómez, J. (2018). Características del adulto mayor institucionalizado en el área metropolitana de Monterrey. *Salud Pública de México*, *60*(6), 738. Doi: 10.21149/10011

Consejo Nacional de la Población. (2 de noviembre de 2019). *Informa CONAPO sobre la esperanza de vida de la población mexicana.* https://www.gob.mx/segob/prensa/informa-conapo-sobre-la-esperanza-de-vida-de-la-poblacion-mexicana?idiom=es

Contreras, D., Moreno, M., Martínez, N., Araya, P. y Livacic-Rojas, P. (2006). Efecto de una intervención cognitivo conductual sobre variables emocionales en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *38*(1), 45-58. https://www.redalyc.org/pdf/805/80538103.pdf

Cormier, W. y Cormier, S. (1997). *Estrategias de entrevista para terapeutas. Seleccionar y definir los resultados deseados.* Desclée de Brouwer.

Cormier, W. y Cormier, S. (2000). Componentes de una relación terapéutica efectiva. En: W. Cormier y L. S. Cormier. (Eds.). *Estrategias de entrevista para terapeutas*, (pp. 35-75). Desclée.

Creagh, M., García, D. y Valdés, R. (2015). Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, *14*(6), 884-892. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000600017

Czaja, S. J., Boot, W. R., Charness, N., Rogers, W. A. y Sharit, J. (2018). Improving social support for older adults through technology: Findings form the PRISM randomized controlled trial. *The Gerontological Society of America*, *58*(3), 467-477. Doi: 10.1093/geront/gnw249

Del Valle, M., Prieto, J. A., Nistal, P., Martínez, P. C. y Ruíz, L. (2016). Impacto de las estrategias de ejercicio físico en la cvrs de adultos mayores sedentarios. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, *16*(64), 739-756. https://www.redalyc.org/pdf/542/54248818008.pdf

Ruiz, M. I., Díaz, M. A. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales.* Desclée.

Dinamarca, J. (2015). *Fracturas de cadera en la persona mayor: Características epidemiológicas, diferencias según ubicación anatómica y mortalidad intrahospitalaria como elementos para mejorar la calidad de vida.* [Tesis de Doctorado]. Universidad de Granada. https://digibug.ugr.es/handle/10481/43943

Diniz, A., Da Silveira, R., Nunes, G., Rodrigues, M. y De Lima, V. (2018). Active aging and its interface with social determinants of health. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, *12*(1), 15-23. Doi: 10.5327/Z2447-211520181700078

Dobson, K. S. y Franche, R. L. (1991). La práctica de la terapia cognitiva. En: V. E. Caballo. (Ed.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp- 493-525). Siglo XXI.

Federación Iberoamericada de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. [FIAPAM]. (20 de mayo de 2016). *Adultos mayores institucionalizados: Íconos del abandono y la soledad.* https://fiapam.org/adultos-mayores-institucionalizados-iconos-del-abandono-y-la-soledad/#:~:text=%C2%BFInstitucionalizados%20o%20depositados%3F,del%20Estado%2C%20municipal%20o%20provincial

Fernández-Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. *Encuentros multidisciplinarios, 16*. http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf

Fernández-Ballesteros, R. y Maciá, A. (1993). Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales. *Intervención Psicosocial*, *11*(5) 77-94.

Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A. y Kalache, A. (2013). Active aging: A global goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. Doi: 10.1155/2013/298012

Fernández-Ballesteros, R., Olmos, R., Santacreu, M., Bustillos, A., Schettini, R., Huici, C. y Rivera, J. M. (2017). Assessing aging stereotypes: personal stereotypes, self-stereotypes and self-perception of aging. *Psicothema*, *29*(4), 482-489. doi: 10.7334/psicothema2016.314

Flores-Kanter, P. E., Muñoz-Navarro, R. y Medrano, L. A. (2018). Concepciones de la felicidad y su relación con el bienestar subjetivo: Un estudio mediante redes

semánticas naturales. *Revista Peruana de Psicología*, *24*(1), 115-130. https://www.redalyc.org/journal/686/68656777008/html/

Folstein, M. F., Folstein, S. E. y McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state. A practical method for garding the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12*(3), 189-198. Doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.

Franco, M. (2015). La medición del estrés en contextos académicos en estudiantes universitarios [Tesis de doctorado]. Universidade da Coruña. https://core.ac.uk/download/pdf/61916735.pdf.

Fries, J. F. (2012). The theory and practice of active aging. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, *2012*, 1-6. Doi: 10.1155/2012/420637

Fusté, M., Pérez, M. y Paz, L. E. (2017). Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. *Revista Novedades en Población*, *14*(27), 1-9. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782018000100012

Gallardo-Peralta, L., Conde-Llanes, D., y Córdova-Jorquera, I. (2016). Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. *Gerokomos*, *27*(3). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000300004

González-Celis, A. (2009). Autoeficacia para realizar actividades cotidianas (AeRAC) en ancianos mexicanos. En: A. L. González-Celis (Comp.). *Evaluación en Psicogerontología* (pp.47-75). México: Manual Moderno.

González-Celis, A. y Gómez-Benito, J. (2013). Quality of life in the elderly: Psychometric properties of the WHOQOL-OLD module in Mexico. *Health*, *5*(12A), 110-116. Doi: 10.4236/health.2013.512A015

González-Celis, A. y Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Universitas Psychologica Bogotá*, *5*(3), 501-509. http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a06.pdf

Gorenko, J. A., Moran, C., Flynn, M., Dobson, K. y Konnert, C. (2021). Social isolation and psychological distress among older adults related to COVID-19: A narrative review of remotely-delivered interventions and recommendations. *Journal of Applied Gerontology*, *40*(1), 3-13. Doi: 10.1177/0733464820958550

Greenglass, E., Schwarzer, R., Jakubiec, D., Fiksenbaum, L. y Taubert, S. (12-14 de julio de 1999). *The proactive coping inventory (PCI): A multidimensional research instrument* [Sesión de conferencia]. Conferencia internacional de la sociedad de investigación sobre estrés y ansiedad (STAR), Cracovia, Polonia.

Gutiérrez, C. (2009). Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: Una propuesta metodológica para su interpretación. *Hallazgos*, *6*(12), 201-213. https://www.redalyc.org/pdf/4138/413835200009.pdf

Guzmán, J., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social en las personas mayores: Marco conceptual. *Notas de Población*, *30*(77), 35-70. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12750/np77035070_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Herazo-Beltrán, Y., Pinillos, Y., Vidarte, J., Crissien, E., Suarez, D. y García, R. (2017). Predictors of perceived barriers to physical activity in the general adult population: A cross-sectional study. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, *21*(1), 44-50. Doi: 10.1016/j.bjpt.2016.04.003

Hernández Sampieri, R. y Mendoza Torres, C. P. (2014). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.* McGrawHill.

Hernández-Navor, J. C., Guadarrama-Guadarrama, R., Castillo-Arellano, S. S., Arzate, G. y Márquez-Mendoza, O. (2015). Validación del WHOQOL-OLD en adultos mayores de México. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, *7*(3), 397-405. http://www.psiencia.org/ojs/index.php/psiencia/article/view/181

Hilliard, K. y Lauderdale, S. (2011). *Cognitive behavior therapy with older adults.* Springer.

Hosogoshi, H., Iwasa, K., Fukumori, T., Takagishi, Y., Takebayashi, Y., Adachi, T., Oe, Y., Tairako, Y., Takao, Y., Nishie, H., Kanie, A., Kitahara, M., Enomoto, K., Ishii, H., Shinmei, I., Horikoshi, M. y Shibata, M. (2020). Pilot study of a basic individualized cognitive behavioral therapy program for chronic pain in Japan. *BioPsychoSocial Medicine*, *14*(6). Doi:10.1186/s13030-020-00176-w

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (11 de julio de 2020). *Estadísticas a propósito del día mundial de la población. Datos nacionales.* https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Poblacion2020_Nal.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (29 de septiembre de 2021). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores (1º de octubre).* https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYOR_21.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres (2007). *El impacto de los estereotipos y los roles de género en México.* http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100893.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres. (2015). *Situación de las personas adultas mayores en México*. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf

Instituto Nacional de Salud Pública. (26 de agosto de 2020). *Estudio global sobre el envejecimiento y la salud del adulto.* https://www.insp.mx/avisos/4516-envejecimiento-salud-adulto.html

Irvine, J, Firestone, J., Ong, L., Cribbie, R., Dorian, P., Harris, L., Ritvo, P., Katz, J., Newman, D., Cameron, D., Johnson, S., Bilanovic, A., Hill, A., O'Donnell, S. y Sears Jr, S. (2011). A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy tailored to psychological adaptation to an implantable cardioverter defibrillator. *Psychosomatic Medicine*, *73*(3), 226-233. Doi: 10.1097/PSY.0b013e31820afc63

Izquierdo, E., Fernández, E., Sitjas, M., Elias, M. y Chesa, D. (2003). Depresión y riesgo de demencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *87*, 31-52. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000300003

Jiménez-Benítez, M., Fernández, S., Robles, I., Moreno-Másmela, S., López-Jaramillo, C., García-Valencia, J., Palacio-Acosta, C. y Ospina-Duque, J. (2003). Características neuropsicológicas del trastorno bipolar I. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *32*(4), http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502003000400004

Kahana, E., y Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. En: V. L. Bengston. (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18-40). Springer Publishing Company.

Kazdin, A. (1993). La aparición de la modificación de conducta. En: A. Kazdin. (Ed.), *Clinical psychology handbook.* (pp. 107-158). Pergamon.

Kroese, F. M., Adriaanse, M. A., Vinkers, C. D., Van de School, R. y De Ridder, D. T. D. (2015). The effectiveness of a proactive coping intervention targeting self-management in diabetes patients. *Psychology and Heath*, *29*(1), 110-125. Doi: 10.1080/08870446.2013.841911

Labrador, F. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Pirámide.

Lak, A., Rashidghalam, P., Myint, P. K. y Baradaran, H. R. (2020). Comprehensive 5P framework for active aging using the ecological approach: An interactive systematic review. *BMC Public Health*, *20*(33). Doi: 10.1186/s12889-019-8136-8

Landinez, N. S., Contreras, K. y Castro, A. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, *38*(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400008

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company.

Ledesma, R., Macbeth, G. y Cortada de Kohan, N. (2008). Tamaño del efecto: revisión teórica y aplicaciones con el sistema estadístico vista. Revista Latinoamericana de Psicología, 40(3), 425-439. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342008000300003

León, C. A., García, M. y Rivera, S. (2019). Escala de bienestar psicológico para adultos mayores: Construcción y validación. *Psicología Iberoamericana*, *26*(2), 8-18. https://www.redalyc.org/journal/1339/133959841003/html/

Lien-Tan, P. (2017). Vejez y envejecimiento en China. *Estudios de Ásia y África*, *52*(2). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-654X2017000200459

Lima da Silva, T. B., Dos Santos, G., Bagli Moreira, A. P., Akina Ishibashi, G., Rossetto Verga, C. E., De Moraes, L. C., Prata Lessa, P., Pereira Cardoso, N., Nascimento Ordonez, T. y Dozzi Brucki, S. M. (2021). Cognitive interventions in mature and older adults, benefits from psychological well-being and quality of life. A systematic review study. *Dement Neuropsychological*, *15*(4), 428-239. http://dx.doi.org/10.1590/1414-431X20133418

Limón, M. R. y Ortega, M. C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, (6), 225-238. http://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/68.pdf

Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Dia Sahun, J. L., De la Camara, C., Ventura Faci, T., Morales Asin, F., Pascual, L. F., Montanes, J. A. y Aznar, S. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. Medicina Clínica, 5(112), 767-774. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10422057/

Maia, A. C. C. O., Braga, A.A., Soares-Filho, G., Pereira, V., Nardi, A. E. y Silva, A. C. (2014). Efficacy of cognitive behavioral therapy in reducing psyquiatric symptoms in patients with implantable cardioverter defibrillator: An integrative review. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, *47*(4), 265-272. Doi: 10.1590/1414-431X20133418

Martínez Pérez, T., González Aragón, C., Castellón León, G. y González Aguiar, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida; ¿éxito o dificultad?. *Revista Finaly*, *8*(1), 59-65. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2221-24342018000100007&script=sci_abstract&tlng=es

Molina Arias, M. (2013). El significado de los intervalos de confianza. *Pediatría Atención Primaria*, *15*(57), 91-94. https://www.redalyc.org/pdf/3666/366638747016.pdf

Méndez, F. X., Olivares, J. y Quiles, M. J. (2014). Técnicas de relajación y respiración. En J. Olivares y F. J. Méndez (Coords.), *Técnicas de modificación de conducta* (4ª ed, pp. 27-78). Biblioteca Nueva.

Montoya-Arce, B., Romero, Z. y Montoya, J. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de*

Población, *23*(93), 59-93. https://www.redalyc.org/jatsRepo/112/11252977003/html/index.html

Muñoz, R. (2015). Diferencias en la autopercepción entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Gerokomos*, *26*(*2*). https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000200002

Morrison, J. (2015). Comunicar los resultados al paciente. En: J. Morrison. (Ed.), *La entrevista psicológica* (pp. 205-212). Manual Moderno.

Naciones Unidas. (26 de julio al 6 de agosto de 1982). *Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento.* Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Viena, Austria. https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Plan_Viena_sobre_Envejecimiento_1982.pdf

Naciones Unidas. (19 de julio de 2013). *Seguimiento del año internacional de las personas de edad: Segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento*. España. https://www.un.org/es/events/pastevents/ageing_assembly2/

Nava-Quiroz, C., Vega-Valero, C. y Soria, R. (2009). Escala de modos de afrontamiento: Consideraciones teóricas y metodológicas. *Universitas Psychologica*, *9*(1), 139-147. http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n1/v9n1a11.pdf

Neubauer, A. B., Smyth, J. M. y Sliwinski, M. J. (2019). Age differences in proactive coping minor hassles in daily life. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, *74*(1). https://doi.org/10.1093/geronb/gby061

Nezu, A. M., Nezu, C. M. y D'Zurilla, T. J. (2014). *Terapia de solución de problemas: Manual de tratamiento.* Desclée de Brouwer.

Nieto, M. L. y Alonso, L. M. (2007). ¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional?. *Salud Uninorte*, *23*(2), 292-301. https://marcalyc.redalyc.org/pdf/817/81723214.pdf

Oficina Estadística de la Unión Europea. [EUROSTAT]. (21 de diciembre de 2020). *Estructura demográfica y envejecimiento de la población.* https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/es#El Porcentaje De Personas Mayores Sigue Aumentando

Olivari, C. y Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, *13*(1), 9-15. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la salud.* Glosario. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud. (2006). *WHOQOL user manual.* World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/77932?locale-attribute=es&

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/

Organización Mundial de la Salud. (1 de octubre de 2016). *Envejecimiento y ciclo de vida*. https://www.who.int/ageing/es/

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Datos interesantes acerca del envejecimiento*. https://www.who.int/ageing/about/facts/es/

Organización Panamericana de la Salud (2020). *El número de adultos mayores con necesidades de cuidado a largo plazo se triplicará para 2050 en las Américas, advirtió la OPS.* https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15474:number-of-older-adults-with-long-term-care-needs-will-triple-by-2050-paho-warns&Itemid=1926&lang=es

Ouwehand, C., de Ridder, D. T. D. y Bensing, J. M. (2008). Individual differences in the use of proactive coping strategies by middle-aged and older adults. *Personality and Individual Differences*, *45*(1), 28-33. Doi: 10.1016/j.paid.2008.02.013

Palma-Candia, O., Hueso-Montoro, C., Ortega-Valdivieso, A., Montoya-Juárez, R. y Cruz-Quintana, F. (2016). Factores sociodemográficos y de participación social relacionados con el bienestar psicológico en adultos mayores en la región de Magallanes, Chile. *Revista Médica de Chile*, *144*(10), 1287-1296. https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n10/art08.pdf

Peiró, J. M. (2009). *Nuevas tendencias en la investigación sobre estrés laboral y sus implicaciones para el análisis y prevención de los riesgos psicosociales*. www.ivie.es/downloads/2009/09/Leccion_magistral_JMPeiro

Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos, C. y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: Una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología. 51*(4), 229-241. Doi: 10.1016/j.regg.2015.10.003

Procuraduría General del Consumidor. (28 de agosto de 2019). *Tecnologías de la información y comunicación. Que la edad no sea un obstáculo.* https://www.gob.mx/profeco/documentos/tecnologias-de-la-informacion-y-comunicacion-que-la-edad-no-sea-un-obstaculo?state=published

Ramos, F. (2001). La salud y calidad de vida en las personas mayores. *Universidad de Salamanca*. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/743587.pdf

Razo, A. M., Díaz, R. y López, M. P. (2017). Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores. *Revista Conamed*, *23*(2), 58-65. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6508622

Reyes, I. y Castillo, J. A. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*,

30(3), 354-359. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002011000300006

Rosique, M. T. y Sanz, T. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. *Análisis y Modificación de Conducta*, *39*(159), 17-23. http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/9861/Tratamiento_cognitivo_conductual.pdf?sequence=2

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it?, Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(*6*), 1069-1081. Doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069

Sales, D., Serra, A., Luksevicius, R. y Dos Santos, L. (2010). Repercussions of training and detraining by water-based exercise on functional and fitness and quality of life: A short-term follow-up in healthy older women. *Clinics*, *65*(12) 1305-1309. Doi: 10.1590/s1807-59322010001200013

Salinas Pérez, J. (2012). *Introducción a la terapia cognitivo conductual*. Instituto Cognitivo-Conductual de Salud Mental de México.

Sánchez, L. M., González Pérez, U., Alerm, A. & Bacallao, J. (2014). Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, *13*(2), 337-349. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180431105016

Sánchez-Sosa, J. J. y González-Celis R. A. L. (2006). 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.). Pirámide.

Serrani, D. (2008). Modelo psicosocial y de género de la discapacidad funcional en adultos mayores. El rol del afrontamiento proactivo y los recursos sociales. *Alcmenon*, *14*(4), 42-55. http://alcmeon.com.ar/14/56/07_mayores.pdf

Sevilla, M., Salgado, M. C. y Osuna, N. C. (2015). Envejecimiento activo. Las TIC en la vida del adulto mayor. *RIDE Revista Latinoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, *6*(11). https://www.redalyc.org/pdf/4981/498150319034.pdf

Skinner, B. F. (1971). *Ciencia y conducta humana.* Fontanella.

Smith, G. L., Banting, L., Eime, R., O'Sullivan, G. y Van Uffelen, J. G. Z. (2017). The association between social support and physical activity in older adults: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, *14*(1). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28449673/

Solano, N. y Gallagher-Thompson, D. (2001). Intervenciones cognitivo-conductuales para la depresión en personas mayores. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión en personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *36*(4), 189-194. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-intervenciones-cognitivo-conductuales-depresion-personas-mayores--S0211139X01747191

Sougleris, C. y Ranzijn, R. (2011). Proactive coping in community-dwelling older australians. *The international Journal of aging and human development*, *72*(2), 155-168. Doi: 10.2190/AG.72.2.d

Sowa, A., Tobiasz-Adamczyk, B., Topór-Madry, R., Poscia, A. y Ignazio la Milia, D. (2016). Predictors of healthy ageing: Public health policy targets. *BMC Health Services Research. 16*(5), 441-479. https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1520-5

Suarez, M. A. (2011). Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Revista Médica La Paz*, *17*(1). http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000100010

Temprano, M. S. (2015). Comunicación y resiliencia ante la enfermedad en la relación terapéutica médico-paciente [Tesis de doctorado]. Universidad de Salamanca. https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/129290/DPETP_TempranoPe%c3%b1%c3%adnMS_Comunicaci%c3%b3n_y_resiliencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Thoolen, B. J., De Ridder, D., Bensing, J., Gorter, K. y Rutten, G. (2009). Beyond good intentions: The role of proactive coping in achieving sustained behavioral change in the context of diabetes management. *Psychology & Health*, *24*(3), 237-254. Doi: 10.1080/08870440701864504

Tuesca, R. (2005). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Revista Científica Salud Uninorte*, *21*(2). https://www.redalyc.org/pdf/817/81702108.pdf

Urzúa, A. y Caqueo-Urízar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, *30*(1), 61-71. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006

Vargas, J. A. (2006). Psicología clínica: Consideraciones generales. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, *9*(2), 49- 61. https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol9num2/vol9n2art3.pdf

Vera, M. y Vila, J. (1991). Técnicas de relajación. En: V. E. Caballo. (Coord.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 161- 181). Siglo XXI.

Vergara-Lope, S. y González-Celis, A. (2009). Psicoterapia cognitivo conductual de grupo manualizada como una alternativa de intervención con adultos mayores. *Revista*

Intercontinental de Psicología y Educación, *11*(2), 155-189. https://www.redalyc.org/pdf/802/80212414010.pdf

Vidarte, J. A., Quintero, M. V. y Herazo, Y. (2012). Efectos del ejercicio físico en la condición de salud física y funcional, y la estabilidad en adultos mayores. *Revista hacia la Promoción de la Salud*, *17*(2), 79-90. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126826006

Vinkers, C.D.W., Adriaanse, M.A., Kroese, F.M. y Ridder, D.T.D. (2013). Efficacy of a self-management intervention for weight control in overweight and obese adults: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*. Doi: 10.1007/s10865-013-9530-9

Winningham, R. G. y Pike, N. L. (2014). A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging & Mental Health*, *11*(6), 716-721. Doi: 10.1080/13607860701366228

Wu, F. y Sheng, Y. (2019). Social support network, social support, self-efficacy, health-promoting behavior and healthy aging among older adults: A pathway analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *85*. Doi: 10.1016/j.archger.2019.103934

Zainab, I. y Wan, W. (2012). Self-concept among the older people in malaysia. *Advances in Natural and Applied Sciences*, *6*(3), 392-395.

Zambianchi, M. (2014). *The role of proactive coping strategies and perceived health status for social well-being and life-project in old age.* [Tesis de doctorado]. Universidad de Bolonia.

Zetina Lozano, M. G. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, *5*(19), 23-41. https://www.redalyc.org/pdf/112/11201903.pdf

Bibliografía

Ávila-Funés, J. A. y García-Mayo, E. J. (2004). Beneficios de la práctica del ejercicio en los ancianos. *Gaceta Médica de México*, *140*(4) https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000400013

Bocalini, D. S., Serra, A. J., Luksevicius Rica, R. y Dos Santos, L. (2010). Repercussions of training and detraining by water-based exercise on functional and fitness and quality of life: a short-term follow-up in healthy older women. *Clinics*, *65*(12), 1305-1309. https://doi.org/10.1590/S1807-59322010001200013

Cardona García, N., Granada Ramírez, J. C, Tapasco Ypia, M. A. y Tonguino-Rosero, S. (2016). Efecto de un programa de ejercicios respiratorios y aeróbicos en medio acuático versus terrestre para adultos mayores. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, *48*(4), 516-525. http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n4-2016010

Ceballos Gurrola, O., Álvarez Bermúdez, J. y Medina Rodríguez, R. E. (2012). Actividad física y calidad de vida en adultos mayores. Un análisis en la ciudad de Monterrey. En: O. Ceballos. (Ed.), *Actividad física en el adulto mayor* (pp. 1-139). El manual moderno. http://eprints.uanl.mx/4476/1/Capitulos%20de%20libro.pdf

Deck, C., Ross, J., Stevenson, F., Pal, K., Gubert, E., Michie, S., Yardley, L., Bernard, M., May, C., Farmer, A., Wood, B. y Murray, E. (2019). A digital self-management intervention for adults with type 2 diabetes: Combining theory, data and participatory design to develop HeLP-Diabetes. *Internet Interventions*, *17*. https://doi.org/10.1016/j.invent.2019.100241

De Hoyos Alonso, M. C., Gorroñogoitia Iturbe, A., Lesende, I. M., Baena Díez, J. M., López-Torres Hidalgo, J., Magán Tapia, P., Acosta Benito, M. A. y Herreros Herreros, Y. (2018). Actividades preventivas en los mayores. Actualización PAPS 2018. *Atención primaria*, *50*(1), 109-124. https://doi.org/10.1016/S0212-6567(18)30365-2

Dobbins, M., Bauk, S. y Albers., J. (2018). Therapist-guided, internet-delivered cognitive behavior therapy for anxiety. *American Family Physician*, *98*(7), 459-460. https://www.aafp.org/afp/2018/1001/afp20181001p459.pdf

Mendes-Santos, C., Weiderpass, E., Santana, R. & Andersson, G. (2019). A guided internet-delivered individually tailored ACT-influenced cognitive behavioural intervention to improve psychosocial outcomes in breast cancer survivors (iNNOVBC): Study protocol. *Internet Interventions*, *17*. https://doi.org/10.1016/j.invent.2019.01.004

Meneghini, V., Hauser, E., Monteiro Lourenço, C. L. y Rodrigues Barbosa, A. (2020). Effects of exergames and resistance training on well-being in older adults: a randomized clinical trial. *Geriatrics Gerontology and Aging*, *14*(3), 152-159. https://doi.org/10.5327/Z2447-212320202000042

Organización Mundial de la Salud. (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores

Organización Mundial de la Salud. (19-25 de mayo de 1999). *52a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, resoluciones y decisiones.* https://apps.who.int/iris/handle/10665/258908

Sims Rodríguez, M., Ramírez Leyva, D., Pérez Castro, K. y Gómez García, K. (2017). Intervención sicológica en adultos mayores con depresión. *Humanidades Médicas*, *17*(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000200005

Vaculíkóvá, J. (2017). Testing the uni-dimensionality of Proactive and Preventive Coping. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *17*(3), 327-335. https://www.redalyc.org/pdf/560/56054637004.pdf

Consentimiento informado

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Lic. en Psicología

Folio:

Carta de aceptación del participante

El presente es un proyecto de tesis titulado “Efecto de una intervención cognitivo conductual basada en afrontamiento proactivo, sobre la calidad de vida de adultos mayores”, desarrollado por la egresada de Licenciatura María Fernanda Casado Álvarez. Ahora bien, este documento es una invitación para participar, sin embargo, antes de tomar dicha decisión, es importante que usted conozca y comprenda la siguiente información sobre la investigación. Por favor pregunte cualquier información que desee conocer. Su consentimiento para participar en la presente investigación se dará por entendido al firmar y recibir una copia de la presente forma.

Este proyecto tiene la finalidad de brindar un taller a las personas mayores de la residencia Teodoro Gildred, para evaluar su efecto en la calidad de vida, habilidades sociales, autoeficacia y bienestar psicológico de los participantes. Por ello, se espera que los beneficios se reflejen en la mejora y/o mantenimiento de dichas áreas, que principalmente se traducen en desarrollo personal y mejores relaciones sociales.

El taller no tiene costo, y se llevará a cabo una vez a la semana, durante tres meses, con una duración de una hora por sesión. Su participación no implica algún riesgo, y en caso de cumplir con los criterios del programa, consistirá primeramente en resolver cuestionarios previos a la intervención.

Posteriormente usted estará activo en sesiones tanto individuales como grupales. Las sesiones grupales se llevarán a cabo con los compañeros de la residencia que estén participando. Entre las sesiones habrá algunas tareas, que será adecuado completar para mejores resultados. Al término de la intervención, se le pedirá que resuelva algunos cuestionarios. Acción que igualmente tendrá lugar un mes después de concluir la intervención.

Se le informa que puede abandonar el proyecto en el momento que lo decida, sin alguna repercusión a su persona o respecto de las actividades que realiza en la residencia. En caso de ser así, únicamente no podrá reingresar al programa cuando este esté en etapas más avanzadas. La baja será automática luego de tres faltas.

Toda la información será confidencial y anónima, por lo que se utilizarán números de folio, garantizando que no será revelada su identidad. Esta información se mantendrá resguardada en una memoria externa durante cinco años, y posteriormente será vaciada y eliminada por medio de una computadora sin conexión a internet.

La información obtenida a través de sus respuestas será utilizada con fines exclusivamente de investigación, para aportar al mejoramiento de la calidad de vida de las personas adultas mayores en México, así como para la preparación de resúmenes estadísticos y analíticos.

Nos interesa la honestidad de sus respuestas y su participación voluntaria, en donde su permanencia durante toda la intervención permitirá mayor validez y confiabilidad en los resultados para todas las partes interesadas; por lo cual le damos de antemano nuestro sincero agradecimiento.

Yo, _____, comprendo la información anterior y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria. También me han informado que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada de esta forma de consentimiento.

_____ _____

Firma del participante **Fecha**

_____ _____

Firma del profesional de la salud **Fecha**

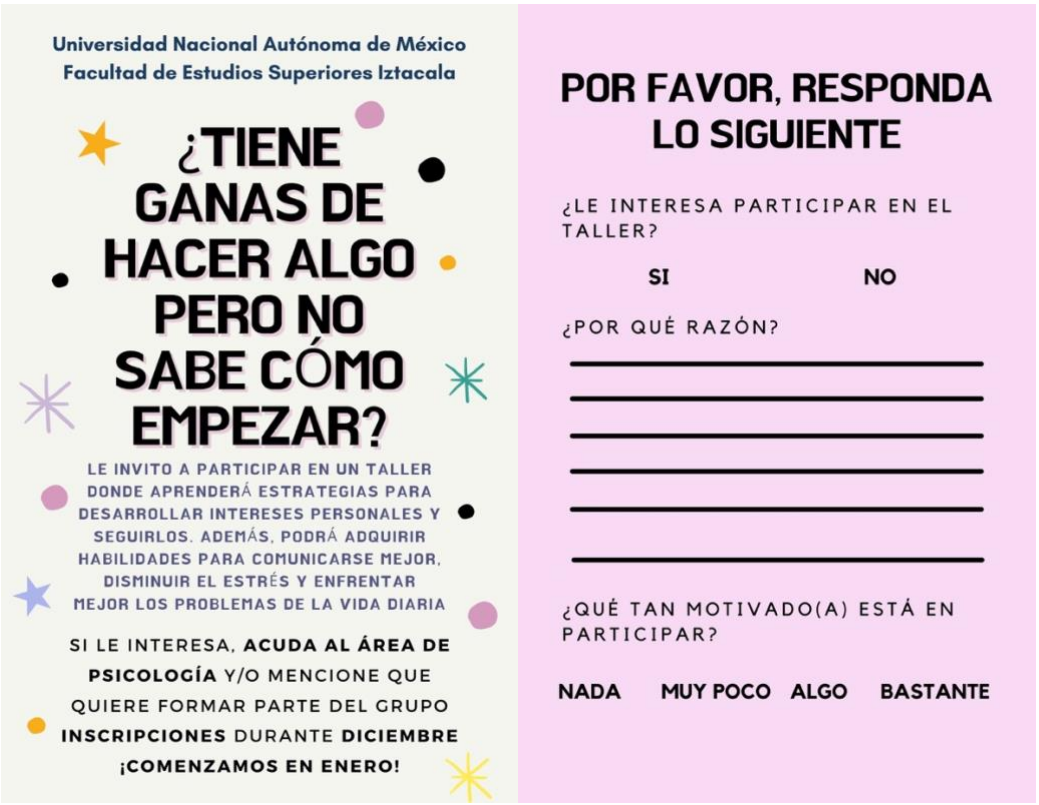
Investigadora responsable:
He explicado a _____ en qué consiste el estudio, cuáles son sus objetivos, los riesgos y beneficios que implica su participación. Declaro que conozco la normatividad para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

_____ _____

Firma del investigador **Fecha**

En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre el proyecto, puede comunicarse en cualquier momento del día con: María Fernanda Casado Álvarez, al celular: 5540410525, o al correo electrónico: mariacasadops@gmail.com.

En caso de tener dudas sobre sus derechos como participante, puede escribir a la presidenta del comité de ética de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala: M. en C. María Eugenia Izabel Heres y Pulido al correo electrónico: etica.iztacala@gmail.com

Anexos

Panfleto y póster de invitación (derecho y revés)