



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
PSICOLOGÍA Y SALUD

**EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL SOBRE EL
FUNCIONAMIENTO COGNITIVO, CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN
ADULTAS MAYORES: ESTUDIOS DE CASO.**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE: DOCTOR EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

MARÍA DE JESÚS CRUZ PERALTA

TUTOR PRINCIPAL: DRA. ANA LUISA MÓNICA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL
UNAM, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA.

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
UNAM, FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

DR. CHRISTIAN OSWALDO ACOSTA QUIRÓZ
ITSON, DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA.

DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ
UNAM, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA.

DRA. MARÍA LETICIA BAUTISTA DÍAZ
UNAM, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA.

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, noviembre 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo económico otorgado durante mis estudios. Número de CVU: 924842

Al financiamiento PAPIIT Número:IN311019

A todos los miembros de mi comité tutor y jurados. Por su apoyo y comprensión en todo momento. Especialmente a la Dra. Ana, quien no permitió que la distancia fuera impedimento para concluir este bello producto.

Por supuesto, a las participantes y coterapeutas quienes entregaron tiempo, esfuerzo y recursos a este proyecto que hoy finaliza. Esperando sea un nuevo comienzo.

DEDICATORIAS

A mi familia, especialmente a mi madre, por toda su confianza y apoyo incondicional.

*Mi hermana y la familia Prado Cruz, que siempre iluminan cuando hay
incertidumbre.*

A Alexis y Moni, cada día un nuevo esfuerzo por ser mejores personas y familia.

Los amo.

“Lo segundo, hacerlo bien. Ya sabes bien qué es lo primero” Rende Akosta

Contenido

.....	1
Resumen	7
Introducción	11
1. Envejecimiento saludable	15
2. Calidad de vida	25
3. Bienestar psicológico	27
4. Funcionamiento cognitivo	28
5. Actividades de la Vida Diaria	31
6. Terapia Cognitivo-Conductual	37
7. Intervenciones mediadas por la tecnología	43
8. Revisión de artículos científicos del 2015 al 2020 de las variables del estudio	45
Planteamiento del problema	59
Justificación	60
Objetivos	62
Metodología	63
Análisis de resultados cuantitativos	84
Análisis de resultados cualitativos	86
Discusión	108
Conclusiones	112
Referencias	116
Anexo 1. Manual de intervención	128
Anexo 2. Cuadernillo de evaluación	168
Anexo 3. Autoreportes de conducta	199
Anexo 4. Guión de la entrevista semiestructurada para participantes y coterapeutas de evaluación a dos años.	204

Contenido de Tablas y Figuras

Figura 1	18
<i>Modelo de envejecimiento saludable</i>	18
Figura 2	36
<i>Modelo de abordaje propuesto del envejecimiento saludable</i>	36
Figura 3	37
<i>Semáforo de identificador de deterioro de la capacidad funcional de las personas adultas mayores</i>	37
Tabla 1	44
<i>Ventajas y desventajas de los programas de intervención en línea</i>	44
Tabla 2	47
<i>Variables empleadas en los nueve programas de intervención revisados en los artículos analizados</i>	47
Tabla 3	48
<i>Localidad de procedencia; número de participantes; rangos de edad sexo de los participantes reportados de los programas de intervención</i>	48
Tabla 4	49
<i>Duración de los nueve programas de intervención, total de horas, número, tiempo y frecuencia de las sesiones</i>	49
Tabla 5	52
<i>Instrumentos de evaluación utilizados en los nueve programas de intervención reportados en los artículos analizados</i>	52
Figura 4	58
<i>Diagrama de flujo para la selección de artículos incluidos en la revisión</i>	58
Tabla 6	68
<i>Datos sociodemográficos de los participantes</i>	68
Figura 5	77
<i>Flujograma para la asignación de módulos</i>	77
Tabla 7	80
<i>Resumen de la ICC</i>	80
Tabla 8	81
<i>Descripción de las actividades para el módulo Relajación (R)</i>	81
Tabla 9	82
<i>Descripción de las actividades para las tres funciones cognitivas de la psicoestimulación cognitiva: memoria, orientación y atención del Módulo Psicoestimulación (PE)</i>	82
Tabla 10	83
<i>Descripción de los ejercicios de los tres procesos del modelo Selección-Optimización-Compensación (SOC; Baltes y Baltes, 1990; Donellan, 2015)</i>	83
Tabla 11	88
<i>Valor del Cambio Clínico Objetivo de las puntuaciones del funcionamiento cognitivo evaluado con la Escala de Funcionamiento Cognitivo SCIP-S</i>	88
Tabla 12	89
<i>Índices PND, NAP y PEM con cambios moderados a grandes en el funcionamiento cognitivo de las tres participantes</i>	89
Figura 6	90
<i>Presentación visual de la puntuación total del funcionamiento cognitivo en las tres participantes, contrastando con los Índices de No Solapamiento</i>	90
Tabla 13	91
<i>Valor del Cambio Clínico Objetivo de las puntuaciones de la calidad de vida evaluada con el WHOQoL-OLD</i>	91

Tabla 14	92
Índices PND, NAP y PEM con cambios moderados a grandes en la calidad de vida de las tres participantes	92
Figura 7	93
Presentación visual de la puntuación total d la Calidad de vidaen las tres participantes, contrastando con los Indices de No Solapamiento	93
Tabla 15	94
Valor del cambio Clínico Objetivo del Bienestar psicológico evaluado con la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff	94
Tabla 16	95
Índices PND, NAP y PEM con cambios moderados a grandes en el bienestar psicológico de las tres participantes	95
Figura 8	96
Presentación visual de la puntuación total d la Calidad de vidaen las tres participantes, contrastando con los Indices de No Solapamiento	96
Figura 9	97
Percepción de relajación y temperatura corporal de la participante 01R	97
Figura 10	98
Percepción de relajación y temperatura corporal de la participante 02F	98
Figura 11	99
Percepción de relajación y temperatura corporal de la participante 03T	99
Tabla 17.	144
Componentes de la ICC.	144
Tabla 18.	145
Resumen del número de sesiones empleadas por módulo.	145

Resumen

Antecedentes. El envejecimiento saludable es uno de los objetivos primordiales de los programas de salud pública para la atención de la salud de adultos mayores. En este sentido, la OMS en 2015, resaltó la importancia de la implementación de intervenciones para mantener y fortalecer la capacidad funcional, incluyendo a la cognitiva como elemento clave. **Objetivo.** Evaluar el efecto de un programa de intervención cognitivo-conductual sobre funcionamiento cognitivo, calidad de vida, bienestar psicológico, considerando la relajación corporal y las actividades de valor de la vida cotidiana. **Método.** Con una estrategia de investigación basada en el estudio de caso en el que participaron tres mujeres adultas mayores de 60 años: (i) **01R:** 83 años, viuda, estudios de licenciatura en comercio, vive con sus algunos de sus hijos; (ii) **02F:** 60 años estudios de licenciatura en economía, vive con su esposo, hijos y nueras. Presentó síntomas de COVID-19 durante la postevaluación; (iii) **03T:** 64 años, bachillerato concluido, vive con su esposo e hijos). A todas las participantes se les aplicó una batería de instrumentos validados para evaluar calidad de vida y capacidad funcional, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo, al inicio, tres y seis meses y un seguimiento a dos años, después de una Intervención Cognitivo Conductual (ICC) durante el periodo de diciembre 2020 a octubre 2021, conformado por tres módulos (relajación, psicoestimulación cognitiva y promoción de actividades de valor en la vida cotidiana). En los análisis de los datos se emplearon el Cambio Clínico Objetivo de Cardiel ($CCO \leq 0.20$) y los índices de No Solapamiento de los Datos ($PND \geq 50$; $NAP \geq 0.5$; y $PEM \geq 50$). **Resultados.** Las participantes mostraron mejoras en algunas variables de interés, incluyendo dimensiones. Se observó un cambio positivo en funcionamiento cognitivo, en aprendizaje verbal inmediato (**01R:** $CCO= 0.260$; **02F:** $CCO= 0.231$), en aprendizaje verbal diferido (**01R:** $CCO= 8.75$; **03T:** $CCO= 0.214$) y velocidad de procesamiento (**01R:** $NAP=0.5$, $PEM= 50$; **02F:** $PND = 50$, $NAP = 0.75$, $PEM = 500$; **03T:** $CCO= 0.263$) y memoria de trabajo (**03T:** $PND = 50$, $NAP = 0.83$, $PEM = 100$). En calidad de vida con la participación social (**01R:** $CCO= 0.201$; **02F:** $NAP= 0.56$, $PEM= 66.67$; **03T:** $CCO= 0.256$, $NAP= 0.67$, $PEM= 66.67$), la autonomía (**03T:** 0.292 , $NAP= 0.56$, $PEM= 66.67$), el nivel de satisfacción que se hace sobre las actividades pasadas, presentes y futuras (**01R:** $PND= 50$, $NAP= 0.92$, $PEM= 100$; **02F:** $PND= 100$; $NAP= 1$; $PEM= 100$), en la capacidad sensorial (**02F:** $NAP= 0.67$, $PEM= 66.67$; **03T:** $PND= 100$, $NAP= 1$, $PEM= 100$); relaciones íntimas (**02F:** $PND= 100$, $NAP= 1$, $PEM= 100$). Finalmente, en el bienestar psicológico en las relaciones positivas (**01R:** $CCO=0.201$; **02F:** $CCO= 0.213$), crecimiento personal (**02F:** $CCO= 0.202$; **03T:** $CCO= 0.206$), autoaceptación (**03T:** $CCO= 0.215$), autonomía (**01R:** $PND= 50$, $NAP= 0.83$, $PEM= 100$; **02F:** $NAP= 0.72$, $PEM= 66.67$; **03T:** $NAP= 0.56$, $PEM= 66.67$), relaciones positivas (**02F:** $NAP= 0.67$, $PEM= 100$), dominio del entorno (**02F:** $PND= 66.67$, $NAP= 0.83$, $PEM= 66.67$), propósito en la vida (**01R:** $PND= 50$, $NAP= 0.75$, $PEM= 50$; **02F:** $NAP= 0.72$, $PEM= 100$; **03T:** $NAP= 0.83$, $PEM= 100$), crecimiento personal (**01R:** $PND= 100$, $NAP= 1$, $PEM= 100$). Aunque es importante señalar que la participante que presentó COVID-19, mostró una disminución significativa en el rendimiento cognitivo. Respecto a las actividades de valor en la vida cotidiana las tres participantes incorporaron a su rutina actividades que calificaron altamente satisfactorias posterior a la intervención. Respecto a los cambios cualitativos, los testimonios obtenidos de las entrevistas semi estructuradas confirman que las

actividades aprendidas necesitan reforzamiento con apoyo de coterapeuta. Finalmente, las tres participantes señalaron sentirse mejor al terminar el ICC a los 6 meses, aunque, dicha percepción no se mantuvo tras el seguimiento a dos años. **Conclusiones.** Nuestros hallazgos sugieren que la ICC propuesto tiene un efecto significativo sobre la calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo. La mayor edad no es un factor determinante del efecto de la ICC. No obstante, es pertinente continuar con el estudio en muestras representativas en diferentes contextos socioculturales. A partir de ejercicios de psicoestimulación cognitiva y habilidades para practicar la relajación, además de dedicar tiempo a actividades de valor en la vida cotidiana que les hacen sentir bien a las personas adultas mayores se logró favorecer la capacidad funcional de las participantes.

Palabras Claves: Capacidad funcional, Calidad de vida, Bienestar psicológico, Funcionamiento cognitivo, Adultas mayores, Intervención Cognitivo-Conductual.

Abstract

Background. Healthy aging is one of the primary objectives of public health programs for the health care of older adults. In this sense, the WHO in 2015 highlighted the importance of implementing interventions to maintain and strengthen functional capacity, including cognitive capacity as a key element. **Aim.** To evaluate the effect of a cognitive-behavioral intervention program on cognitive functioning, quality of life, psychological well-being, considering body relaxation and valuable activities of daily life. **Method.** With a research strategy based on the case study in which three adult women over 60 years of age participated: (i) **01R:** 83 years old, widow, graduate studies in commerce, some of her children live with her ; (ii) **02F:** 60 years old, studying for a degree in economics, she lives with her husband, children, and daughters-in-law. She presented with COVID-19 symptoms during post-screening; (iii) **03T:** 64 years old, completed high school, living with her husband and children). A battery of validated instruments was applied to all participants to evaluate quality of life and functional capacity, psychological well-being, and cognitive functioning, at baseline, three and six months, and a two-year follow-up, after a Cognitive Behavioral Intervention (CBI). during the period from December 2020 to October 2021, made up of three modules (relaxation, cognitive psychostimulation, and promotion of valuable activities in daily life). Cardiel's Objective Clinical Change ($CCO \leq 0.20$) and Non-Overlapping Data indices ($PND \geq 50$; $NAP \geq 0.5$; and $PEM \geq 50$) were used in the data analyses. **Results.** The participants showed improvements in some variables of interest, including dimensions. A positive change was observed in cognitive functioning, in immediate verbal learning (**01R:** $CCO= 0.260$; **02F:** $CCO= 0.231$), in delayed verbal learning (**01R:** $CCO= 8.75$; **03T:** $CCO= 0.214$) and speed of processing (**01R:** $NAP=0.5$, $PEM= 50$; **02F:** $PND = 50$, $NAP = 0.75$, $PEM = 500$; **03T:** $OCC= 0.263$) and working memory (**03T:** $PND = 50$, $NAP = 0.83$, $PEM = 100$). In quality of life with social participation (**01R:** $CCO= 0.201$; **02F:** $NAP= 0.56$, $PEM= 66.67$; **03T:** $CCO= 0.256$, $NAP= 0.67$, $PEM= 66.67$), autonomy (**03T:** 0.292 , $NAP= 0.56$, $PEM= 66.67$), the level of satisfaction made about past, present and future activities (**01R:** $PND= 50$, $NAP= 0.92$, $PEM= 100$; **02F:** $PND= 100$; $NAP= 1$; $PEM= 100$), in sensory capacity (**02F:** $NAP= 0.67$, $PEM= 66.67$; **03T:** $PND= 100$, $NAP= 1$, $PEM= 100$); intimate relationships (**02F:** $PND= 100$, $NAP= 1$, $PEM= 100$). Finally, in psychological well-being in positive relationships (**01R:** $CCO= 0.201$; **02F:** $CCO= 0.213$), personal growth (**02F:** $CCO= 0.202$; **03T:** $CCO= 0.206$), self-acceptance (**03T:** $CCO= 0.215$), autonomy (**01R:** $PND = 50$, $NAP= 0.83$, $PEM= 100$; **02F:** $NAP= 0.72$, $PEM= 66.67$; **03T:** $NAP= 0.56$, $PEM= 66.67$), positive relationships (**02F:** $NAP= 0.67$, $PEM= 100$), environmental domain (**02F:** $PND= 66.67$, $NAP= 0.83$, $PEM= 66.67$), purpose in life (**01R:** $PND= 50$, $NAP= 0.75$, $PEM= 50$; **02F:** $NAP= 0.72$, $PEM= 100$; **03T:** $NAP= 0.83$, $PEM= 100$), personal growth (**01R:** $PND= 100$, $NAP= 1$, $PEM= 100$). However, it is important to note that the participant who presented COVID-19 showed a significant decrease in cognitive performance. Regarding activities of value in daily life, the three participants incorporated into their routine activities that they rated as highly satisfactory after the intervention. Regarding the qualitative changes, the testimonies obtained from the semi-structured interviews confirm that the learned activities need reinforcement with co-therapist support. Finally, the three participants indicated that they felt better after completing the CCI at 6 months, although this

perception was not maintained after the two-year follow-up. Conclusions. Our findings suggest that the proposed CCI significantly affects quality of life, psychological well-being, and cognitive functioning. Older age is not a determining factor for the effect of CHF. However, continuing the study in representative samples in different sociocultural contexts is pertinent. Using cognitive psychostimulation exercises and skills to practice relaxation, in addition to dedicating time to valuable activities in daily life that make older adults feel good, it was possible to promote the participants' functional capacity.

Keywords: Functional capacity, Quality of life, Psychological well-being, Cognitive functioning, Older adults, Cognitive-Behavioral Intervention.

Introducción

En los últimos años, los psicólogos han desarrollado investigaciones enfocadas en la población adulta mayor, a partir del notable cambio demográfico. El envejecimiento poblacional es el resultado de la llamada transición demográfica, caracterizada por la continua reducción en la tasa de mortalidad, debido a los extraordinarios progresos de la ciencia médica, a los avances de la tecnología y al incremento en la esperanza de vida al nacer.

El Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2019) estima que en treinta años aproximadamente (2050), una sexta parte de la población mundial tendrá más de 65 años (16%), bastante aumento en comparación con la proporción de una de cada 11 personas en el 2019 (9%).

México, al igual que otros países en Latinoamérica y el Caribe, atraviesa por un proceso demográfico con tendencia al envejecimiento de su población. Mientras que para el 2020 el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) publica que en México se contabilizaron más de 126 millones de personas, de las cuales más de 15 millones son personas adultas mayores, poco más del 12% de la población actual del país (INAPAM, 2021). Un año después (INEGI, 2022) la cantidad de adultos mayores aumentó al 24% del total de la población del país.

En cuanto al comportamiento de la curva poblacional, el INEGI (2014) publicó previsiones respecto a los próximos 30 años de la población de adultos mayores en México. Se estimó que aproximadamente el 27% de la población mexicana sería mayor de 60 años. Actualmente, el Instituto Nacional de Geriátrica (2022) publica que una de las características del envejecimiento poblacional en el país es que para el 2050 se estima que el 23% de la población corresponderá a personas mayores.

Es claro que en ocho años las estimaciones del comportamiento del envejecimiento poblacional no han cambiado mucho, apuntando a que son certeras las estimaciones de que la población del país sufrirá un cambio, de tal suerte que ese grupo etareo formará más

de una cuarta parte de la población total del país. En definitiva, los sistemas de salud y los especialistas deben poner énfasis en las características de ese grupo etareo.

Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) publicada por el INEGI (2018), en el país residen 15.4 millones de personas de 60 años o más, de las cuales 1.7 millones viven solas. Lo cual implica que deben realizar sus actividades cotidianas de manera independiente. Al menos, satisfacer sus necesidades básicas, además de llevar a cabo actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Además, cuatro (41.4%) de cada diez personas de 60 años o más que viven solas son económicamente activas. Esto es, los adultos mayores salen de sus hogares diariamente para proveer un apoyo económico en su hogar. No obstante, aproximadamente siete de cada diez (69.4%) personas de la tercera edad que viven solas presentan algún tipo de discapacidad o limitación de su capacidad funcional.

Por consiguiente, aunado a la limitación que las personas adultas mayores perciben y reportan en la encuesta del INEGI, las personas adultas mayores presentan la necesidad de adaptarse a las condiciones de su contexto y continuar teniendo actividades para ser económicamente activas. De manera que existe la necesidad de que los profesionales de la salud promuevan la adquisición de habilidades que faciliten dicha adaptación de los adultos mayores y favorezcan la capacidad funcional de las personas.

Sírvase rescatar la relación entre el incremento de la edad y la discapacidad. Dicha relación es más que evidente. En el grupo de 60 a 69 años, el 18.1% de los adultos mayores que viven solos tiene discapacidad, mientras que entre los que tienen 80 años o más, casi la mitad de ellos (48.2%) son personas con discapacidad.

No obstante, un 14.3% de los adultos mayores que tienen 80 años o más reportan tener una capacidad funcional óptima, esto es, sin deterioro aparente (INEGI, 2019). Por lo que es importante para la persona mayor percibirse funcional y sin limitaciones a pesar de los padecimientos.

La Secretaría de Salud en México (2015) publica el Informe Sobre la Salud de los Mexicanos. En ese informe se lleva a cabo el estudio de la Carga Global de la Enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés). Dicho constructo ofrece una manera diferente de analizar las pérdidas de salud, ya que aporta un indicador que integra los daños provocados por la muerte prematura y aquellos ocasionados por vivir enfermo y discapacitado con diferentes niveles de gravedad por una o varias enfermedades a la vez. En otras palabras, el estudio de la carga de la enfermedad incorpora el concepto del tiempo utilizando los años de vida que se pierden por muertes prematuras (APMP) y los años de vida asociados con discapacidad (AVD), con lo cual, es posible agregar las pérdidas por muerte y enfermedad en el indicador de años de vida saludable perdidos (AVISA). Los años de vida saludable perdidos o años de vida saludable ajustados por discapacidad (AVISA) son un indicador general de la GBD y se calculan al sumar los APMP y AVD.

La estimación de las defunciones y el término AVISA, que se pueden atribuir a un conjunto de factores de riesgo, se realiza dentro del marco conceptual que integra algunas causas socioeconómicas, conductuales, ambientales y fisiológicas que identifican dentro del Informe Mundial de la Salud de los Mexicanos.

Cada factor de riesgo se analizó de manera independiente por lo que la suma de las fracciones atribuibles para una enfermedad o lesión puede superar 100%. Así, se obtiene que, a partir de los 25 años, la proporción de AVISA aumenta progresivamente.

Los factores de riesgo de acuerdo con la Secretaría de Salud en México (2015) se estimaron a partir de los modelos de simulación diseñados ex profeso. De esta manera se llega a la conclusión de que existen trece principales causas de AVISA en el país: Diabetes mellitus; Cardiopatía isquémica; Enfermedad renal crónica; Cirrosis; Depresión; Accidentes de tránsito; Anomalías congénitas (defectos congénitos del corazón, labio leporino, defectos del tubo neural y síndrome de Down, entre otros); Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC); Lumbalgia; Violencia; Enfermedad cerebrovascular; Infección respiratoria baja; Complicaciones de parto prematuro.

La importancia de considerar los factores de riesgo para presentar un aumento en los AVISA es que puede afectar a cualquier individuo mayor de 25 años y que, generalmente, los adultos mayores presentan comorbilidad de enfermedades al llegar a más de 60 años de edad. Es, por tanto, indispensable que se tomen en cuenta los factores ambientales y de salud durante el abordaje del envejecimiento.

Existe una diferencia estimada entre esperanza de vida total y esperanza de vida saludable. Dicha brecha resulta ser un indicador importante porque representa el promedio de años que las personas viven con alguna enfermedad y/o con discapacidad. Esto es, mientras más amplia es la brecha, mayor es la proporción de años vividos con mal estado de salud. Gutiérrez et al. (2017) explican lo anterior en un estudio de carga de la enfermedad en personas adultas mayores. Las mujeres en México tienen una esperanza de vida promedio de 79 años, de los cuales 68, en promedio, son vividos con buena salud y 11 con mala salud. Mientras que la esperanza de vida para los hombres en México es de 72.3 años, casi 7 años menos que las mujeres. Sin embargo, los hombres viven con mala salud en promedio 8.5 años, casi 2.5 años menos que las mujeres.

Es cierto que los adultos mayores presentan condiciones de salud que traen como consecuencia que las personas sean parcial o totalmente dependientes al menos al final de su vida. Por lo que resulta importante promover un buen estado de salud en general.

Resulta claro que la mayor cantidad de los padecimientos que causan una pérdida de años saludables que se reportan en este sector poblacional son resultado del estilo de vida. En la presente tesis se plantearon los principales factores que impactan directamente en las afecciones relacionadas a los años perdidos por enfermedad o discapacidad. Derivado de la búsqueda de evidencia científica, se plantea que poseer cierto grado de tensión, llevar a cabo pocas actividades recreativas, así como baja frecuencia de ejercicios de estimulación cognitiva son indicadores significativos en el tema. Cabe mencionar que resultan ser factores que pueden someterse a entrenamiento para mejorar y adquirir las habilidades necesarias para que promuevan un periodo de vida saludable

De acuerdo con Rubio et al. (2015) en las sociedades que cada vez envejecen más, condiciones donde se encuentra nuestro país, promocionar una buena calidad de vida en la vejez resulta ser de gran importancia, además de que es el reto más inmediato de las políticas sociales del país.

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

1. Envejecimiento saludable

1.1 Conceptualización del envejecimiento

De acuerdo con la OMS (2015), la proporción de adultos mayores a 60 años aumenta de manera homogénea en casi todos los países, además de que dicho aumento se ve acelerado comparado con otros grupos de edad. La Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2023) de las Naciones Unidas aborda el tema del fenómeno del aumento del envejecimiento de la población a nivel mundial como consecuencia de diversos factores. Uno de ellos son las políticas de salud pública cuyo propósito en común es aumentar la esperanza de vida, así como un desarrollo social y económico exitoso. Otro factor importante, apunta a una disminución de la tasa de natalidad, esto es, la proporción de niños y jóvenes decrece respecto a las personas mayores de 60 años.

A medida que las personas envejecen, sufren una acumulación gradual de daños celulares que ocasiona una disminución general de las reservas fisiológicas. Estos amplios cambios fisiológicos y homeostáticos son, en gran medida, inevitables, a pesar de que su grado varía considerablemente entre individuos de la misma edad cronológica. Además de estos cambios fundamentales, la exposición a una serie de influencias positivas y negativas del entorno en el curso de la vida puede influir en el desarrollo de otras características de salud, como factores fisiológicos de riesgo (por ejemplo, hipertensión arterial),

enfermedades, lesiones y síndromes geriátricos más amplios. Incluyendo el estrés oxidativo, ya que provoca la alteración de sistemas fisiológicos implicados en la homeostasis, haciendo incapie en el sistema inmune (Romero & Amores, 2016).

De tal suerte que las características que se presentan con el aumento de la longevidad dependen de muchos factores, tanto biológicos como sociales y personales. Para hacer frente a ello, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2021) hace incapie en la necesidad de transformar el paradigma actual acerca del envejecimiento. Adquirir una visión positiva la concepción que se tiene sobre la propia vejez, tomar como punto de referencia el envejecimiento saludable.

Cuando las personas viven su etapa de vejez con buena salud y participando activamente en la vida de sus familias y su entorno social como una parte integral de ellas, contribuyen al fortalecimiento de la comunidad. Sin embargo, si sus años se ven afectados por una mala salud, aislamiento social o se encuentran en estado de dependencia de cuidados, las implicaciones para las personas mayores y para la sociedad son, por consiguiente, negativas. Por lo que el abordaje del envejecimiento que se propone ser resume con la frase “la buena salud añade vida a los años”.

A consecuencia de ello, se contemplan dos puntos de vista de un envejecimiento óptimo siendo convergentes en muchos aspectos. Por ejemplo, el énfasis en la necesidad de actuar en diferentes ámbitos, con la finalidad de asegurar que las personas mayores sigan teniendo participación dentro de sus familias, comunidades, incluso, sector económico.

Por un lado, se encuentra el envejecimiento activo, el cual se define como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (OMS, 2015, p.5). Para llevar a cabo un envejecimiento activo, la OMS reconoce seis tipos de determinantes clave: económicos, conductuales, personales, sociales, los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales, y los relacionados con el entorno físico.

Por otro lado, existe otro abordaje del envejecimiento dentro del Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud de la OMS (2015). En el cual se concibe como envejecimiento saludable. Entendido como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (p. 30). Este último constructo cuenta con un modelo teórico que se desarrolla a profundidad en el apartado continuo.

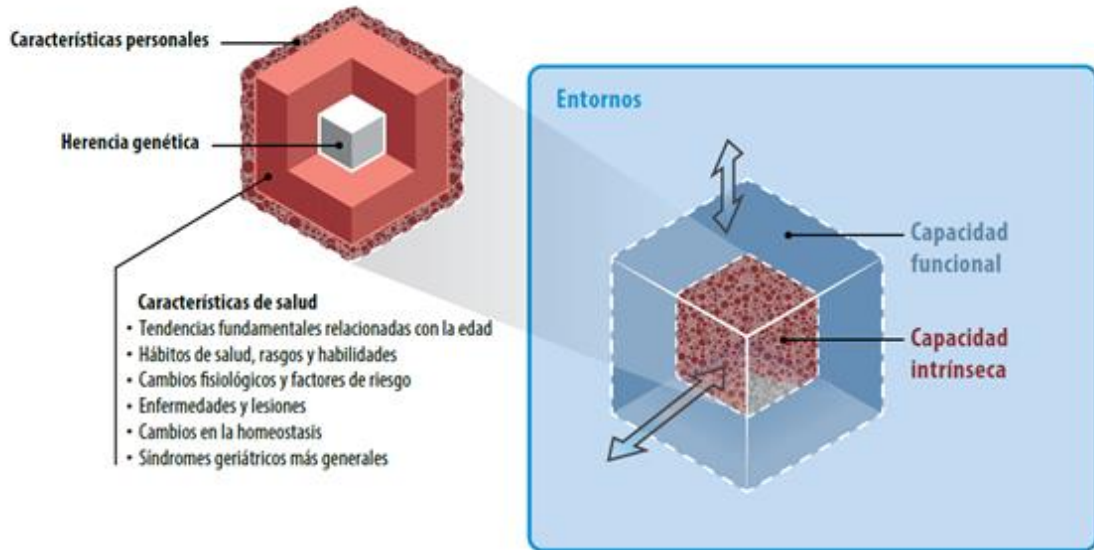
1.2 Modelo teórico del envejecimiento saludable según la Organización Mundial de la Salud

El proceso del envejecimiento saludable se ilustra en la Figura 1, retomada del mismo informe. Se puede observar la relación que guardan tanto la capacidad funcional como la capacidad intrínseca, las características personales y la herencia genética en su interacción con el contexto de la persona.

Contempla diversos factores que se interrelacionan de manera constante. El primer factor es la herencia genética. La expresión de estos genes (fenotipo) puede verse afectada desde el desarrollo dentro del vientre materno, y por las exposiciones en el entorno y los hábitos alimenticios y de salud.

Figura 1

Modelo de envejecimiento saludable



Nota. Retomado de Organización Mundial de la Salud (2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Ediciones de la OMS. (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)

Inevitablemente, se encuentra siempre presente otro factor importante: el desenvolvimiento individual en un medio social. Entre las características personales que impactan esa interacción se encuentran aquellas que son atributivas, como el sexo y el origen étnico; y otras que tienen cierta flexibilidad que reflejan normas sociales, como la ocupación, el nivel educativo, el género o el poder adquisitivo.

Estas características contribuyen a nuestra posición social en un contexto y momento determinado, lo que define las oportunidades y los obstáculos que enfrentamos, así como nuestro acceso a los recursos. Estas interacciones pueden no ser equitativas, ya que algunas veces nuestras oportunidades y recursos no corresponden con las necesidades y derechos humanos, pero sí tienen concordancia con la posición social o económica de las personas.

Además, hay diferentes maneras de promover el envejecimiento saludable, de acuerdo con el informe, pero todas tendrán un mismo objetivo: promover la capacidad funcional. Este objetivo puede lograrse de dos formas: fomentar y mantener la capacidad intrínseca o facilitar que las personas que tienen la capacidad funcional disminuida hagan las cosas que son importantes para ellas.

1.3 El envejecimiento saludable como eje teórico

De acuerdo con Rubio et al. (2015) en las sociedades que cada vez envejecen más, promocionar la calidad de vida en la vejez es el reto más inmediato de las políticas sociales de todo país. El progresivo aumento de la esperanza de vida, el descenso de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, tamaño y formas en la familia, los cambios en el estatus social de las mujeres, la reducción de las tasas de actividad laboral entre las personas de 55 y más años, han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés.

El problema se ha vuelto prioridad en marcos legales alrededor del mundo. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha implementado dos grandes planes de acción: el plan de acción de Viena (1982) y el plan de acción de Madrid (2002). El primero se dirigió a fortalecer la capacidad de los países para abordar de manera efectiva el envejecimiento de su población y atender a las necesidades especiales de las personas de la tercera edad, fomentando una respuesta internacional. En el segundo plan, dejó de retomarse el envejecimiento como un problema aislado de los países desarrollados y se hizo conciencia de que una transformación demográfica de tan gran magnitud tenía consecuencias graves en todos los aspectos de la vida de las personas y comunidades, por lo que en el plan de acción de Madrid, por primera vez los gobiernos aceptaron establecer vínculos referentes al envejecimiento con otros marcos de desarrollo social, económicos y de los derechos humanos (Montes & González, 2012).

Este plan aprobado en la asamblea mundial del envejecimiento en el 2002, establece entre otras cosas: ofrecer oportunidades, programas y apoyo para alentar a los adultos mayores a participar o seguir participando en la vida cultural, económica, política y social y

en el aprendizaje a lo largo de toda la vida, señala la gran importancia de que esa población tenga acceso al conocimiento, la educación y la capacitación (INAPAM, 2010).

Recientemente, la OMS ha empleado la estrategia conocida como la “Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030)”. Donde se ofrece la oportunidad de aunar a los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado en torno a diez años de acción concertada, catalizadora y de colaboración para mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y las comunidades en las que viven.

La estrategia parte de una serie de compromisos y responde a diversos llamamientos de alcance mundial. Tiene como base la Estrategia Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (2016-2030). La estrategia mundial apunta a la adopción de medidas multisectoriales para la inclusión de un enfoque del envejecimiento saludable que abarque toda la vida, a fin de fomentar una vida más larga y saludable. Las metas consisten en aplicar medidas basadas en pruebas científicas, subsanar deficiencias y fomentar las alianzas necesarias para impulsar una década de esfuerzos concertados.

1.4 La atención integrada y centrada en las personas mayores

Para poder llevar a cabo todo el planteamiento anterior acerca del envejecimiento saludable en el adulto mayor, la OMS plantea una guía de atención integrada para personas mayores. En esta se describen directrices sobre intervenciones a nivel comunitario para hacer frente a las pérdidas de la capacidad intrínseca (OPS, 2020).

La atención integrada y centrada en las personas mayores (ICOPE por su sigla en inglés: Integrated care for older people) pretende la optimización de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional como la clave del envejecimiento saludable. Partiendo, en primer lugar, de una evaluación de necesidades y objetivos de la persona. Posteriormente, se lleva a cabo el diseño de un plan de atención personalizada contemplando una sinergia con los servicios de salud y trabajando de manera coordinada.

El plan de acción que plantea la guía contempla ocho dominios: Deterioro cognitivo; Pérdida de movilidad; Nutrición deficiente; Discapacidad visual; Pérdida auditiva; Síntomas depresivos; Apoyo y asistencia social; Apoyo a los cuidadores. Todos los dominios de alguna manera se interrelacionan, de tal suerte que al tener incursión en alguno, los efectos se verán reflejados en al menos otro dominio de la capacidad funcional.

El posible deterioro cognitivo que llegue a presentar una persona adulta mayor afectará sin duda alguna el resto de los ocho dominios que se proponen. Por lo que la presente investigación tuvo su eje principal en ese primer dominio abordado en el ICOPE. Sin embargo, en esta tesis se aborda la función cognitiva con el término funcionamiento cognitivo, debido a que en la literatura revisada ese término se encuentra homologado.

Partiendo de la premisa de que es posible minimizar el declive de la función cognitiva mediante hábitos generales más saludables, la estimulación cognitiva y una mayor participación social. Cuando las personas mayores demuestran un deterioro cognitivo que afecta su autonomía e independencia resulta importante que la persona presente necesidades de asistencia social. Por lo que es nuestra labor como trabajadores del sector salud ayudar a los cuidadores a armar un plan de actividades cotidianas que promueva, en la medida de lo posible, la independencia del adulto mayor, a su vez que la funcionalidad se vea mejorada. Por consecuencia que ayude a desarrollar aptitudes, y reduzca la necesidad de ayuda.

El modelo plantea un esquema de atención para evaluar la capacidad cognitiva. Proponen una prueba sencilla de memoria y orientación, compuesta por tres reactivos: Recordar tres palabras de manera inmediata, preguntas acerca de su orientación espaciotemporal, y recordar las mismas tres palabras de un tiempo atrás. Por lo que si la persona presenta dificultad con la prueba sencilla se propone evaluar y abordar cinco condiciones asociadas a la presencia de deterioro cognitivo en adultos mayores: nutrición deficiente; cuadro confusional agudo (trastornos de salud, intoxicación, consumo de drogas); polimedicación; enfermedades cerebrovasculares; y síntomas depresivos. En caso de detectar un deterioro cognitivo grave, la OMS (2016) publica el Mental Health Gap Action

Programme, sin embargo, lo más recomendable ética y profesionalmente es referir al adulto mayor con atención especializada.

1.5 Capacidad funcional

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, que publica la OMS (2001) es conocida como CIF. Considerada parte de las clasificaciones internacionales desarrolladas por la OMS, que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud. Esta familia de clasificaciones de la OMS proporciona el marco conceptual para codificar un amplio rango de información. El objetivo principal de la CIF es brindar un lenguaje unificado, así como un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud.

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

Sin embargo, es hasta el 2015 que se rescata el término capacidad funcional en materia de investigación. En el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (OMS, 2015), se presta especial atención en algunas necesidades clave señaladas:

- 1) tener en cuenta la heterogeneidad de las experiencias en la vejez y asegurar la pertinencia de las estrategias para todas las personas mayores, independientemente de su estado de salud;
- 2) ocuparse de las inequidades que subyacen a esta diversidad;

- 3) evitar los estereotipos y prejuicios discriminatorios por motivos de edad;
- 4) empoderar a las personas mayores para que se adapten a los desafíos que enfrentan y al cambio social que acompaña el envejecimiento de la población, y para que influyan en ellos;
- 5) tener en cuenta los entornos en los que viven las personas mayores;
- 6) tener en cuenta la salud desde la perspectiva de la trayectoria de funcionamiento de la persona mayor, en lugar de la enfermedad o la comorbilidad que presenta en un momento determinado de su vida.

Resulta importante mencionar que la capacidad funcional comprende los 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.

1.6 Capacidad intrínseca

Mientras que la capacidad intrínseca es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona.

El entorno, por su parte, comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona. Incluye —desde el nivel micro hasta el nivel macro— el hogar, la comunidad y la sociedad en general. En el entorno se encuentran una serie de factores que abarcan el medio construido, las personas y sus relaciones, las actitudes y los valores, las políticas de salud y sociales, los sistemas que las sustentan y los servicios que prestan.

Cabe mencionar que la capacidad funcional y la capacidad intrínseca pueden variar en las personas y sobre todo en la segunda mitad de la vida. Estas variaciones generales se pueden dividir en tres períodos comunes (OMS, 2015): el primero de capacidad relativamente alta y estable; el segundo de capacidad disminuida; y un tercer periodo de pérdida significativa de la capacidad. Es importante señalar que no dependen de la edad cronológica y no son necesariamente uniformes (es decir, no presentan un deterioro

sostenido) y que las trayectorias difieren notablemente entre los individuos (y pueden alterarse por completo debido a un acontecimiento inesperado, como un accidente).

Tras el análisis de los constructos planteados por la misma OMS, refieren que las estrategias de salud pública dirigidas a las personas con niveles altos y estables de capacidad intrínseca deben centrarse en fomentar y mantener esta capacidad el mayor tiempo posible. Los sistemas de salud tendrán que detectar y controlar a tiempo las enfermedades y los factores de riesgo. Las estrategias relativas al entorno serán cruciales para alentar conductas saludables. Mientras que las intervenciones de salud pública dirigidas al segmento de la población que padece algún deterioro de las capacidades requieren un enfoque preventivo.

En esta etapa, es posible que las enfermedades ya se hayan presentado, y los sistemas de salud en general no dirigen la atención a la prevención, sino en reducir al mínimo los efectos de estas afecciones en la capacidad general de la persona. Por lo tanto, se necesitan servicios de atención para ayudar a detener, moderar o revertir el deterioro de la capacidad. Asimismo, se debe ampliar el papel del entorno en la promoción de la capacidad funcional; a medida que las personas presentan una disminución de la capacidad, las estrategias que ayuden a las personas a superar este deterioro deben cobrar cada vez más importancia.

Contemplar el proceso del envejecimiento como un deterioro natural de las características personales y de la salud, tal como se describe en el modelo de envejecimiento saludable de la OMS, conlleva al abordaje del fenómeno desde la investigación científica con la finalidad de estudiar los factores determinantes para lograr un envejecimiento saludable, óptimo, e incluso, exitoso. Todo con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas mayores de 60 años.

2. Calidad de vida

2.1 Conceptualización de la calidad de vida

El concepto principal de calidad de vida es proporcionado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994):

La percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas del entorno (p. 5).

González-Celis (2005) refiere que la calidad de vida consiste en el grado de satisfacciones de las necesidades humanas, objetivas y subjetivas, individuales y sociales, en función del medio ambiente donde se vive, circunscrito a un tiempo y a un espacio. Ciertamente, menciona la autora, dicho concepto unifica tanto las necesidades básicas como las de emancipación y sentidos de la existencia, combinando el carácter objetivo y subjetivo que definen dichas necesidades.

2.2 Instrumentos empleados en la evaluación de la calidad de vida

La evaluación de la percepción individual, de su posición en la vida y de su grado de satisfacción se ha llevado a cabo bajo un enfoque Cognitivo-Conductual, mediante instrumentos en formato tipo Likert, autoaplicable y cuyo progreso es de fácil comparación, ya que se obtienen datos cuantificables lo más confiable posible de variables subjetivas.

La OMS ha publicado algunos instrumentos tanto en 1994 como en 1996 y 1998. Se publicó el instrumento WHOQoL- 100, así como el WHOQoL-BREF y WHOQoL-OLD (OMS, 1996); los dos primeros cuentan con seis dimensiones: salud física, salud psicológica/emocional, nivel de independencia, relaciones interpersonales, sociedad y, finalmente, espiritualidad, mientras que las seis dimensiones del WHOQoL-OLD son:

habilidades sensoriales, autonomía, actividades pasadas, presentes y próximas, muerte y agonía, participación y aislamiento y finalmente, intimidad. Este último instrumento se estudiaron sus propiedades psicométricas en población mexicana por Acosta y colaboradores (2013) y por las Dras. González-Celis y Gómez-Benito (2013).

2.3 Intervenciones implementadas para el mejoramiento de la calidad de vida en los adultos mayores

Como parte de la presente tesis, se llevó a cabo una revisión exprofeso acerca de las recientes publicaciones científicas enfocadas en promover la calidad de vida o algunos aspectos relacionados y reportados como efectivos. Tal fue el caso de McDougall Jr., et al. (2015) reportan mejoría en memoria, ya que disminuyen las quejas de memoria con 12 horas de entrenamiento en memoria “Senior WISE” acompañado de 30 minutos de yoga por sesión.

En el mismo sentido, Schultheisz et al. (2018) logra promover la estimulación cognitiva en 12 sesiones semanales con una N=20. Por su parte, Ttsai et al. (2019) emplean terapia de estimulación cognitiva para promocionar el funcionamiento cognitivo, un buen estado de ánimo y la mejora en calidad de vida. En un estudio con grupo control con evaluaciones pre-post con una N= 25. Concluyen que la terapia de estimulación cognitiva sí favorece la calidad de vida.

Entonces pues, existe evidencia en que la estimulación cognitiva se ha empleado como medida de evaluación de la calidad de vida, resultando benéfica en las intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida en adultos mayores.

Existe otra vertiente en investigación enfocada en el incremento de la calidad de vida basado en la terapia ocupacional, específicamente enfocada a la terapia de arte. La premisa principal de este enfoque es que el hecho de acudir a un centro social, reunirse con otros adultos mayores y ocupar el tiempo haciendo actividades recreativas tiene efectos benéficos para la calidad de vida. Su objetivo es estimular las habilidades de los adultos mayores, enseñar nuevas o buscar formas de expresión a través del arte; ambas partes aseguran notar efectos positivos en su bienestar (Jaime y Sandoval, 2005).

3. Bienestar psicológico

3.1 Conceptualización del bienestar psicológico

Cuando se trata de evaluar el bienestar de las personas, existen diversos enfoques al respecto. Esto debido a que el bienestar ha sido tema de interés de diversas disciplinas y campos de la psicología y se ha relacionado con algunos constructos igualmente difíciles de evaluar, tales como la felicidad, la calidad de vida y la salud mental, así como con distintos aspectos personales y contextuales asociados (Ballesteros et al., 2006).

Ryff (1989) postula un modelo de abordaje teórico de seis dimensiones, que incorpora los desafíos que enfrentan los individuos en sus intentos por un funcionamiento pleno:

1. La evaluación positiva de uno mismo y la propia vida pasada (autoaceptación);
2. Un sentido de crecimiento continuo y desarrollo como persona (crecimiento personal);
3. La creencia de que la propia vida tiene un propósito y un significado (propósito en la vida);
4. El desarrollo y mantenimiento de relaciones de calidad y confianza con otros (relaciones positivas con otros);
5. La capacidad de dirigir efectivamente la propia vida y el ambiente para satisfacer necesidades y deseos (dominio ambiental);
6. Un sentido de autodeterminación personal (autonomía).

El bienestar psicológico constituye, pues, un indicador positivo de la relación del sujeto consigo mismo y con su medio. Incluye aspectos valorativos y afectivos que se integran en la proyección futura y el sentido de la vida (Oramas et al., 2006).

3.2 Evaluación del bienestar psicológico

Toda vez que se ha expuesto la amplitud del constructo *bienestar psicológico*, se aborda la importancia de evaluar el bienestar en esta población, ya que la finalidad es potenciar sus áreas de oportunidad, habilidades y su funcionamiento pleno, con el propósito de enfrentar los desafíos cotidianos y con ello, disfrutar de una mejor calidad de vida, (Bautista et al., 2022).

Se ha corroborado que las variables sociodemográficas no son predictoras del bienestar psicológico. Algunos investigadores la han relacionado con variables de personalidad, dentro de lo cual se han encontrado que las dimensiones de extroversión están relacionadas con el afecto positivo y la satisfacción, además de que los autores han interpretado que existe interacción con las dimensiones de personalidad latentes (Casullo & Brenlla, 2002; Costa & McCrae, 1984).

4. Funcionamiento cognitivo

4.1. Conceptualización del funcionamiento cognitivo y el deterioro cognitivo

Un aspecto importante a considerar dentro de las capacidades que la persona conserva para lograr ejercer sus actividades cotidianas resulta ser su funcionamiento cognitivo.

De acuerdo con Lupón et al. (2009) el funcionamiento cognitivo es la capacidad de procesamiento de la información a partir de la percepción y la experiencia, pero también de las inferencias, la motivación o las expectativas, y para ello es necesario que se pongan en marcha otros procesos como la atención, la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, etc.

Cuando las personas comienzan a tener limitaciones en sus funciones cognitivas se conoce como deterioro cognitivo. Los cambios en los procesos cognitivos pueden llegar a tener un impacto en el funcionamiento en las actividades de la vida diaria y en la toma de decisiones sobre salud, estilos de vida, en el desempeño laboral, el funcionamiento social, el apoyo prestado y/o recibido y, en general, en la satisfacción con la vida durante el proceso de envejecimiento (González et al., 2013).

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social, (IMSS, 2012) el deterioro cognitivo es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos. Visto como un síndrome geriátrico, es una alteración de cualquier dimensión de las funciones mentales superiores, y que generalmente es multifactorial.

Los síntomas más comunes de este padecimiento son dificultad para llevar a cabo tareas cotidianas, confusión en el entorno familiar, dificultad con las palabras y números, pérdida de memoria y cambios de humor y comportamiento, los cuales varían en cada persona y evolucionan a medida que pasa el tiempo.

La demencia es un problema de salud mental progresivo que daña la función cognitiva (capacidad para procesar el pensamiento), acompañado de un deterioro del control emocional y el comportamiento social o motivacional (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2018).

Cabe mencionar que el deterioro cognitivo se asocia también al modo de vida del paciente, con factores como inactividad física y cognitiva, obesidad, dietas malsanas, consumo de tabaco y alcohol, la diabetes y la hipertensión.

4.2 Prevención del deterioro cognitivo: Psicoestimulación cognitiva

Las personas presentan un riesgo cada vez más elevado de tener algún padecimiento relacionado con su funcionamiento cognitivo. Además, ese riesgo aumenta cuando el contexto no favorece la estimulación necesaria. De acuerdo con la doctora Puig (2009), ese hándicap muestra la necesidad de implementar acciones para que los adultos mayores puedan adquirir estrategias compensatorias y mantenga su competencia social.

Una vez expuesto lo que es el deterioro y lo que implica en el envejecimiento, queda claro que se necesita tomar partido en la prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores.

La psicoestimulación cognitiva busca preservar la autonomía de las personas mayores durante la mayor cantidad de tiempo posible. A partir de esta, se pretende promover las capacidades necesarias para proporcionar un grado de autonomía suficiente y es empleada de manera preventiva. Puig (2009) y su equipo de investigadores definen la Psicoestimulación cognitiva como “una intervención que incide en las capacidades cognitivas mediante la presentación de estímulos específicos, con la finalidad de potenciar y optimizar la cognición” (pp.10).

El enfoque de esta intervención terapéutica parte del concepto de favorecer la neuroplasticidad; término que se refiere a la respuesta de adaptación neuronal ante una lesión o al restablecimiento de nuevas conexiones neuronales para la adaptación a nuevas situaciones.

Se trata entonces, de un conjunto de estímulos generados de manera sistemática e individualizada en la medida de lo posible, ya que su implementación dependerá del funcionamiento cognitivo de los adultos mayores interesados en promocionar su nivel de cognición.

En primer lugar, es necesario partir de una evaluación neuropsicológica. Para poder determinar los objetivos de una intervención de psicoestimulación, es necesario realizar el tamizaje de las habilidades cognitivas preservadas y deterioradas en cada persona.

Posteriormente, se establecerán las actividades a realizar partiendo del mantenimiento y promoción de las habilidades cognitivas conservadas y las deficiencias encontradas.

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

Estas diferencias se marcan en tres subpoblaciones de adultos mayores, los primeros pueden tener niveles elevados y estables de capacidad intrínseca, los segundos, estar experimentando ciertos deterioros en su capacidad, y por último se ubican personas que presentan deterioro grave, de tal manera que sus capacidades se han reducido hasta el punto que necesitan la atención y el apoyo de otras personas (OMS, 2015).

Respecto a esta vertiente en México, las acciones que se han llevado a cabo en las estrategias institucionales que buscan un incremento de la calidad de vida en los adultos mayores han resultado bastante deficientes. Tradicionalmente el énfasis en los programas

de atención a la salud ha estado en la atención al daño, principalmente en la atención hospitalaria, tanto del segundo como del tercer nivel. Esto se ha expresado en deficiencias estructurales de las unidades de medicina familiar del primer nivel y con frecuencia en insuficiente calidad de los servicios que otorgan (Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo [CONEVAL], 2016).

5. Actividades de la Vida Diaria

5.1 Conceptualización de las actividades de la vida diaria

La importancia de resaltar la autonomía y bienestar de las personas recae justamente en la concepción de las actividades de la vida diaria (AVD). Ya que se consideran como aquellas actividades típicas que una persona realiza de manera diaria, y que permiten vivir de forma autónoma e integrada en la sociedad, cumpliendo de esta manera un rol dentro de la misma.

González-Moreno, Román y Cantero (2021) distinguen tres categorías dependiendo de la cantidad de recursos personales con las que cuentan los individuos: En primer lugar, se encuentran las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que implican aquellas actividades rutinarias de autocuidado (comer, beber, vestirse, dormir). En segundo lugar, se categorizan las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) que comprenden actividades más complejas que tienen como objetivo la interacción con el entorno (cocinar, comprar, gestionar dinero). Por último, las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) incluye actividades que permiten el desarrollo personal de los individuos dentro de la sociedad, requieren organización y no son indispensables para la supervivencia.

De tal manera que el hecho de que sean o no capaces de llevar a cabo dichas actividades es considerado como una medida de evaluación del funcionamiento de las personas (especialmente las ABVD y las AIVD). Además, la práctica de esas actividades está estrechamente ligada con la independencia y con una esperanza de vida libre de discapacidad, además, se ha relacionado de forma positiva con un bienestar psicológico en personas mayores.

En este mismo sentido, Aranco et al. (2022) sostienen la importancia del estado de salud y soporte económico sobre la calidad de vida. Por lo que proponen un índice para medir el progreso de la región en las últimas décadas y destacar las diferencias actuales entre países. Este índice contempla tres dimensiones: longevidad (una persona está mejor cuando vive más tiempo); estado de salud (una persona está mejor cuando vive con buena salud); y los ingresos (una persona está mejor cuando vive sin pobreza). Inclusive, detectan la necesidad de registrar de alguna manera otros dominios de la calidad de vida, como la satisfacción con la vida o la inclusión y participación social. Finalmente concluyen que la buena salud resulta ser un determinante esencial de la calidad de vida de las personas mayores, ya que ellas valoran la salud como un fin en sí mismo y como un elemento principal de una buena calidad de vida.

Meléndez et al. (2011) demostraron que sí existe relación entre las actividades de la vida diaria y el bienestar en la vejez, de acuerdo con la edad y el género de las personas. Con una amplia muestra, realizaron un MANOVA con la variable cualitativa de Barthel como agrupadora y las seis dimensiones de bienestar como variables dependientes, obteniéndose un resultado estadísticamente significativo. Concluyeron que las dimensiones de bienestar estudiadas, tanto de manera cualitativa como cuantitativa, mantienen relaciones positivas con la medida de valoración funcional. Mientras que respecto a la edad y su relación con las dimensiones de bienestar, reportaron una correlación negativa y significativa en todas las dimensiones, excepto en la autonomía. Así mismo, una mejor valoración funcional en hombres que en mujeres.

Cabe agregar que la ocupación es entendida por la Federación Mundial de Terapia Ocupacional (Therapists World Federation of Occupational Therapists, WFOT, s.f.) como aquellas actividades cotidianas que las personas llevan a cabo para emplear su tiempo y, además, que dan sentido y propósito a la vida; incluyendo aquellas que la gente necesita, gusta o que espera hacer. Por consiguiente, se retoma como agente para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la discapacidad y el bienestar psicológico.

Además, el efecto de la ocupación parece ser un factor determinante de la salud cognitiva, psicosocial y emocional, pudiendo ser un factor de prevención del deterioro cognitivo. Aguilar-Parra et al. (2016) tras un estudio estratificado por sexo y edad de 500 personas mayores de 60 años de ambos sexos, comprobaron mediante χ^2 que existe una asociación moderada entre la salud real de las personas y su nivel de ocupación, tanto de ocupaciones del quehacer diario como ocupaciones de ocio. Mediante una visión general de los residuos tipificados, concluyen que las personas que presentan un mayor índice de ocupación de ocio muestran un consumo farmacológico menor que va aumentando gradualmente conforme disminuye el nivel de ocupación de la persona.

5.2 Importancia de las actividades de valor en la vida diaria de las personas adultas mayores

Para que las personas puedan gozar y percibir de una buena calidad de vida y bienestar psicológico es importante que las actividades que realiza día con día le permitan ser y sentirse plena. Para lograr ese cometido, es necesario que las personas cuenten con una serie de características que se mencionan dentro de los constructos de envejecimiento saludable, calidad de vida, bienestar psicológico y capacidad funcional.

En primer lugar, resulta importante para las personas contar con una buena salud. Al menos que las condiciones de salud que prevalecen no presenten limitaciones para sus actividades básicas e instrumentales. En segundo lugar, su red de apoyo social tiene que ser percibida como amplia y estable. Al menos, que las personas consideren que cuentan con el apoyo que consideren apropiado para sí mismas. De tal modo que las personas valoren como positiva su red de apoyo social.

Aunado a todo lo anterior, cabe agregar que, de acuerdo con la OMS (2015), lo que se espera es que el individuo goce de una capacidad intrínseca óptima el mayor tiempo posible a lo largo de su vida. Esto es, que sus capacidades físicas y mentales le permitan realizar tantas actividades como la persona considere importantes para su

desenvolvimiento cotidiano. Para ello, los profesionales de la salud deben promover que las condiciones del entorno sean un facilitador para las personas.

En lo que respecta a las capacidades físicas, las personas necesitan un óptimo desarrollo en su contexto. Cuando presentan alguna limitación sin duda comienza a permeaer su percepción al respecto de su funcionalidad, su calidad de vida, y su bienestar psicológico. En definitiva, los aspectos ambientales, psicológicos y sociales resultan aspectos importante a tener en cuenta en la evaluación del envejecimiento de las personas, mantener y fomentarlas resulta importante para promover la independencia funcional de las personas y mejorar su calidad de vida (Attafuah et al., 2022).

Es por tanto que existen teóricos que abordan la manera de resolver deficiencias en la independencia de las personas mayores y fomentar una buena calidad de vida de las personas. Tal es el caso del modelo de abordaje teórico de Baltes y Baltes (1990).

5.3 Modelo de Selección-Optimización-Compensación

En general, la teoría postula que, a lo largo de la vida, los individuos promueven su desarrollo de manera adaptativa maximizando sus ganancias potenciales y minimizando las pérdidas. De acuerdo con Donellan (2015), el desarrollo exitoso implica el trabajo conjunto de estos tres procesos: Selección-Optimización-Compensación (SOC), que a su vez regulan la maximización de las ganancias y la minimización de las pérdidas a lo largo del tiempo. Pueden concebirse como un único proceso "integrador" de dominio adaptativo y también como procesos separados, cada uno contribuyendo al desarrollo del envejecimiento exitoso (Gorgievski et al., 2011).

Primero, está el elemento de Selección, que se refiere a una restricción creciente de al menos uno de los dominios de funcionamiento debido a una pérdida por envejecimiento en el rango del potencial adaptativo. La tarea adaptativa de la persona y la sociedad es concentrarse en aquellos dominios que son de alta prioridad e involucran una convergencia de demandas ambientales y motivaciones individuales, habilidades personales y capacidades físicas y mentales. Por lo tanto, el proceso de selección implica que las

expectativas de un individuo se ajusten para permitir la experiencia subjetiva de satisfacción, así como el control personal (Dewett & Denisi, 2007; Wiese et al., 2000).

El segundo elemento, la Optimización, propone que las personas comprometen sus comportamientos, habilidades personales y capacidades físicas y mentales. De tal forma que se maximicen sus reservas en el curso de la vida en los comportamientos asociados. Es decir, la optimización implica participar en acciones y medios dirigidos a potenciar aspectos intrínsecos de la persona (Schmitt et al., 2012).

Por último, el tercer elemento, la Compensación. Se pone en marcha cuando las capacidades de comportamiento específicas se pierden o se reducen por debajo del estándar requerido para un funcionamiento adecuado. La compensación mantiene un nivel dado de funcionamiento ante la pérdida y disminución de las capacidades necesarias para lograr los objetivos de las personas. Estas estrategias incluyen la modificación de comportamientos, el uso de ayudas externas (bastón, andaderas), la activación de recursos no utilizados (por ejemplo, ayuda de otros), los esfuerzos compensatorios psicológicos incluyen, por ejemplo, el uso de nuevas estrategias nemónicas (incluidas las ayudas de memoria externa) cuando las mecánicas o estrategias de memoria interna son insuficientes, y, finalmente, el uso de un audífono sería una instancia de compensación por medio de la tecnología (Hobfoll, 2002).

5.4 Modelo derivado de la revisión bibliográfica

Tras una breve descripción en las secciones anteriores sobre las variables de interés, se propone el siguiente modelo de abordaje teórico, tomando en cuenta que todos esos constructos impactan de manera pragmática en las actividades de valor de la vida diaria. Por lo que el envejecimiento saludable, que incluye el dominio del funcionamiento cognitivo, abarca las tareas cognitivas consideradas en la presente tesis: la memoria, la orientación y la atención.

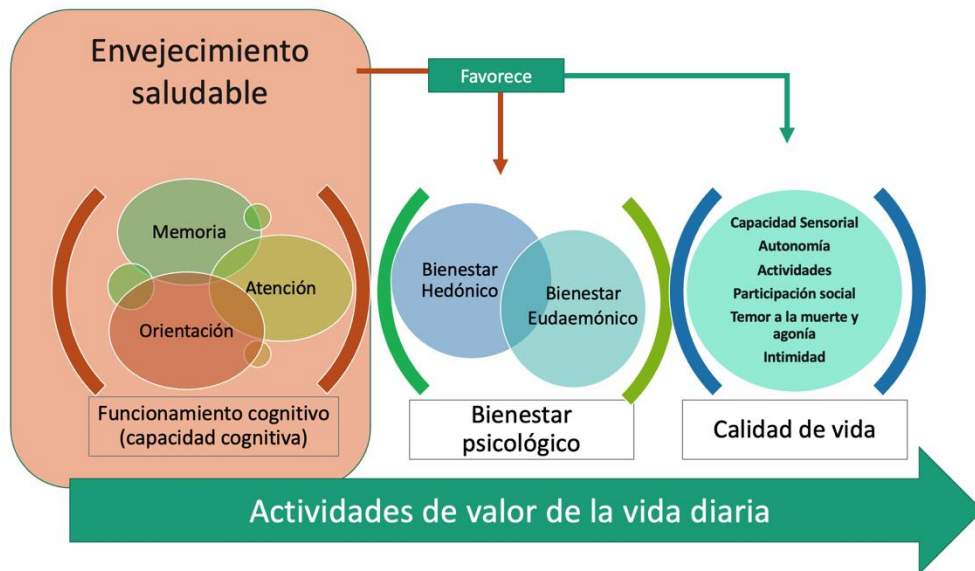
Este favorece a su vez el bienestar psicológico contemplando tanto el bienestar hedónico como el bienestar eudaemónico. Así mismo, la calidad de vida se ve promovida por el envejecimiento saludable cuando la persona cuenta con un funcionamiento cognitivo

óptimo; además de que abarca las seis dimensiones que comprenden la calidad de vida: capacidad sensorial, autonomía, actividades, participación social, temor a la muerte y agonía, e intimidad.

Por lo que al permitir a la persona incrementar su funcionamiento cognitivo a partir de la psicoestimulación cognitiva que plantea la ICC de la presente investigación doctoral, favorece a su vez su percepción de bienestar psicológico y calidad de vida (ver Figura 2).

Figura 2

Modelo de abordaje propuesto del envejecimiento saludable

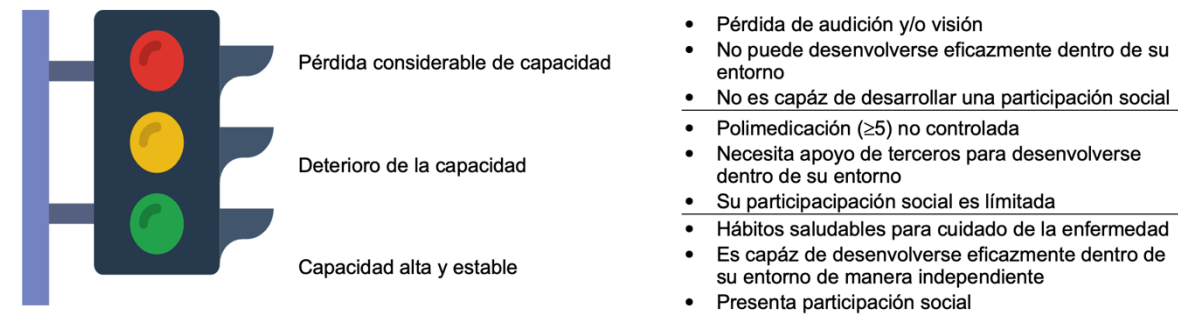


Nota. Elaboración propia

Aunado a la revisión realizada para el análisis y elaboración de la intervención basada en evidencia, se propone un diagrama identificador del nivel de deterioro de la capacidad funcional (ver Figura 3). Dentro de éste, se describen comportamientos relacionados con la capacidad funcional de las personas adultas mayores y algunas características y conductas observables relacionadas con el cuidado o mantenimiento de la misma capacidad funcional.

Figura 3

Semáforo de identificador de deterioro de la capacidad funcional de las personas adultas mayores



Nota. Elaboración propia adaptado de Organización Mundial de la Salud, OMS. (2022). Integrated Care for Older People (ICOPE). Implementation pilot programme: findings for the 'ready' phase (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240048355>); Organización Mundial de la Salud, OMS. (2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Ediciones de la OMS. (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)

Esas conductas observables son retomadas del modelo ICOPE de la OMS (2022) en donde se puede revisar todo un manual de atención con implementación de las evaluaciones. Además de contener la descripción del tercer nivel de atención a la salud, en caso de que los adultos mayores requieran atención especializada.

6. Terapia Cognitivo-Conductual

6.1 Conceptualización de la Terapia Cognitivo-Conductual

La terapia cognitiva-conductual se reconoce como base de muchas investigaciones. Sus raíces han sido ampliamente citadas desde sus inicios (Ellis, 1957; Beck, 1963). Existen investigaciones actuales que muestran la efectividad de las intervenciones en general. Al respecto, se ha observado que las técnicas conductuales y cognitivo-conductuales han sido ampliamente recomendadas por sus resultados en diversas poblaciones al tratar principalmente ansiedad y depresión, siendo pocos los resultados con adultos mayores, ejemplo de ello es el trabajo reportado por Vergara-

Lope y González-Celis (2011) quienes ratifican que existen estudios que demuestran su eficacia con adultos mayores.

De entre todas las técnicas de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en la intervención de la presente tesis doctoral se retoman las técnicas de relajación mediante la respiración diafragmática y el entrenamiento autógeno; además, la psicoeducación, el modelado conductual, la solución de problemas y la reestructuración cognitiva. Cada una de ellas se describe a continuación.

6.2 Intervenciones-Cognitivo-Conductuales

Para abordar las técnicas empleadas en la relajación corporal cabe mencionar de manera breve que existen aproximaciones teóricas sobre los procesos emocionales, motivacionales y del aprendizaje, es decir, procesos cognitivo-conductuales involucrados en los estados de relajación y tensión corporal (Coffin & Salinas, 2018). Tales como los sentimientos como consecuencia fisiológica, los sentimientos producidos por nuestras cogniciones, los sentimientos como producto de una doble apreciación cognitiva y la respuesta al estrés (adaptación), por mencionar algunos.

Cuando se trata de las respuestas adaptativas que presentan las personas ante determinadas situaciones o acontecimientos desagradables, se puede recurrir a este modelo teórico, en donde su principal objetivo es eliminar o disminuir reacciones emocionales no deseadas, logrando una mayor sensación de control (Vergara-Lope y González-Celis, 2011).

Las técnicas de relajación corporal han sido empleadas para que el sujeto logre por sí mismo llegar a un estado de distensión muscular. Coffin y Salinas (2018) abordan la relajación como un proceso psicofisiológico complejo, donde se debe tomar en cuenta el dinamismo de sus tres componentes: factores fisiológicos, el comportamiento y las cogniciones. Las recomendaciones para una correcta aplicación de las técnicas son las siguientes: ambiente tranquilo, temperatura adecuada, luz moderada, posición corporal sentados y ropa cómoda.

La psicoeducación, implica la enseñanza de nuevos conocimientos que ayuden al sujeto a modificar su conducta, pensamientos y emociones. Tena-Hernández (2020) sostiene que la psicoeducación cumple un papel importante dentro de la TCC ya que cuanto mejor conozca y entienda el paciente las características de la conducta o trastorno presentado, mejor puede vivir con su condición disminuyendo la aparición de esa conducta, así como el estigma a los trastornos psicológicos y, consecuentemente, disminuye las barreras para el tratamiento. También disminuye el riesgo de una recaída en caso de conductas desadaptativas.

Otra técnica ampliamente utilizada es el modelado conductual. Consiste en que la persona aprende nuevas conductas a través de la observación de distintas tareas. Tiene sus raíces en la teoría del aprendizaje vicario de Albert Bandura, donde lo primordial es que la persona observa la realización de tareas subsecuentes (Valero, 2012).

La técnica de solución de problemas se ha abordado desde diferentes áreas de la psicología. Su definición puede ser bastante compleja ya que diversos autores han hecho aportaciones importantes, por lo que se retoma a Bravo y Valadez (2018) donde se menciona que es un proceso cognitivo-conductual autodirigido, una estrategia de afrontamiento y comprensión de la problemática y se busca una “variedad de respuestas potencialmente efectivas para solucionar una situación problemática con lo que se incrementa la probabilidad de seleccionar la respuesta más efectiva de entre esas alternativas.” (p.93). Se mencionan cuatro metas de dicha técnica: identificar la situación de estrés o desajuste; reducir emociones maladaptativas, es decir, expresión de ansiedad, enojo o depresión; incrementar la efectividad de su afrontamiento; y finalmente, adquirir la habilidad y aplicarlo en problemas futuros.

Para brindar a la persona un mayor autocontrol y reconocimiento de sus propios pensamientos se emplea la reestructuración cognitiva. Esta técnica busca eliminar disturbios emocionales derivados de la interpretación de situaciones presentes en la vida cotidiana. En primer lugar, la persona debe ser consciente del pensamiento presente ante determinada situación; toda vez que se descubre el pensamiento negativo se busca

cuestionar dicho pensamiento reconocido por una frase. Generalmente, las respuestas al cuestionamiento del pensamiento desadaptativo suelen ser más razonable. Finalmente, se logra una respuesta con mayor sensación de control, con afirmaciones claramente libres de malestar emocional (Beck et al., 1983).

Las Intervenciones Cognitivo-Conductuales (ICC) aplicadas en adultos mayores han demostrado efectividad en diversos ámbitos de las ciencias de la salud. A continuación, algunas investigaciones recientes que lo comprueban.

En el estudio de Irwin et al. (2022) llevan a cabo una ICC para tratar insomnio, donde involucra el control de estímulos, restricción del sueño, higiene del sueño y relajación. Juntos, estos componentes apuntan a la activación cognitiva y fisiológica relacionada con el sueño para restablecer la función del sueño reparador. En adultos mayores con trastorno de insomnio pero sin depresión, la administración de ICC brindó un beneficio significativo para prevenir el trastorno depresivo mayor incidente y recurrente, con evidencia de separación del tratamiento que comenzó a los seis meses y se amplió durante el seguimiento.

Por su parte, Peixoto et al. (2021) concluyen que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) fue la intervención más utilizada por las enfermeras para fomentar la adaptación psicológica al cáncer en adultos y adultos mayores. Realizan un metaanálisis donde las intervenciones telefónicas y presenciales, un total de 17, fueron las estrategias más comunes para promover la adaptación psicológica del cáncer, pero también se encontraron referencias al uso de cintas de video, multimedia o internet, reuniones grupales y folletos para psicoeducación de la enfermedad. Los resultados de un estudio que evaluó la efectividad de una intervención de terapia cognitiva conductual (TCC) autoguiada aplicada en línea mostró efectos principales significativos para angustia relacionada con el cáncer, calidad de vida global, función física, función de rol, función social, preocupación ansiosa y afrontamiento desadaptativo. Por último, encontraron que la TCC tuvo un impacto positivo en los resultados psicológicos, particularmente en la ansiedad, la depresión y los trastornos del estado de ánimo. A pesar de que inicialmente

se planteó para manejar la depresión, varios estudios han evidenciado consistentemente la aplicabilidad de la terapia cognitivo-conductual en otros entornos, incluyendo el manejo de la ansiedad y los síntomas y el enfoque de afrontamiento.

En otra investigación, Beatty, Koczwara & Wade (2016) realizan una evaluación de la eficacia de una intervención de ICC autoguiada en línea para reducir el sufrimiento por cáncer en un ensayo controlado aleatorizado. La ICC que diseñaron fue de seis módulos, donde cada módulo se compuso de tres elementos clave: (a) psicoeducación, (b) actividades basadas en ICC, que incluyen hojas de trabajo, cuestionarios y ejercicios de relajación y meditación, y (c) testimonios y citas escritas de sobrevivientes. Los efectos principales estadísticamente significativos que reportaron fueron reducciones inmediatas posteriores al tratamiento en la angustia del cáncer; y la preocupación ansiosa en comparación con los controles, como lo demuestran los tamaños del efecto pequeños a moderados entre los grupos. En conclusión, sugieren que la ICC es prometedora para mejorar la angustia, el afrontamiento y aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con cáncer de mamá con rango de edad de 30 a 84 años.

De acuerdo con Brenes et al. (2021) cuando los adultos mayores pueden elegir entre una ICC y tratamientos farmacológicos, ellos eligen la ICC. Realizaron un ensayo aleatorio de preferencia de ICC en 500 adultos mayores de 60 años con síntomas de preocupación, ansiedad, problemas de sueño y depresión. Sostienen que los adultos mayores prefieren la psicoterapia a la medicación para el tratamiento de la ansiedad y la depresión. Los investigadores concluyen que el recibir el tratamiento preferido se ha asociado con una pequeña mejora en los resultados clínicos, particularmente en ensayos con resultados de salud mental. También se asocia con menores tasas de deserción, mayores tasas de asistencia a las sesiones de intervención y mayor satisfacción del paciente. Las personas pueden tener fuertes preferencias de tratamiento y dichas preferencias pueden influir significativamente en su voluntad de continuar en un estudio y, en última instancia, afectar los resultados del estudio, además, el deseo de hablar con alguien, la conveniencia de la ICC en el hogar en caso de ser en línea y el enfoque individualizado.

Al realizar un metaanálisis al respecto, Liu et al. (2018) reportan que los componentes centrales de las ICC con adultos mayores incluyen la reestructuración cognitiva, el establecimiento de metas personales y la promoción de actividades físicas. Al respecto concluyen que las la ICC parece ser eficaz para reducir el miedo a las caídas y mejorar el equilibrio entre las personas mayores.

Tras el análisis presentado a lo largo de este capítulo, en la presente tesis de doctorado son incluídas esas técnicas de la TCC dentro de la Intervención Cognitivo-Conductual que se diseña, se implementa y se reportan sus resultados en las secciones posteriores. Finalmente, se hace un análisis del impacto que tuvo en las participantes, la importancia de mantener contacto con la co-terapeuta para mantener una adherencia terapeutica al tratamiento, y sus posibles alcances en próximas investigaciones.

7. Intervenciones mediadas por la tecnología

7.1 Conceptualización de las intervenciones mediadas por la tecnología

Las intervenciones en el ámbito de la psicología han tenido adaptaciones en sus diferentes modalidades para su aplicación en distintos escenarios. Tras un análisis realizado exprofeso de distintos autores (Dobbins et al., 2018; Johnson et al., 2015; Kelders et al., 2012; Parra-Vidales et al., 2017; Smoktunowicz et al., 2020; Soto-Pérez et al., 2013), se puede asegurar que existe una ambigüedad en los términos que se encuentran en la literatura científica para hacer referencia a intervención a distancia. Los términos más utilizados son: Online therapy, Teleterapia o Ciberterapia.

Se puede concluir que las ICC a través de internet aplicadas a problemas de salud se entienden como una alternativa a la ICC presencial. Esto debido a que se contemplan aspectos tales como la accesibilidad, estructura y duración. Las ICC que son mediadas por la tecnología incluyen acceso en línea a materiales que contienen la misma información que se puede proporcionar de manera presencial. Abordan contenidos audiovisuales a la par con texto, sesiones semanales y tareas. Además, su duración en promedio es de entre 5 y 15 semanas. Sin embargo, aun no existe normativa sobre la forma en que se deben emplear las técnicas de la TCC en las intervenciones en línea, el procedimiento recomendado, así como el cuidado de la integridad del tratamiento.

7.2 Ventajas de los programas de intervención mediados por la tecnología

Las ventajas de llevar a cabo intervenciones mediadas por la tecnología son claras (Tabla 1). Por ejemplo: Se reduce el tiempo de traslado de las personas al lugar donde se llevarían a cabo las sesiones. El alcance es mayor en términos de personas que no pueden acceder de manera presencial. Debido a que se vuelve una interacción individual y personalizada, permite a los participantes ir a su propio ritmo de aprendizaje gestionando las habilidades adquiridas.

Tabla 1

Ventajas y desventajas de los programas de intervención en línea

Ventajas	Desventajas
Reducción de tiempo de traslado.	Problemas técnicos.
Alcance a población de difícil acceso a terapia presencial.	Capacitación necesaria para los terapeutas y pacientes (desde alfabetización digital).
Adherencia similar (recordatorios semanales para motivación).	Evaluación más continua de la adherencia, conexión continua, tareas, registros.
Permitir a los participantes ir a su propio ritmo.	Bajo control de monitoreo de motivos de acceso al material en línea.
Mayor difusión vía internet.	Limitación en la difusión de datos personales de los investigadores encargados de la intervención.
Fácil almacenamiento de mucha información.	Deficiencia en aclaración de dudas posteriores, nulos indicadores de lenguaje no verbal.
Entrega de tareas con más canales disponibles	Evaluación del aprendizaje de las técnicas empleadas en la intervención

Nota. Elaboración propia.

Algunas desventajas resultan ser los problemas técnicos lo cual se solucía con la capacitación necesaria, sin embargo conlleva tiempo y recursos para poder culminar la investigación. Al revisar la literatura se concluye la necesidad de plantear requerimientos mínimos para las sesiones no presenciales, horarios, condiciones de iluminación o espacio para realizar actividades.

Por todo lo anterior, en la presente tesis la intervención se realizó con apoyo de la tecnología. Las coterapeutas que formaron parte importante de la intervención ya

tenían los conocimientos necesarios respecto a la alfabetización digital, así como de la aplicación de la batería de evaluación.

8. Revisión de artículos científicos del 2015 al 2020 de las variables del estudio

Después de revisar las definiciones dadas por la OMS referentes a la calidad de vida y la capacidad funcional, se desglosan tres importantes variables implicadas en ambos constructos:

1. Psicoestimulación cognitiva
2. Relajación.
3. Actividades de valor en la vida cotidiana

Sin duda, existen diversas investigaciones que aportan resultados relacionados con algunos de los factores enlistados previamente (Battaglia et al., 2016; Esain et al., 2017; McDougall Jr. et al., 2015; Mendoza-Ruvalcaba & Arias-Merino, 2015; Moore et al., 2019; Park et al., 2015; Schultheisz et al., 2018; Stanmore et al., 2019; Tsai et al., 2019). Sin embargo, puede notarse la falta de vinculación entre las aportaciones, para poder potenciar los efectos positivos relacionados con la salud.

Por lo tanto, se necesita llevar a cabo investigaciones con metodología adecuada para analizar, implementar y evaluar programas de intervención. Debido a la diversidad de factores involucrados en el bienestar durante la vejez de las personas (factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, entre otros), se retoman esas directrices como resultado de una búsqueda previa de publicaciones entre 2014 y 2016 (Cruz y González-Celis, 2019).

De igual manera, se retoman las principales variables encontradas en una búsqueda del presente proyecto de investigación. La cual consistió en recientes artículos científicos encontrados en los principales metabuscadores (PubMed, Ovid, Redalyc), analizando el impacto que reportan en el favorecimiento de la capacidad funcional y la calidad de vida en los adultos mayores. Los criterios de inclusión fueron: artículos publicados en los últimos 5 años (last 5 years); contar con acceso al texto completo (free full text); que

fuera un ensayo clínico (clinical trial). Se excluyeron las publicaciones que incluyeron comorbilidades (NOT fibromyalgia, depressive symptoms, osteoarthritis, syndrome).

8.1 Búsqueda a partir de estrategia PIO

Se planteó la siguiente pregunta a partir de la estrategia de búsqueda PIO (Jensen, 2018; Landa-Ramírez & Arredondo-Pantaleón, 2014), P (población de interés), I (intervención), O (outcome / resultado), formulando la siguiente pregunta: ¿Para los adultos mayores (P) es más efectiva la activación física o el entrenamiento cognitivo (I) para el mejoramiento de la calidad de vida (O)?

Las palabras clave de búsqueda fueron: adultos mayores (older adult, aging); actividad física (physical exercise); entrenamiento cognitivo (cognitive training); calidad de vida (quality of life). Se empleó el conector booleano NOT con los términos fragilidad (fragility) y enfermedad (disease) para descartar alguna comorbilidad.

Las Tablas 2, 3, 4 y 5 corresponden a la descripción del análisis de resultados de nueve intervenciones reportadas (Battaglia et al., 2016; Esain et al., 2017; McDougall Jr. et al., 2015; Mendoza-Ruvalcaba & Arias-Merino, 2015; Moore et al., 2019; Park et al., 2015; Schultheisz et al., 2018; Stanmore et al., 2019; Tsai et al., 2019).

En la Tabla 2, aparecen los programas empleados que tuvieron como objetivos promover una mejor autoestima, una mayor flexibilidad en las espinas dorsales y aumentar la fuerza de agarre. Como consecuencia, las variables secundarias fueron la mejora de la calidad de vida, así como la calidad de vida relacionada con la salud, un estado de ánimo positivo, y la reducción de las caídas.

Tabla 2

Variables empleadas en los nueve programas de intervención revisados en los artículos analizados

Variables independientes (V.I.)	Variables dependientes (V.D.)
Entrenamiento Cognitivo	Autoestima
Yoga	Calidad de vida
Cognitive Stimulation Therapy (CST)	Estado de ánimo
Programa de ejercicio	Flexibilidad en espinas dorsales
Programa de entrenamiento de flexibilidad (FTP)	Calidad de vida relacionada con la salud
Entrenamiento cognitivo ThinkRx	Período de falta de entrenamiento de 3 meses
	Fuerza de agarre
	Caídas
	Memoria a largo plazo
	Procesamiento visual
	Memoria de trabajo
	Velocidad de procesamiento
	Fluidez de razonamiento
	Procesamiento auditivo

Nota. Elaboración propia.

Las intervenciones de los nueve programas se llevaron a cabo principalmente en los continentes americano y europeo; contaron con un número promedio de participantes de 84, desde 24 hasta 292 adultos mayores; quienes tenían una media de 72.43 años de edad; y eran de ambos sexos (Tabla 3).

Tabla 3

Localidad de procedencia; número de participantes; rangos de edad sexo de los participantes reportados de los 9 programas de intervención

Localidad	Número de participantes	Edad Sexo
Centros de retiro, Texas, E.E. U.U.	108	Rango: 53-96 años Media: 79.39
Colorado, E.E. U.U.	292	Rango: 51-95 años Media: 60.77
Brazil	38	Rango: 22 personas de 60 a 69 años 16 personas de +70 años
Taiwan	25	Media: 77.7 años 19 Mujeres, 6 Hombres
Korea	46	Media: 73.4 años 38 Mujeres, 8 Hombres
Italia	30	Media: 69.5 años Mujeres
España	49	Media: 75.5 años 38 Mujeres, 11 Hombres
Reino Unido	106	>55 años
Guadalajara, México	64	Media: 70.8 años 57 Mujeres, 7 Hombres
	Media: 84.2	Media: 72.43

Nota. Elaboración propia.

Así mismo, se muestra la duración de los nueve programas de intervención, desde 8 horas hasta 60 horas en total de duración del programa; distribuidas en 8 a 15 sesiones, con un tiempo que va de 30 a 90 minutos por sesión; las cuales se llevaron a cabo 2 veces por semana en promedio (Tabla 4).

Tabla 4

Duración de los nueve programas de intervención, total de horas, número, tiempo y frecuencia de las sesiones

Duración del programa Total de horas	Número y tiempo en minutos de las Sesiones	Número de veces por semana Frecuencia
12 horas	8 sesiones de 90' (30' yoga, 60' entrenamiento cognitivo)	2 veces por semana
12 horas	12 sesiones de 60'	1 vez por semana
21 horas	14 sesiones de 90'	1 vez por semana
21 horas	16 sesiones de 80'	2 veces por semana
8 horas	8 sesiones de 60' (programa de ejercicio)	1 vez por semana
45 horas (9 meses de ejercicio, 3 meses de descanso)	Sesiones de 50'	2 veces por semana
36 horas	12 sesiones de 60'	3 veces por semana
32 horas	16 sesiones de 120'	2 veces por semana
60 horas	10 a 15 sesiones 60 a 90'	4 veces por semana
Media: 23.3 horas	Media: 12 sesiones	Media: 2 veces por semana

Nota. Elaboración propia.

En Tabla 5, se presentan los instrumentos empleados en los nueve programas de intervención. Dentro de los instrumentos de evaluación utilizados para evaluar ansiedad y depresión fueron los siguientes: Spielberger State Trait Anxiety Inventory, 20-item Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; y el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Con respecto a la evaluación del funcionamiento cognitivo, en las nueve intervenciones se reportan 12 diferentes instrumentos, el más conocido fue el Mini-Mental State Examination – MMSE, debido a sus excelentes propiedades psicométricas y a las distintas versiones que existen además de su fácil aplicación por ser un instrumento muy breve. Mientras que para evaluar la calidad de vida se emplearon cinco instrumentos diferentes siendo el más frecuente el Cuestionario de Salud Física (SF36) con 36 reactivos (ver Tabla 5).

De igual modo, se presentan los instrumentos que se utilizaron para la evaluación del desempeño físico, los cuales fueron ocho diferentes cuestionarios: Escala de equilibrio de Berg; Escala Tinetti; goniómetro para medir el rango de movimiento (en grados) de los brazos cuando se mueven de lado y hacia adelante, lo que se considera una medida de flexibilidad; la resistencia máxima de agarre (en kg) se midió en ambas manos utilizando un dinamómetro de mano.

Así mismo la autoeficacia para la actividad física se midió estimando la fuerza de la creencia en la capacidad de realizar actividad física regular en una escala de 0 ("No puedo hacerlo") a 6 ("seguro, puedo hacerlo"); la Mini Evaluación Nutricional; el autoinforme acerca de las caídas en el periodo de falta de entrenamiento de 3 meses; y el SpinalMouse. Y para la autoestima se empleó la Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSS).

En cuanto a los principales resultados que reportan son la mejoría en memoria, ya que disminuyeron las quejas de memoria con 12 horas de entrenamiento en memoria "Senior WISE" acompañado de 30 minutos de yoga por sesión (McDougall Jr., et al., 2015). Así como el incremento en el desempeño de los participantes de la memoria de trabajo, tanto en estímulos verbales y visuales.

Además, consecuentemente la autoestima se reportó como mejorada (Schultheisz et al., 2018). Las áreas reportadas que Tsai et al. (2019) evaluaron al emplear la terapia de estimulación cognitiva fueron promocionar el funcionamiento cognitivo, un buen estado de ánimo y la mejora en la calidad de vida.

Así mismo, se encontró una mejoría en las siguientes habilidades físicas: elevación de extremidades, levantarse y sentarse, además de mantenerse en pie, al implementar un programa de fuerza muscular usando bandas elásticas y evaluar su efectividad en habilidades físicas y en la calidad de vida de los adultos mayores (Park et al., 2015).

De manera similar, los participantes reportaron alivio en la región espinal y mayor flexibilidad torácica al emplear el programa de actividad física de Battaglia et al. (2016). Mientras que, abordando la correcta nutrición, la actividad física y el entrenamiento cognitivo; se encontró un menor riesgo de caídas en los participantes del grupo experimental, así como un mejor equilibrio, flexibilidad en los brazos y menor riesgo nutricional. Además, reportan haber encontrado esas mejoras incluso en la evaluación de seguimiento a los seis meses postintervención (Mendoza-Ruvalcaba y Arias-Merino, 2015).

Sin embargo, después de haber concluido un programa de entrenamiento, durante el periodo sin entrenamiento, los adultos mayores perciben un importante deterioro en la calidad de vida, el número de caídas, la fuerza, tono y funcionamiento muscular en la evaluación a los tres meses de haber terminado el programa de ejercicio (Esain et al., 2017). En donde se resaltan los resultados del estudio de Moore et al. (2019), quienes sugieren que compartir la entrega de un programa de entrenamiento cognitivo intenso, prolongado y multiconstruido a adultos mayores de 50 años con quejas subjetivas y no clínicas de memoria y atención se asocia con mejoras cognitivas y mejoras generalizadas en la vida real.

Tabla 5

Instrumentos de evaluación utilizados en los nueve programas de intervención reportados en los artículos analizados

Instrumentos de evaluación de ansiedad y depresión	Instrumentos de evaluación del funcionamiento cognitivo	Instrumentos de evaluación de la calidad de vida	Instrumentos de evaluación de desempeño físico	Instrumentos de evaluación de la autoestima
Spielberger State Trait Anxiety Inventory	Rivermead Behavioural Memory Test	Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD)	Escala de equilibrio de Berg	Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSS)
20-item Center for Epidemiologic Studies Depression Scale	Instrumental activities of daily living were measured with the Direct Assessment of Functional Status-Extended (DAFS-E)	WHOQOL-BREF Koreano	Escala de Tinetti	
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Memory Efficacy Questionnaire	SF36	Goniómetro, mide el rango de movimiento (en grados) de los brazos cuando se mueven de lado y hacia adelante, lo que se considera una medida de flexibilidad	
	108-item Metamemory in Adulthood (MIA)	Índice de Calidad de Vida (Ferrans y Powers, 1992)	La resistencia máxima de agarre (en kg) se midió en ambas manos utilizando un dinamómetro de mano.	
	Mini-Mental State Examination – MMSE		La autoeficacia para la actividad física se midió estimando la fuerza de la creencia en la capacidad de realizar actividad física regular en una escala de 0 ("No puedo hacerlo") a 6 ("seguro, puedo hacerlo")	
	WAIS III, Digit span (working memory)		Mini Evaluación Nutricional	

continúa

Instrumentos de evaluación de ansiedad y depresión	Instrumentos de evaluación del funcionamiento cognitivo	Instrumentos de evaluación de la calidad de vida	Instrumentos de evaluación de desempeño físico	Instrumentos de evaluación de la autoestima
	Trail Making Tests A and B - TMT- (executive functions)		Autoinforme acerca de las caídas en el periodo de falta de entrenamiento de 3 meses	
	Rey-Osterrieth Complex Figure Test - ROCFT (executive functions and memory)		SpinalMouse®	
	Verbal Fluency-Animal category – VF-A (memory)			
	Logical Memory test from the Wechsler			
	Memory Scale Revised - WMS-R (memory)			
	Alzheimer's Disease Assessment Scale Cognitive subscale (ADAS-Cog)			
	La memoria de trabajo fue evaluada por la Subprueba Digit Span Backward36 y la velocidad de procesamiento por la Subprueba de Símbolo de Dígito			
	Subtests from the Woodcock Johnson III			
	Tests of Cognitive Abilities and Tests of			
	Achievement (Woodcock et al. 2001)			

Nota. Elaboración propia

Como puede observarse, las intervenciones realizadas para mejorar la calidad de vida son multivariadas y los resultados obtenidos son vastos en muchos aspectos. De tal forma que resulta de utilidad presentar toda la información anterior sintetizada en las diversas tablas. Así mismo, dentro del material revisado se contó con artículos científicos que llevan a cabo análisis mucho más complejos, revisiones sistemáticas, metaanálisis y un ensayo controlado aleatorio grupal de dos vías. A continuación la descripción de cada uno.

Nguyen et al. (2019) evalúan la eficacia del entrenamiento de las funciones ejecutivas sobre la memoria de trabajo, inhibición y la flexibilidad cognitiva. Para lo cual llevan a cabo una revisión sistemática y un metaanálisis de 64 publicaciones. Sus análisis reportan un mantenimiento de los aspectos entrenados después de 10 meses con una media de tamaño del efecto significativa. Sin embargo, no hubo cambio significativo en la velocidad de procesamiento de la información ni en la atención reportada en los participantes de los estudios.

Por otro lado, Fragala et al. (2019) llevaron a cabo una revisión sistemática acerca de la fuerza muscular incrementada a partir de programas de entrenamiento de resistencia y de adaptación psicológica positiva, quienes llegaron a tres conclusiones principales. En primer lugar, el ejercicio leve – moderado tiene una mayor eficacia que el ejercicio intenso. Segundo, es necesario tener de 2-3 sesiones por semana para conseguir un mejor efecto en la fuerza muscular incrementada. Y tercero, la combinación de diversos ejercicios del entrenamiento físico resulta más efectiva.

Ejemplo del impacto que se tiene con los programas dirigidos al fortalecimiento de la fuerza y el equilibrio es el estudio de Stanmore et al. (2019), quienes bajo un ensayo controlado aleatorio grupal de dos vías, reclutaron a adultos de 55 años o más que vivían en 18 centros de vida asistida (viviendas protegidas) en el Reino Unido. Su objetivo fue comparar la Escala de equilibrio de Berg (BBS) al inicio del estudio y a las 12 semanas. Como parte de los resultados incluyeron como variables el miedo a las caídas, la movilidad, el riesgo de caídas, el dolor, el estado de ánimo, la fatiga, la cognición, la

utilización de la atención médica, la calidad de vida relacionada con la salud, la actividad física y las caídas autoinformadas. Sus conclusiones son que sí mejoró el equilibrio, el dolor y el miedo a las caídas en los participantes de su proyecto. Además de que es una estrategia rentable de prevención de caídas en las instalaciones de vida asistida para personas de 55 años o más.

Al comparar la efectividad de programas de intervención en población adulta mayor, basados en ejercicio físico (EF), o bien, en un entrenamiento cognitivo (TC), sobre las funciones cognitivas ejecutivas relacionadas con actividades de la vida cotidiana, se encontró, una revisión sistemática de Karr et al. (2014), la cual abarcó 46 estudios, de los cuales 23 emplearon el EF, 21 el TC, y solo 2 estudios contenían ambos entrenamientos. Los resultados de dicha revisión sistemática contribuyen a la investigación relacionada con el envejecimiento donde se ha establecido los beneficios tanto del ejercicio físico (EF) como del entrenamiento cognitivo (TC), en las funciones ejecutivas relacionadas con las actividades de la vida diaria de los adultos mayores; sin embargo, el TC tuvo un beneficio más significativo, en términos del tamaño del efecto, para mejorar las funciones ejecutivas que los programas de entrenamiento físico.

Por su parte, el ejercicio físico no tuvo efectos diferenciales en el tamaño del efecto en distintas funciones ejecutivas, y las características del tratamiento, por ejemplo, duración y frecuencia de las sesiones de entrenamiento físico no predijeron diferentes tamaños del efecto en las funciones ejecutivas. Mientras el entrenamiento cognitivo difirió dependiendo del funcionamiento cognitivo evaluado, por ejemplo, la resolución de problemas presentó el tamaño del efecto más alto. Así mismo hubo una mejoría notable en las funciones ejecutivas en participantes saludables que en aquellos que presentaban algún tipo de deterioro cognitivo. Los autores concluyen que el entrenamiento cognitivo tiene mayor efectividad para incrementar las funciones cognitivas ejecutivas al compararlo con un entrenamiento en ejercicio físico.

La aportación de la revisión sistemática, se traduce en proponer intervenciones dirigidas a fomentar y mantener la capacidad intrínseca a través de la psicoestimulación

cognitiva y las actividades a realizar, y facilitar que las personas que tienen la capacidad funcional física o cognitiva, o ambas disminuida, hagan las cosas que son importantes para ellas, dedicando tiempo a actividades placenteras que les hagan sentir bien, evaluando de manera positiva su bienestar psicológico y su calidad de vida.

Las bases de datos donde se realizó la búsqueda sistemática, son el recurso electrónico de referencia en el ámbito de la psicología y áreas relacionadas autorizadas por la American Psychological Association (APA). Se incluyeron cuatro bases de datos: Pubmed (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Centro Nacional de Información Biotecnológica, comprende más de 35 millones de citas de literatura biomédica de MEDLINE, revistas de ciencias de la vida y libros en línea. Las citas pueden incluir enlaces a contenido de texto completo de PubMed Central y sitios web de editores.); PsycInfo (Base de datos que contiene más de 1.600.000 referencias bibliográficas con abstracts de autor, sobre psicología y disciplinas relacionadas, como medicina, psiquiatría, educación, trabajo social, derecho, criminología, etc. PsycINFO proporciona sumarios de revistas, tesis, capítulos de libros, libros, informes técnicos y otros documentos.

La cobertura de la publicación, que abarca desde 1800 al presente, incluye material internacional seleccionado de alrededor de 2.500 periódicos en decenas de idiomas.), Ovid (La única fuente en formato electrónico para la colección completa de revistas de la APA ofrece acceso a material de investigación periódico en psicología general y clínica, así como en investigaciones aplicadas. Integración completa con el resto de recursos de la APA en Ovid Posibilidad de búsqueda de gráficos, títulos, índices y otros materiales adicionales Más de 225 000 artículos completos de más de 120 revistas además de proporciona acceso a más de 330 000 artículos materiales académicos y no académicos difíciles de encontrar relacionados con la psicología, las ciencias de la conducta y la salud.) y Redalyc (1576 revistas en línea).

Los criterios de inclusión para el análisis de los artículos fueron haber sido publicado en los últimos 5 años (last 5 years); contar con acceso al texto completo (free

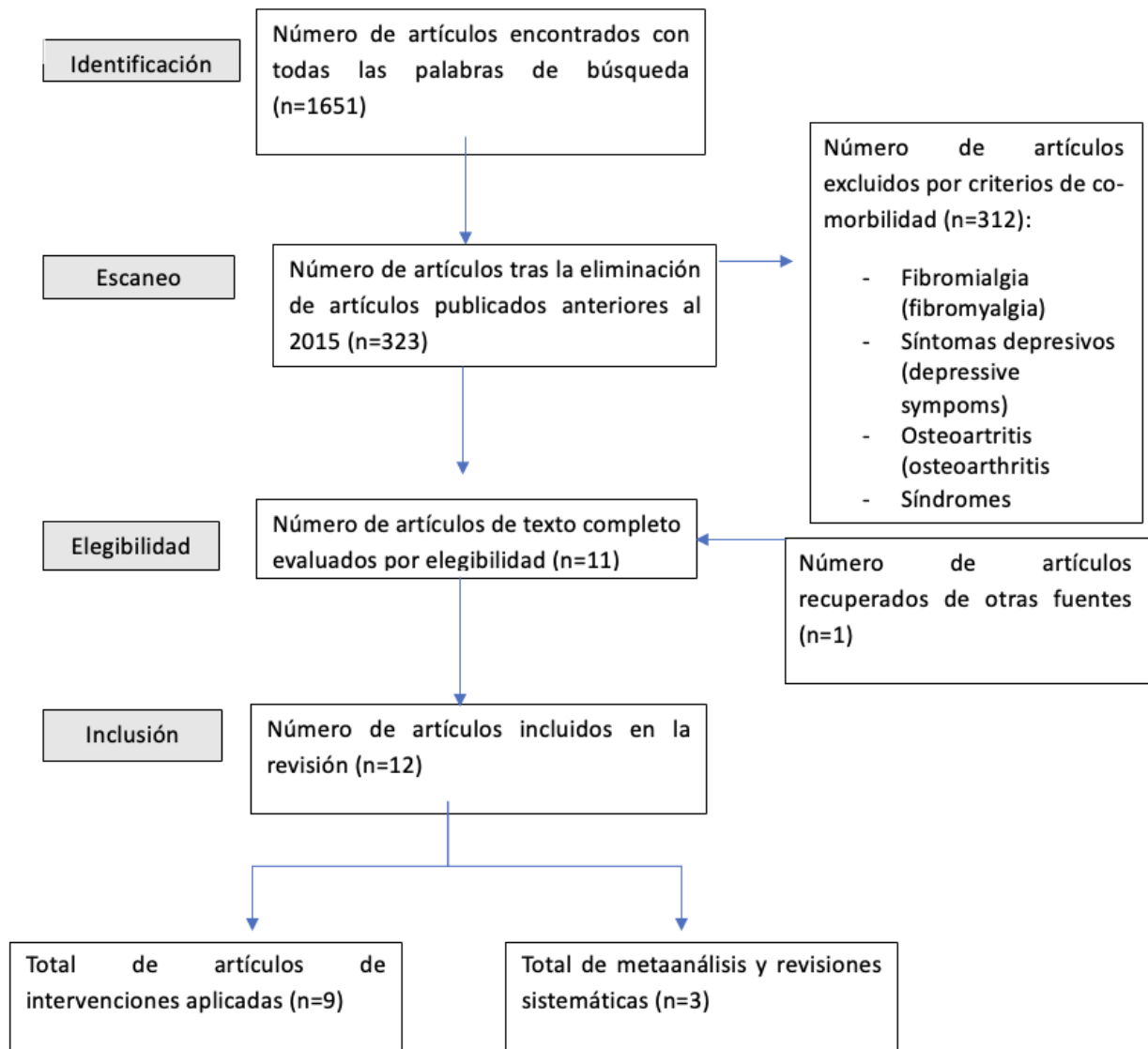
full text); que fuera un ensayo clínico (clinical trial). Se excluyeron las publicaciones que incluyeron comorbilidades (NOT fibromyalgia, depressive symptoms, osteoarthritis, syndrome).

. Del total de artículos encontrados (n = 1651) se descartaron los artículos publicados antes del 2015 (n = 643), un criterio de selección fue que el artículo contara con acceso al texto completo para analizar todos los datos proporcionados (n = 323). Posteriormente, los artículos que contaban con criterios de comorbilidad (n = 312) se descartaron, ya que presentaban programas de intervención diseñados para población específica con distintos síndromes o enfermedades.

Finalmente, se seleccionaron un total de 12 artículos publicados, nueve de ellos son reportes de intervenciones aplicadas y tres son metaanálisis y una revisión sistemática; además, se recuperó un artículo de las referencias de los metaanálisis. Se incluye el diagrama de flujo que se siguió para la selección de artículos incluidos en la revisión sistemática de acuerdo a los criterios de PRISMA (2020), (ver Figura 4).

Figura 4

Diagrama de flujo para la selección de artículos incluidos en la revisión



Nota. Elaboración propia

Planteamiento del problema

Dentro del proceso del envejecimiento surge el interés por estudiar a la calidad de vida como un componente del bienestar de las personas, ya que debido al deterioro en la capacidad funcional es posible contemplarla como un elemento de evaluación.

Para conseguir la promoción del envejecimiento saludable se aborda la capacidad funcional como indicador principal. Además, partir de las necesidades clave señaladas por la OMS conlleva a una investigación con objetivos claros, evitando estereotipos y tomando en cuenta factores del entorno.

Cuando se aborda de esta manera el envejecimiento, las capacidades funcionales y habilidades que conservan las personas resultan determinantes en la percepción de su calidad de vida y bienestar psicológico.

Se puede concluir que, mediante el uso de estrategias de selección, optimización y compensación, las personas pueden contribuir a su propio envejecimiento saludable. Por lo tanto, en el presente trabajo de investigación doctoral se propuso emplear el modelo SOC como parte de la promoción necesaria de las actividades de valor en la vida cotidiana para los adultos mayores. De tal suerte que la propia valoración de sus actividades satisface sus expectativas y cubre las necesidades expuestas por Baltes y Baltes (1990) en el modelo SOC.

Derivado de ese planteamiento, la intervención desarrollada estuvo enfocada en fomentar y mantener la capacidad funcional en adultos mayores, y facilitar que las personas que tienen disminución de la capacidad funcional puedan realizar las cosas que son importantes para ellas.

Una vez planteada la importancia de llevar a cabo una revisión sistemática de la literatura científica en torno a la capacidad funcional, la calidad de vida y el bienestar psicológico en la tercera edad, se plantea el desarrollo e implementación de un programa de Intervención Cognitivo-Conductual (ICC) mediado por la tecnología y se describen las características del proyecto.

Se plantea la pregunta de investigación ¿Cuáles son los efectos de la ICC en el funcionamiento cognitivo, calidad de vida, bienestar psicológico, nivel de relajación reportado y las actividades de valor de su vida cotidiana de las mujeres adultas mayores (AM) que participaron en el programa de intervención?

Justificación

De acuerdo con Cancino et al. (2018), “la evidencia indica que con la edad aumenta considerablemente el riesgo de enfermedad y dependencia, en consecuencia, 23% del gasto en salud a nivel mundial está reservado para la atención de adultos mayores de 60 años” (p. 315). Por ello, la promoción del envejecimiento saludable se enmarca en el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, suscrito por la OMS, a través del cual se busca garantizar sociedades más igualitarias, libres de enfermedad y discapacidad. Este documento señala que “Al evaluar las necesidades de salud de una persona mayor, no solo es importante tener en cuenta las enfermedades concretas que puede presentar, sino también cómo estas interactúan con el entorno y repercuten en las trayectorias de funcionamiento” (OMS, 2015, p. 28).

No solo se trata de evaluar la salud o la enfermedad en la vejez, ya que:

Más allá de las pérdidas biológicas, la vejez con frecuencia conlleva otros cambios importantes. Se trata de cambios en los roles y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. Así, los adultos mayores suelen concentrarse en un conjunto menor pero más importante de metas y actividades, además de optimizar sus capacidades presentes a través de la práctica y el uso de nuevas tecnologías y compensar la pérdida de algunas habilidades con otras maneras de realizar las tareas (OMS, 2015, p. 27).

De acuerdo con Adams (2004), conforme avanza la edad de las personas, los objetivos, las motivaciones, las prioridades y los gustos también parecen cambiar. Si bien algunos de estos pueden ser resultado de la adaptación a la pérdida, otros, en cambio, hacen evidente que “el desarrollo psicológico sostenido en la edad avanzada, que puede estar asociado a la adquisición de nuevos roles, puntos de vista y varios contextos

sociales interrelacionados” (Baltes et al., 2005, en OMS, 2015, p. 27). Lo anterior puede explicar el hecho de que, en diversos contextos, la vejez se relacione con una etapa de bienestar psicológico superior (Ryff, 2014).

Tradicionalmente el énfasis en los programas de atención a la salud ha estado en la atención al daño, principalmente en la atención hospitalaria, tanto del segundo como del tercer nivel. Ahí, la prioridad también ha sido la atención al daño y poco se han desarrollado los servicios preventivos, con excepción de programas como el de vacunación, hidratación oral y planificación familiar, que han tenido gran impacto en la salud y demografía del país (Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo, CONEVAL, 2013).

Por lo que promover el envejecimiento saludable, a partir del favorecimiento de la calidad de vida y el bienestar psicológico resulta prioridad ante los profesionales de la salud. Se procura una búsqueda metodológica dirigida a fomentar y mantener la capacidad intrínseca (psicoestimulación cognitiva) y facilitar que las personas que tienen la capacidad funcional (física y/o cognitiva) disminuida. Además de los aspectos de salud, la inclusión de factores sociales y motivacionales resulta clave para las personas adultas mayores, por lo que también se busca que hagan las cosas que son importantes para ellas, dedicando tiempo a actividades placenteras que le hagan sentir bien al adulto mayor y poseer habilidades para alcanzar un estado de relajación.

En consecuencia, se plantea la necesidad de llevar a cabo la presente investigación, en donde se realizó en primer lugar una recopilación de las investigaciones recientes respecto a la vertiente del incremento de la calidad de vida en los adultos mayores con un método de búsqueda sistemática de preguntas PIO (Landa-Ramírez y Arredondo-Pantaleón, 2014). Con dicha recopilación, se observaron las recientes líneas de intervención, llevando a cabo un análisis sistemático de los métodos empleados y resultados encontrados, así como de la eficacia reportada. Con el análisis sintetizado, se analizaron fortalezas y deficiencias de los diseños de investigación empleados. Para lograr de esta forma conducir un avance en materia de investigación.

Además, el análisis fue enviado a publicación en una revista científica. A continuación, se propone un programa de intervención para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores partiendo de la premisa de la interacción entre la capacidad funcional de la persona y el entorno disponible para ella.

Objetivos

Objetivo general

El objetivo general de la investigación fue evaluar los efectos de la ICC en el funcionamiento cognitivo, la calidad de vida, el bienestar psicológico, nivel de relajación reportado asociado a la temperatura corporal y las actividades de valor de la vida cotidiana como parte de su capacidad funcional en mujeres adultas mayores.

Para lograr ese objetivo se evaluaron los efectos de cada uno de los componentes de la intervención: Relajación (*R*); Psicoestimulación Cognitiva (*PsC*); y Promoción de las actividades de valor en la vida cotidiana (*PrAc*), sobre los indicadores de la calidad de vida, bienestar psicológico, funcionamiento cognitivo, nivel de relajación reportado asociado a la temperatura corporal y las actividades de valor de la vida cotidiana como parte de su capacidad funcional en adultas mayores.

Objetivos particulares

- Realizar una búsqueda de información científica acerca del favorecimiento de la calidad de vida en adultas mayores que contemple los siguientes componentes: Funcionamiento cognitivo; Relajación; y Modelo SOC.
- Evaluar el efecto del programa de intervención Cognitivo-Conductual (ICC) mediado por la tecnología después de la intervención y a los tres meses después de la intervención, sobre la calidad de vida, bienestar psicológico, funcionamiento cognitivo, nivel de relajación reportado y las actividades de valor de su vida cotidiana en las mujeres adultas mayores.
- Evaluar el impacto del módulo de Relajación (*R*), para facilitar la adquisición de la técnica de respiración diafragmática y de relajación autogénica en las adultas mayores.

- Evaluar el impacto del módulo de Psicoestimulación Cognitiva (*PsC*), para preservar funciones cognitivas de las adultas mayores: memoria, orientación y atención.
- Evaluar el impacto del módulo de Promoción de Actividades de valor en la vida cotidiana (*PrAc*) en la promoción, selección, optimización y compensación de las actividades de valor en la vida cotidiana en las adultas mayores, sobre la calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo.

Metodología

Tipo de Estudio y Diseño de Investigación

Con una estrategia de investigación basada en el estudio de caso (Martínez, 2006). El diseño de investigación fue de series temporales o series cronológicas. De acuerdo con Clark-Carter (2004) y Campbell y Stanley (1966) se tomaron medidas en varios puntos conocidos como observaciones (O). En un proceso periódico de medición sobre algún individuo y la introducción de una variación experimental (X) en esa serie cronológica de mediciones, cuyos resultados se indican por medio de una discontinuidad en las mediciones registradas en la serie. Se le diagrama de la manera siguiente:

O₁, O₂, O₃, X, O₄, O₅

El estudio fue cuasi experimental, longitudinal y prospectivo.

La justificación para emplear ese diseño fue la evaluación del comportamiento de las variables de interés a lo largo del tiempo. Considerando un deterioro debido al proceso de envejecimiento, la ICC se pone a prueba en los participantes y de ese modo las observaciones son registradas para evaluar los resultados.

Concretamente, se pretende demostrar que una intervención produce un cambio en la conducta (Kennedy, 2005). Al tomar muchas medidas de las variables, el diseño permite al investigador observar los aspectos dinámicos del cambio (Franklin et al., 1996).

Definición de variables

Calidad de vida

Definición conceptual: Es la percepción que los individuos poseen de su posición en la vida, tomando en cuenta el contexto de su cultura y sistema de valores en que las personas viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses contemplando la percepción subjetiva y el papel objetivo o factores contextuales de los individuos (OMS, 1994; González-Celis, 2010).

Definición operacional: puntuación total de la *Escala WHOQoL-OLD* (Anexo 2). Elaborado por la OMS (WHO, 2004) y adaptado por González-Celis y Gómez-Benito (2013). Cuestionario compuesto por 24 reactivos agrupados en seis dominios: habilidades sensoriales; autonomía; actividades pasadas, presentes y futuras; participación social; muerte y morir, e intimidad [...] Para cada dominio se construyeron cuatro reactivos por lo que la calificación para cada dimensión se encuentra en un rango de 4 a 20 puntos; asimismo, la calificación total de calidad de vida tiene un rango de 24 a 120 puntos. Donde entre mayor sea la puntuación total, mejor calidad de vida es percibida; asimismo, para los seis dominios, entre más alta sea, mayor calidad de vida se percibe para cada dominio (Núñez-Gastelum, 2019, p. 10).

Bienestar psicológico

Definición conceptual: El bienestar psicológico es un indicador positivo de la relación del sujeto consigo mismo y con su medio. Incluye aspectos valorativos y afectivos que se integran en seis dimensiones, que incorpora los desafíos que enfrentan los individuos en sus intentos por un funcionamiento pleno.

Definición operacional: Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff (1989) (Anexo 2). 1. La evaluación positiva de uno mismo y la propia vida pasada (autoaceptación); 2. Un sentido de crecimiento continuo y desarrollo como persona (crecimiento personal); 3. La creencia de que la propia vida tiene un propósito y un significado (propósito en la vida); 4. El desarrollo y mantenimiento de relaciones de calidad y confianza con otros (relaciones positivas con otros); 5. La capacidad de dirigir

efectivamente la propia vida y el ambiente para satisfacer necesidades y deseos (dominio ambiental); y 6. Un sentido de autodeterminación personal (autonomía) (Oramas et al., 2006; Ryff, 1989).

Los reactivos son agrupados en dos subescalas:

Bienestar hedónico, que incluye las dimensiones: autoaceptación (ítems 1, 7, 13, 19, 25, 31), relaciones positivas (ítems 2, 8, 14, 20, 26, 32), autonomía (ítems 3, 4, 9, 10, 15, 21, 27, 33). y dominio del entorno: (ítems 5, 11, 16, 22, 28, 39) (adaptado de Díaz et al., 2006, p. 575).

Bienestar eudaimónico, que incluye las dimensiones: propósito en la vida (ítems 6, 12, 17, 18, 23, 29) y crecimiento personal (ítems 24, 30, 34, 35, 36, 37, 38) (adaptado de Díaz et al., 2006, p. 575).

Funcionamiento cognitivo

Definición conceptual: se entiende como un proceso mental que se compone de capacidades cognitivas, tales como concentración, realización de cálculos mentales, aprendizaje verbal y memoria de trabajo para las nuevas tareas y la velocidad de procesamiento; el cual, durante el envejecimiento, puede clasificarse como preservado o con cierto deterioro (Espinosa, 2019; Puig, 2009).

Definición operacional:

- Puntuación total del Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry – Spanish (SCIP-S) (Anexo 2).
- Módulo de Psicoestimulación Cognitiva (*PsC*). Cada una de las sesiones de psicoestimulación cognitiva dentro del programa de intervención enfocadas en preservar funciones cognitivas de los adultas mayores.

Relajación

Definición conceptual: Característica corporal definida por una desconcentración muscular y psíquica, con ayuda de procedimientos terapéuticos bien definidos con el fin de conseguir un tono de reposo, base de distensión (Castro y Macías, 2010).

Definición operacional:

- Registro conductual de los adultas mayores al llevar a cabo el ejercicio de respiración diafragmática (Anexo 3).
- Registro conductual de los adultas mayores al llevar a cabo el ejercicio de relajación autógena (Anexo 3).
- Autoreporte del participante en escala tipo Likert acerca de la relajación percibida.
- Módulo de Relajación (*R*). Cada una de las sesiones de relajación, el entrenamiento en respiración diafragmática y el entrenamiento en relajación autógena: Entrenamiento en relajación autógena: Es un método establecido de relajación donde enseña a relajar mente y cuerpo se siguen instrucciones mentales para relajar el cuerpo y serenar emociones, además de que va acompañada de respiración abdominal (Payne, 2005).

Actividades de valor en la vida cotidiana

Definición conceptual: Actividades que les permita desarrollar sus habilidades y conocimiento para optimizar sus capacidades para enfrentarse a la vida y para relacionarse con otras personas y entornos que en ocasiones les limitan (Bermejo, 2012). Agregando que cuentan con un connotación afectiva para cada persona.

Definición operacional:

- Registro conductual de las actividades cotidianas que realizan las adultas mayores en su rutina diaria (Anexo 3).
- Módulo de Promoción de actividades de valor en la vida cotidiana (*PrAc*). Cada una de las sesiones de planeación y organización de actividades a realizar en el tiempo libre dentro del programa de intervención.

Participantes

El programa de intervención se diseñó para mujeres adultas mayores de 60 años con capacidad funcional estable y sin deterioro.

Criterios de inclusión

- Adultas mayores de 60 años con capacidad funcional estable y sin deterioro, de acuerdo a los criterios establecidos con los instrumentos de medición que se emplearon para evaluar capacidad funcional.
- Participación voluntaria, consentida e informada, y sin enfermedades crónico-degenerativas sin tratamiento médico.
- Con acceso a Internet y que dispusieran de algún dispositivo tecnológico que les permitiera seguir la intervención vía remota.
- Contar con una persona que les pudiera apoyar en las sesiones mediadas por la tecnología, quien fungió como coterapeuta, a quien se le dio un entrenamiento para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos de evaluación psicológica (las coterapeutas fueron egresadas de la licenciatura de Psicología de la FES Iztacala), además de contar con habilidades necesarias para solucionar problemas técnicos (conexión alámbrica o inalámbrica, falta de batería, cables necesarios).

Se contó con tres participantes, todas cumplían los criterios de inclusión se describen los datos sociodemográficos de las participantes (ver Tabla 6).

Tabla 6

Datos sociodemográficos de las participantes

	Participante 01R	Participante 02F	Participante 03T
Edad	83 años	60 años	64 años
Estado civil	Viuda	Casada	Casada
Ingreso económico percibido	Pensión del seguro social. Es ama de casa	De su esposo. Es ama de casa	De su marido. Es ama de casa
Condiciones de vivienda	Vive con algunos de sus hijos	Vive con esposo, hijos y nueras	Vive con esposo e hijos
Religión	católica que practica ocasionalmente	católica que practica ocasionalmente	católica que practica ocasionalmente
Enfermedades diagnosticadas	Osteoporosis y artritis reumatoide con tratamiento médico	fibromialgia y problema de tiroides con tratamiento médico	Diabetes con tratamiento médico
Preocupaciones reportadas	la pandemia por COVID 19	la pandemia por COVID 19, la inseguridad y la evolución de su enfermedad	la pandemia por COVID 19, la economía y el futuro mundiales
Actividades físicas que realiza con frecuencia	caminar, trotar, correr, ejercicios físicos, subir y bajar escaleras y realizar quehaceres domésticos	caminar, trotar, correr, ejercicios físicos, subir y bajar escaleras y realizar quehaceres domésticos	caminar, trotar, correr y realizar quehaceres domésticos
Actividades de estimulación cognitiva que realiza con frecuencia	leer, buscar y ver películas, resolver juegos de mesa, ver tv, aprender algo nuevo y escuchar radio	leer, buscar y ver películas, resolver juegos de mesa, ver tv, aprender algo nuevo y escuchar radio	leer, buscar y ver películas, pintar, dibujar e iluminar, aprender algo nuevo, ver o escuchar misa y escuchar radio

Nota. Elaboración propia.

Instrumentos

A continuación se describe cada uno de los instrumentos que conformó la Batería de evaluación (Anexo 2).

- 1) *Consentimiento informado*. Documento redactado para la presente investigación en el cual se le explica a la persona las implicaciones éticas de su participación en el proyecto.
- 2) *Hoja de datos sociodemográficos*. Cuenta con 21 reactivos donde se le solicita a la participante información sobre algunas características referentes a los aspectos socio-económicos, educativos y del estado de salud, así como otros aspectos de su comportamiento.
- 3) *Escala WHOQoL-OLD*. Elaborado por la OMS (2004) y adaptado por González-Celis y Gómez (2010). Consta de 24 reactivos agrupados en seis dominios: Habilidades sensoriales, Autonomía, Actividades pasadas, presentes y futuras; Participación social; Muerte y morir; e Intimidad. Para cada dominio se construyeron cuatro reactivos por lo que la calificación para cada dimensión se encuentra en un rango de 4 a 20 puntos; asimismo la calificación total de calidad de vida tiene un rango de 24 a 120 puntos. Donde entre mayor sea la puntuación total, mejor calidad de vida es percibida; asimismo para los seis dominios, entre más alta sea, mayor calidad de vida se percibe para cada dominio.

Se evaluó la validez divergente a través del coeficiente de correlación rho de Spearman entre los puntajes totales de los participantes en el WHOQOL-OLD y en la Escala de Depresión Geriátrica (-0.569); de igual manera, se evaluó la validez convergente a través de la correlación entre los puntajes del WHOQOL-OLD y la Escala de Bienestar Subjetivo de Lawton (0.624, con $p \leq .001$) mostrando una validez convergente con el bienestar subjetivo de correlación moderada, significativa y positiva (Acosta-Quiroz et al., 2013).

- 4) *Escala de Bienestar Psicológico de Ryff*. Cuenta con 39 reactivos, con seis opciones de respuesta, cuya calificación total va de 39 a 234. Entre más alta la puntuación mejor es la percepción de bienestar psicológico y de sus dimensiones.

Sus propiedades psicométricas son reportadas por Medina-Calvillo et al. (2013). El instrumento cuenta con una bondad de ajuste regular para el modelo de 6 factores. Los valores de alfa de Cronbach del total de la escala resultaron de $\alpha = .918$ y $\alpha = .904$ (muestra A y muestra B, respectivamente). La correlación test-retest se realizó en un periodo de 2 meses, y se observó en el valor $r = .796$ ($n = 245$, $p < .001$) en el total de la escala, mientras que los valores de las correlaciones test-retest entre las subescalas fueron desde $r = .584$ hasta $r = .731$ (todos con $p < .001$). Contiene dos dimensiones con sus componentes (Diaz et al., 2006):

- Bienestar Hedónico: Auto aceptación: ítems 1, 7, 13, 19, 25, 31. o Relaciones positivas: ítems 2, 8, 14, 20, 26, 32. Autonomía: ítems 3, 4, 9, 10, 15, 21, 27, 33. Dominio del entorno: ítems 5, 11, 16, 22, 28, 39.
- Bienestar Eudaimónico. Propósito en la vida: Ítems 6, 12, 17, 18, 23, 29. o Crecimiento personal: Ítems 24, 30, 34, 35, 36, 37, 38.

5) *Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry – Spanish (SCIP-S)*. Escala breve que se utiliza para detectar carencias cognitivas en trastornos de tipo psicótico o afectivo en un tiempo reducido. El cuestionario requiere lápiz, papel y reloj; su aplicación requiere de un entrenamiento menor y su duración es de 15 min aproximadamente. Está conformada por cinco subescalas que miden diferentes dominios cognitivos:

- Aprendizaje Verbal Inmediato (AV-I), una lista de 10 palabras es leída con un intervalo de 3 segundos entre cada una de las palabras, y el recuerdo se solicita inmediatamente al finaliza la lectura de la lista. Este proceso se repite durante 3 ocasiones. La puntuación es la cantidad de palabras que recuerdan los sujetos inmediatamente después de cada una de las repeticiones de la prueba, Puntuaciones secundarias incluirían el número de ítems recordados en cada aplicación, la posición del recuerdo inmediato de las palabras en relación con la posición diferida, el número de perseveraciones [repeticiones de palabras] y la cantidad de intrusiones [palabras no incluidas en la lista];

- Memoria de Trabajo (MT), 8 tríadas a cada una de las versiones, con la tarea de contar hacia atrás. La principal medida a registrar es el número de letras individuales recordadas en las 8 tríadas, como medidas secundarias se pueden considerar la secuencia del recuerdo y la sensibilidad a la demora y a la distracción.
- Fluidez Verbal (FV), se le pide que generen todas las palabras que puedan durante 30 segundos sin producir números, nombres propios o palabras derivadas; y seguidamente esta tarea se repite con otra letra distinta. El examinador registra todas las respuestas de los sujetos, incluidas las no relacionadas y los ítems repetidos. La puntuación primaria será la suma de las palabras generadas en ambas condiciones);
- Aprendizaje Verbal Diferido (AV-D), es la cantidad de palabras recordadas de la lista de 10 palabras leídas en la subescala del aprendizaje audioverbal inmediato (AV-I), transcurridos los 5 minutos.
- Velocidad de Procesamiento (VP), el examinado tiene 6 letras del alfabeto con su respectivo código del alfabeto Morse. Una distribución aleatoria de estas 6 letras se reparte a lo largo de 4 filas de 9 casillas, con un espacio en blanco debajo de cada una de las letras. La tarea consiste en hacer corresponder cada letra con su equivalente en Código Morse, y anotar la respuesta en el espacio en blanco situado debajo de cada una de las letras de las 36 casillas. Los primeros 6 ítems son utilizados como práctica para asegurar que el sujeto ha entendido correctamente las instrucciones, y posteriormente se permiten un total de 30 segundos para rellenar las siguientes casillas. La puntuación primaria que se registra es el número total de casillas que se responden correctamente durante los 30 segundos (Pino, Guilera, Gómez, Rojo, Vallejo, Purdon, 2006).

Este instrumento se ha aplicado a población mexicana adulta mayor de 56 años y sus análisis han mostrado una alta capacidad discriminativa del instrumento de comparando por nivel de escolaridad ($p = .001$), por edad ($p \leq 0.004$), y por afectación cognitiva ($p .001$); además, los puntos de corte (< 45.50), y valores de sensibilidad (.811)

y especificidad (.667) para la puntuación total (González-Celis et al., 2022). Las medidas descriptivas para las puntuaciones directa de la puntuación total del SCIP-S y de las subescalas por nivel educativo su capacidad discriminativa; obtuvieron un valor de $p < .05$.

Se obtienen puntuaciones directas de cada una de las subescalas, así como la puntuación total del SCIP-S; asimismo, se pueden transformar dichas puntuaciones en puntuaciones T y en percentiles, además de tener medidas de puntos de corte, dependiendo de la edad y escolaridad del adulto mayor, para la detección de posible deterioro cognitivo.

Para que las participantes pudieran ser incluidas en la investigación, se utilizaron tres instrumentos para la evaluación de la capacidad funcional como criterio de inclusión por arriba de la puntuación mínima de cada instrumento.

6) *Cuestionario de Actividades Físicas (Escala De Nagi)*. El objetivo de este cuestionario es el de monitorizar la capacidad funcional física de manera más precisa para establecer programas para fortalecerla o recuperarla con programas específicos. Se evalúan nueve actividades físicas de manera demostrativa. Consta de nueve reactivos que evalúan diversas acciones con tres opciones de respuesta: capaz de realizarla sin dificultad (3 puntos), capaz de realizarla con dificultad (2 puntos), y no la realiza (1 punto). Su puntuación va de 9 a 27. Al tener 14 puntos o menos se considera una puntuación mínima para tener una capacidad funcional deteriorada.

7) *Evaluación de Estabilidad de la Marcha y Sedestación (Tinetti)*. Se traza una línea recta sobre el piso o simplemente se pega una tira de tela adhesiva y se pide al sujeto que camine a lo largo de ella, observando tanto de frente, como de perfil. Además, en una silla sin descansa brazos, la persona realizará un balance sentada, levantarse de la silla, ponerse de pie, equilibrio inmediatamente y en posición de pie, con un empujón ligero, dar un giro de 360° con los ojos cerrados y volverse a sentar en la silla. Se evalúa la forma en que realiza los movimientos y calificándolos de 0 a 2, donde 0 es con dificultad y 2 seguro, sin ayuda. La calificación máxima total es 29 indicando completa estabilidad y equilibrio y bajo

riesgo de caídas Menos de 18 puntos representa un alto riesgo de caídas; de 19-24 puntos es un riesgo moderado; mientras que de 25-28 puntos equivale a un riesgo bajo de caídas (Chávez-Samperio, Lozano, Lara & Velázquez, s.f.).

- 8) *Test de Marcha de 6 Minutos (TM6M)*. La caminata de 6 minutos es una prueba que consiste en caminar lo más rápido que le sea posible durante un período de 6 minutos en un pasillo plano. La distancia máxima en la marcha de 6 minutos sin agitación se registra para cada adulto mayor (McGavin, Gupta, & McHardy, 1976). El cambio mínimo clínicamente significativo (CMCS) en sujetos con enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión pulmonar, enfermedades intersticiales) es de 25 a 33 metros con una mediana de 30 metros (Gochicoa-Rangel et al., 2015).

Autoreportes de conductas observables (Anexo 3)

- Autoreporte del participante en escala tipo Likert acerca de la relajación percibida.

Las instrucciones son: En la siguiente escala, registre con un tache el grado de relajación alcanzado con la técnica que haya llevado a cabo. Siendo 0 “Nada relajada” y 4 “Totalmente relajada”. Contiene tres apartados disponibles y se diferencian con la leyenda “Momento del día: Mañana / Tarde / Noche”

- Autoreporte del participante en escala tipo Likert acerca de la relajación percibida con técnicas de relajación.

Las instrucciones son: *En la siguiente escala, registre con un tache el grado de relajación alcanzado con la técnica que haya llevado a cabo. Siendo 0 “Nada relajada” y 4 “Totalmente relajada”.*

La tabla de registro contiene un apartado para la anotación de la temperatura corporal, donde las coterapeutas recibieron un termómetro para proporcionarlo a

las participantes quienes registraban su temperatura al inicio y al final de la sesión al momento de emplear las técnicas de relajación empleadas.

Contiene dos apartados disponibles y se diferencian con la leyenda “Antes de la técnica / Después de la técnica”.

Además, debían escribir la técnica de relajación empleada.

Las instrucciones finales son: En la siguiente escala, registre con un tache el grado de satisfacción alcanzado con la técnica de relajación que ha llevado a cabo. Siendo la cara del extremo izquierdo 0 “Nada satisfecho” y la cara del extremo derecho 4 “Totalmente satisfecho”.

- Registro conductual de actividades cotidianas

Instrucciones: En la tabla escriba sus actividades cotidianas y el motivo por el cual lo realizó (necesidad, apoyo a familia, obligación, distracción, ejercitarse, etc.).

Una vez que hizo el registro de las actividades, por favor evalúe qué tan satisfecho (a) se siente de haber realizado esa actividad. En seguida, debe colocar un tache en UNA de las opciones, qué tan a gusto se encuentra usted realizando esa actividad en particular. Finalmente, en la última columna debe ordenar de acuerdo a la importancia de las actividades de valor de manera personal. Se incluye ejemplo en las primeras cuatro filas.

De los autoreportes de conductas se obtienen las respuestas con mayor frecuencia y se incluye en el apartado de los resultados cualitativos.

Procedimiento

Tras haber realizado el análisis del estado del arte, se diseñó la ICC. Para su implementación se llevó a cabo la difusión del proyecto con ayuda de estudiantes y colaboradores de la licenciatura en psicología y del programa de maestría y doctorado en psicología de la UNAM. Cuando las participantes mostraron interés fueron contactadas a través de las coterapeutas. Se les explicaron los criterios de inclusión al programa y finalmente se acordó un día para iniciar con la recopilación de las mediciones.

Las coterapeutas estuvieron de manera presencial en todas las sesiones con las participantes con la finalidad de resolver problemas de conexión, llevar a cabo de manera correcta la aplicación de los instrumentos, así como de resolver cualquier duda referente al llenado de instrumentos. Las coterapeutas entregaron de manera física el consentimiento informado y los cuestionarios del WHOQoL-OLD y Escala de Bienestar Psicológico, mientras que el SCIP-S fue aplicado de manera presencial por las coterapeutas y la hoja de respuestas fue llenada con entrenamiento previo.

La sesión inicial consistió en la descripción del objetivo de la ICC y sus características. Se proporcionó a las participantes el consentimiento informado de manera impresa mediante las coterapeutas, se llevó a cabo su lectura en voz alta para resolver dudas relacionadas. Dentro del documento se solicitó la autorización para conocer los datos personales contenidos en la hoja de datos sociodemográficos y tratarlos de manera confidencial y anónima con fines estadísticos; también se solicitó la autorización para grabar las sesiones por videollamada en la plataforma Zoom.

Luego de que las participantes firmaron el consentimiento informado, se llevó a cabo el llenado de la hoja de datos sociodemográficos. Se realizó la primera evaluación (observación 1, O₁) con la aplicación de los instrumentos *Escala WHOQoL-OLD*, *la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff* y *Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry - Spanish (SCIP-S)*.

Un mes después de la primera sesión de evaluación, se llevó a cabo una segunda medición con la aplicación de los instrumentos *Escala WHOQoL-OLD*, *la Escala de*

Bienestar Psicológico de Ryff y Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry - Spanish (SCIP-S) (observación 2, O₂).

La tercera sesión (observación 3, O₃), un mes después, a través de la aplicación de los instrumentos *Escala WHOQoL-OLD*, *la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff* y *Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry - Spanish (SCIP-S)*. Después de las tres evaluaciones, se implementó la intervención (X) que consistió en los tres módulos Relajación (R), Psicoestimulación Cognitiva (PsCg) y Promoción de Actividades de valor en la vida cotidiana (PrAc) con técnicas derivadas de la TCC.

Al terminar las sesiones establecidas de la intervención de manera inmediata se realizó la observación 4 (O₄), con la aplicación de los instrumentos *Escala WHOQoL-OLD*, *la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff* y *Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry - Spanish (SCIP-S)*.

Después de tres meses, se tomó la observación 5 (O₅), con los instrumentos *Escala WHOQoL-OLD*, *la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff* y *Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry - Spanish (SCIP-S)*.

Las sesiones de evaluación (O₁, O₂, O₃, O₄, O₅) e intervención (X) se realizaron de manera individual, con una duración aproximada de 40 a 60 min, en el horario que cada participante tuviese programado, una vez por semana. La duración de la recopilación de los datos fue de trece meses aproximadamente. La unidad de observación se midió repetidamente a lo largo del tiempo bajo todos los niveles de al menos una variable independiente.

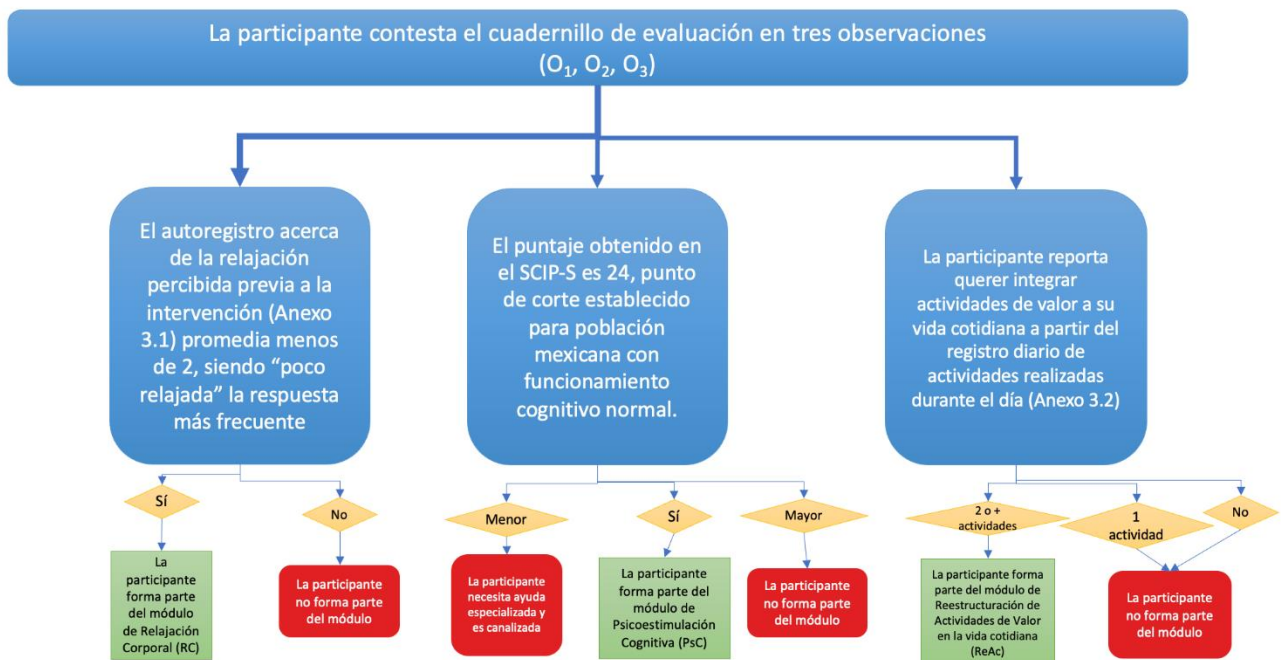
Asignación de módulos de acuerdo a evaluación previa de los participantes

Una vez que se cuenta con las primeras tres evaluaciones de cada participante, se seleccionaron los módulos necesarios para favorecer la relajación, el funcionamiento cognitivo y el tiempo que dedica a actividades de valor en su vida cotidiana (ver Figura 5).

Si el participante reporta deficiencia en los resultados de los instrumentos o técnicas utilizadas para la evaluación de algunos de los aspectos mencionados anteriormente, se le propuso establecer las sesiones correspondientes por módulo, teniendo en cuenta los objetivos específicos, así como los indicadores de cambio.

Figura 5

Flujograma para la asignación de módulos



Nota. Elaboración propia.

Al terminar las sesiones establecidas, se realizó la evaluación posterior. Esto con el fin de tener la evaluación general previa y posterior al programa de intervención. Se preparó un breve cuadernillo de presentación de resultados de sus valores reportados al respecto de los indicadores de cambio y de su evaluación general.

Finalmente, se mantuvo contacto con las participantes. Asegurando contar con su asistencia para la evaluación inmediata observación 4 (O₄) después de la intervención, y de seguimiento a tres meses, observación 5 (O₅).

En la presente investigación se trabajó mediante Zoom, se realizó la videograbación y el medio de contacto fue vía WhatsApp.

Se presenta el desglose completo del programa de intervención en el Anexo 1: "Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultas mayores (FCV): Por una capacidad funcional óptima. Una intervención mediada por la tecnología".

Módulos

El diseño de la ICC se puede resumir en la Tabla 7.

Módulo de Relajación (R). Este módulo tuvo un total de 2 sesiones, cada una con duración de 15 minutos. Cada sesión se conformó por diferente técnica de relajación: Respiración diafragmática; y Entrenamiento en relajación autógena.

El objetivo del módulo fue facilitar la adquisición de la técnica de relajación autogénica y respiración diafragmática en las adultas mayores. La técnica de la ICC empleada fue el modelado conductual. Se puede consultar la Tabla 8 para una descripción breve de las actividades del módulo. Para la descripción detallada puede consultarse el Anexo 1.

Módulo de Psicoestimulación Cognitiva (PsCg). La psicoestimulación cognitiva se basó en el manual de la doctora Puig (2009), se retomaron tres funciones cognitivas: Memoria; Orientación y Atención. Cada una de las funciones cognitivas contó con una sesión de 40 minutos. Para la psicoestimulación de la memoria se incluyeron seis actividades, mientras que para la orientación y la atención se abordaron cinco actividades en cada una de las funciones.

El objetivo del módulo fue preservar funciones cognitivas de las adultas mayores: memoria, orientación y atención; a partir de la psicoestimulación cognitiva. Las técnicas de la ICC empleadas fueron la psicoeducación y el modelado conductual.

Se puede consultar la Tabla 9 para una descripción breve de las actividades del módulo, sus nombres y objetivos de cada actividad. Las instrucciones y duración de cada actividad se puede consultar en el Anexo 1 de la presente tesis.

Módulo de Promoción de Actividades de valor en la vida cotidiana (PrAc). Las participantes completaron un registro cotidiano de las actividades realizadas durante el periodo de evaluación de las observaciones 1 a 3. Posterior al registro, llevaron a cabo una evaluación de importancia y de satisfacción de cada una de las actividades que realizaron en su vida cotidiana. La reestructuración de actividades se llevó a cabo una vez priorizadas dichas actividades.

El módulo quedó conformado por dos sesiones. Cada sesión se compone por 30 minutos. El objetivo principal fue promover la selección, optimización y compensación de las actividades de valor en la vida cotidiana que evalúan los adultos mayores.

Se retomaron las técnicas de psicoeducación, solución de problemas y reestructuración cognitiva del manual de técnicas psicoterapéuticas de Valladares y Rentería (2018). Respecto al entrenamiento en solución de problemas se enfocaron las habilidades específicas y las capacidades básicas para la solución de problemas, siguiendo las metas, características y procedimientos generales del entrenamiento (Bravo y Valadez, 2018). Referente a la reestructuración cognitiva se buscó el reconocimiento de sus propios pensamientos negativos acerca de su vida cotidiana. La estructura del módulo sigue los tres procesos del modelo Selección-Optimización-Compensación (SOC; Baltes y Baltes, 1990; Donellan, 2015). Puede consultarse la Tabla 10 para una descripción breve de las actividades y sus objetivos. Para la descripción detallada puede consultarse el Anexo 1.

Tabla 7

Resumen de la ICC

Módulo	Objetivos	Sesiones	Técnicas de ICC
Relajación (R)	<p>Que las participantes logren realizar la técnica de respiración diafragmática por sí mismas.</p> <p>Que las participantes logren realizar la técnica de entrenamiento en relajación autógena por sí mismas.</p>	<p>Sesión 1. Respiración diafragmática.</p> <p>Sesión 2. Entrenamiento en relajación autógena.</p>	<p>Psicoeducación.</p> <p>Modelado conductual.</p>
Psicoestimulación Cognitiva (PsC)	<p>Preservar funciones cognitivas de las adultas mayores: memoria, orientación y atención; a partir de la psicoestimulación cognitiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el aprendizaje verbal inmediato de cada participante. • Evaluar la memoria de trabajo de cada participante. • Evaluar la fluencia verbal de cada participante. • Evaluar el aprendizaje verbal diferido de cada participante. • Evaluar la velocidad de procesamiento de cada participante. 	<p>Sesión 1. Memoria.</p> <p>Sesión 2. Orientación.</p> <p>Sesión 3. Atención.</p>	<p>Psicoeducación.</p> <p>Modelado conductual.</p>
Promoción de actividades de valor en la vida cotidiana (PrAc)	<p>Promover la selección, optimización y compensación de las actividades de valor en la vida cotidiana que evalúan las adultas mayores.</p>	<p>Sesión 1. Ejercicios de Selección; Ejercicios de Optimización de las actividades</p> <p>Sesión 2. Ejercicios de Compensación</p>	<p>Solución de problemas.</p> <p>Reestructuración cognitiva.</p>

Nota. Elaboración propia.

Tabla 8

Descripción de las actividades para el módulo Relajación (R)

Entrenamiento	Actividad		
	Técnica	No. de actividad	Objetivo
Entrenamiento en respiración diafragmática.	Modelado conductual.	1	Que las adultas mayores tengan habilidades necesarias para la relajación, a partir de la técnica de respiración diafragmática.
Entrenamiento en relajación autógena.	Modelado conductual.	2	Que las adultas mayores tengan habilidades necesarias para la relajación, a partir del entrenamiento en relajación autógena.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 9

Descripción de las actividades para las tres funciones cognitivas de la psicoestimulación cognitiva: memoria, orientación y atención del Módulo Psicoestimulación (PE)

Función cognitiva	Actividad	Objetivo
Memoria.	1. Descripción de una imagen.	Establecimiento de referencias que faciliten la retención de los elementos de un conjunto.
	2. Retención de palabras.	Entrenarse en crear asociaciones que favorecen la retención.
	3. Lista de compras.	Desarrollar la capacidad de reconocimiento de estímulos conocidos a partir de la memoria auditiva inmediata y la atención.
	4. El rapto.	Establecer referencias sensoriales para facilitar la retención y posterior recuerdo de la información.
	5. Órdenes.	Desarrollo de la retención y posterior recuerdo de la información a partir de la concentración.
	6. Memoria semántica.	Activar y desarrollar la memoria semántica.
Orientación.	1. Historietas divertidas.	Establecer referencias que permitan determinar la progresión lógica de una secuencia temporal.
	2. Situar objetos.	Desarrollar la orientación espacial multidireccional.
	3. Tres en raya (gato).	Desarrollar el sentido de la orientación a partir de la visualización mental.
	4. La casa.	Desarrollar el sentido de orientación espacial.
	5. Dibujo tridimensional.	Desarrollar la capacidad espacial y la coordinación visual gráfica mediante la reproducción de formas.
Atención.	1. Seis diferencias.	Activar y desarrollar la rapidez de la percepción visual con la implicación de la memoria inmediata.
	2. Figuras ocultas.	Desarrollar la discriminación perceptiva, la concentración y el sentido de la globalidad.
	3. Marcar figuras.	Desarrollar la capacidad perceptiva visual.
	4. Dos idénticos.	Desarrollar la discriminación perceptiva y la concentración.
	5. Desaparejados.	Desarrollar la discriminación visual.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 10

Descripción de los ejercicios de los tres procesos del modelo Selección-Optimización-Compensación (SOC; Baltes y Baltes, 1990; Donellan, 2015)

Proceso	Actividad	Objetivo
Selección	1. Establecimiento de objetivos respecto a las actividades de valor que la persona realiza.	Obtener una serie de objetivos enumerados que determinarán el cumplimiento del módulo, siendo los notables indicadores de cambio para satisfacer el cumplimiento del módulo siguiendo el modelo de Selección, Optimización y Compensación de las actividades de valor que realizan a lo largo del día.
	2. Valoración de actividades cotidianas con argumentos.	Que las adultas mayores valoren y enumeren los argumentos de la selección de las actividades de valor que realizan a lo largo del día.
Optimización	1. Redacción del procedimiento de las actividades deseadas.	Que las adultas mayores registren de manera verbal el procedimiento de las actividades cotidianas de manera sistemática.
	2. Reconocimiento de habilidades necesarias para realizar las actividades deseadas.	Que las adultas mayores posean las habilidades necesarias para realizar las actividades de valor.
Compensación	1. Detección de limitaciones para llevar a cabo las actividades deseadas.	Que las adultas mayores reconozcan sus limitaciones en la realización de las actividades de valor.
	2. Sustitución de medios.	Que las adultas mayores enumeren las posibles soluciones en la compensación de las actividades deseadas.

Nota. Elaboración propia.

Análisis de resultados cuantitativos

Los datos numéricos obtenidos fueron:

- ❖ Funcionamiento cognitivo (Escala de Funcionamiento Cognitivo SCIP-S).
- ❖ Calidad de vida (WHOQoL OLD).
- ❖ Bienestar psicológico (Ryff).
- ❖ Marcadores fisiológicos de relajación (temperatura periférica distal).
- ❖ Registro de relajación y de actividades cotidianas (frecuencia y nivel de satisfacción).

Por tanto, se utilizaron los siguientes análisis de los datos para evaluar los cambios en el comportamiento de las variables:

- Cambio Clínico Objetivo (CCO) de Cardiel (1994). El cambio clínico objetivo se empleó para calcular si el cambio de comportamiento de cada participante fue significativo con respecto a su propio comportamiento, se realizó la comparación del promedio de las puntuaciones de la O₁, O₂ y O₃ (medición 1) con el promedio de las puntuaciones de O₄ y O₅ (medición 2). La fórmula empleada por Cardiel (1994) es la siguiente:

$$CCO = \frac{\bar{X}_{medición2} - \bar{X}_{medición1}}{\bar{X}_{medición1}}$$

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

- Índices De No Solapamiento de los Datos:
 - *Percentage of nonoverlapping data* (PND). Fue propuesta por Scruggs, Mastropieri y Casto (1987); recientemente analizada por Scruggs y Mastropieri (2013) y Campbell (2013). El método PND localiza el punto de datos más positivo en la fase A y luego calcula el porcentaje de puntos de datos de la fase B que lo exceden. Se identifica la medida más alta en la fase

- A. Se calcula el número de puntos de datos de la fase B que exceden el valor identificado en el paso anterior. Se divide el valor obtenido en el paso 2 por el número de observaciones en la fase B y se multiplica el valor obtenido en el paso 3 por 100 para convertir la proporción en un porcentaje.
- *Nonoverlap of all pairs* (NAP). Propuesta por Parker y Vannest (2009) como una mejora potencial sobre el PND. El índice de superposición denominado NAP tiene varios nombres para ligeras variaciones y diferentes áreas de aplicación. Para el trabajo de diagnóstico en medicina y desarrollo de pruebas, es "Área bajo la curva" (AUC). La curva AUC es la curva característica del operador del receptor (ROC), también conocida como la curva de "sensibilidad y especificidad", para detallar los tipos de error (falsos positivos, falsos negativos). La principal ventaja teórica de NAP es que es una prueba integral de todas las posibles fuentes de superposición de datos, es decir, todas las comparaciones de puntos de datos de referencia versus todos los puntos de tratamiento. El valor va de 0 a 1, el valor 0.5 quiere decir que hay un 50% de probabilidad de que al elegir aleatoriamente un dato de la fase de intervención este se ubique por encima de un dato elegido aleatoriamente de la evaluación inicial. Rangos de NAP: efectos débiles: 0–0.65; efectos medios: 0.66–0.92; efectos grandes o fuertes: 0.93–1.0. Transformar NAP a un nivel de probabilidad cero da estos rangos correspondientes: efectos débiles: 0–.31; efectos medios: 0.32–0.84; efectos grandes o fuertes: 0.85–1.0.
 - *Percentage of data points exceeding the median* (PEM). Propuesto por Ma (2006). Se sugirió para evitar depender de una sola medición de evaluación previa a la intervención, como lo hace el PND. Al respecto del porcentaje de puntos de datos que superan la mediana (PEM) se interpreta con una escala de 100 puntos y va desde poca o ninguna mejora (< 50), mejora moderada (= 50) o mejora grande o importante (> 50).
- Análisis visual de las mediciones para alcanzar un análisis más completo de los resultados de acuerdo con Chávez y Tron (2012), el eje de las abscisas se reserva

para los periodos de observación, mientras que el eje de las ordenadas se reserva para evaluar la variable de interés. Se presenta la descripción de la tendencia de los datos, es decir, se juzga la dirección y la magnitud de la línea trazada de los datos del comportamiento de la variable de interés.

En primer lugar, si los valores de la variable de interés incrementan, la recta es ascendente, entonces la dirección de la tendencia se valora como *positiva*; si los valores de la variable de decrecen, la recta es descendente, entonces la tendencia se valora como *negativa*; si los valores de la variable se mantienen constantes, la recta es una línea horizontal, entonces se hace referencia a una estabilidad. La cual se refiere básicamente a la ausencia de una tendencia o variabilidad en la medición de las variables de interés.

En segundo lugar, la magnitud se valora en función de la inclinación de la pendiente de la recta, donde puede ser ascendente (positiva) o descendente (negativa); una menor magnitud en la tendencia significa que los valores de la variable de interés crecen o decrecen lentamente, entonces la magnitud es baja y por tanto, el comportamiento de la variable permanece estable a lo largo del tiempo.

Finalmente, se busca evaluar la homogeneidad de los datos, también conocido como estabilidad. Al presentar poca dispersión de los datos se considera que el patrón es estable, presentando poca variabilidad.

Análisis de resultados cualitativos

- ❖ Los cambios reportados verbalmente por las participantes durante las sesiones de evaluación.
- ❖ El reporte de las participantes sobre las actividades realizadas en su vida cotidiana y su evaluación de satisfacción y en escala tipo likert su nivel de comfort de realizar la actividad.
- ❖ Testimonios de actividades para el fortalecimiento cognitivo en seguimiento a dos años de la ICC.

- ❖ Testimonios de actividades para el favorecimiento de la calidad de vida en seguimiento a dos años de la ICC.
- ❖ Testimonios de actividades para el bienestar psicológico en seguimiento a dos años de la ICC.
- ❖ Testimonios de actividades para aumentar el nivel de relajación reportado en seguimiento a dos años de la ICC.
- ❖ Testimonios de actividades de valor en la vida cotidiana en seguimiento a dos años de la ICC.
- ❖ Testimonios de adherencia terapéutica con la coterapeuta en seguimiento a dos años de la ICC.

Resultados por variable de interés

Se describen a continuación los resultados encontrados de acuerdo con los análisis de datos. Los resultados se agruparon de acuerdo a la variable de interés y se presentan los análisis del Cambio Clínico Objetivo (CCO), los Índices de No Solapamiento de los Datos y el comportamiento visual de cada variable contrastando con los Índices de cada una de las puntuaciones totales.

Funcionamiento cognitivo

El valor del Cambio Clínico Objetivo de las puntuaciones del funcionamiento cognitivo evaluado con la Escala de Funcionamiento Cognitivo *SCIP-S* se reporta en la Tabla 11.

Por su parte, la participante 01 obtuvo cambios clínicos en la puntuación total (CCO = 0.209) y las subescalas aprendizaje verbal inmediato (CCO = 0.260) y aprendizaje verbal diferido (CCO = 8.75). La participante 02 mostró cambio clínico en la subescala aprendizaje verbal inmediato (CCO = 0.231). Por último, la participante 03 mostró cambio clínico en las subescalas aprendizaje verbal diferido (CCO = 0.214) y velocidad de procesamiento (CCO = 0.263).

Tabla 11

Valor del Cambio Clínico Objetivo de las puntuaciones del funcionamiento cognitivo evaluado con la Escala de Funcionamiento Cognitivo SCIP-S

Dimensiones	Participante 01R	Participante 02F	Participante 03T
SCIP-S Puntuación total	0.209	-	-
SCIP-S Aprendizaje verbal Inmediato	0.260	0.231	-
SCIP-S Memoria de Trabajo	-	-	-
SCIP-S Fluidez Verbal	-	-	-
SCIP-S Aprendizaje Verbal Diferido	8.75	-	0.214
SCIP-S Velocidad de Procesamiento	-	-	0.263

Nota. En negritas aparecen los valores de Cambio Clínico Objetivo ($CCO \geq 0.20$) significativos. No se presenta cambio en el índice (-).

En la Tabla 12 se reportan los cambios de moderados a grandes obtenidos en los Índices PND, NAP y PEM en el funcionamiento cognitivo de las tres participantes.

De los cinco diferentes dominios cognitivos que evalúa el instrumento, la velocidad de procesamiento (VP) mostró un efecto medio de cambio en la participante 01 (NAP = 0.5, PEM = 50), y la participante 02 (PND = 50, NAP = 0.75, PEM = 50). Mientras que la memoria de trabajo (MT) tuvo un cambio positivo grande en la participante 03 (PND = 50, NAP = 0.83, PEM = 100). Al comparar el análisis visual de la puntuación total de la variable funcionamiento cognitivo en las tres participantes, contrastando con los Índices De No Solapamiento (ver Figura 6), se puede identificar que las mediciones correspondientes a O₅ son las que puntúan más elevadas, mostrando mejora desde la O₄. Nótese que las tres participantes incrementan el valor en el desempeño de las tareas de evaluación del funcionamiento cognitivo, por lo que la recta es ascendente, entonces la inclinación o tendencia se valora como positiva. Además, la magnitud es moderada, ya que los valores de la variable aumentan lentamente.

Tabla 12

Índices PND, NAP y PEM con cambios moderados a grandes en el funcionamiento cognitivo de las tres participantes

	Participante 01R			Participante 02F			Participante 03T		
	PND	NAP	PEM	PND	NAP	PEM	PND	NAP	PEM
SCIP-S Puntuación total	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SCIP-S Aprendizaje verbal Inmediato	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SCIP-S Memoria de Trabajo	-	-	50	-	-	-	50	0.83	100
SCIP-S Fluidez Verbal	-	-	-	-	-	50	-	-	-
SCIP-S Aprendizaje Verbal Diferido	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SCIP-S Velocidad de Procesamiento	-	0.5	50	50	0.75	50	-	-	-

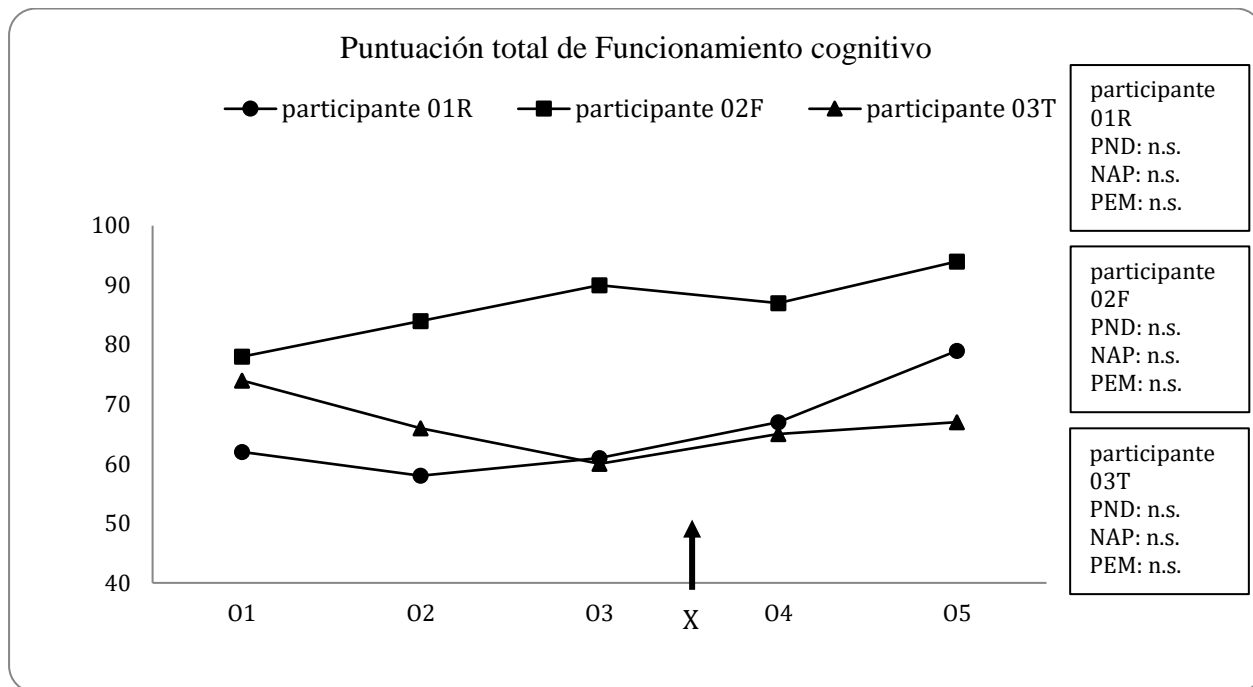
Nota. Los números aparecen en negritas si los cambios son de moderados a grandes PND ≥ 50 ; NAP ≥ 0.5 ; y PEM ≥ 50 .

No se presenta cambio en el índice (-).

Los valores presentan dispersión en los datos por lo que sí hay presencia de variabilidad, donde la tendencia de los datos es hacia puntuaciones elevadas en las observaciones 4 y 5.

Figura 6

Presentación visual de la puntuación total del funcionamiento cognitivo en las tres participantes, contrastando con los Índices de No Solapamiento



Calidad de vida

En primer lugar, se presenta el valor del Cambio Clínico Objetivo de las puntuaciones de la calidad de vida evaluada con el WHOQoL-OLD (ver Tabla 13) donde estan resaltados los datos significativos en negritas (CCO \geq 0.20).

La participante 01 obtuvo cambio en la dimensión participación social (CCO = 0.201). Por su parte, la participante 02 mostró cambio clínico en la puntuación total (CCO = 0.203) y la capacidad sensorial mostró un cambio negativo (CCO = -0.228). Por último, la participante 03 mostró cambio clínico en las dimensiones autonomía (CCO = 0.292) y participación social (CCO = 0.256).

Tabla 13

Valor del Cambio Clínico Objetivo de las puntuaciones de la calidad de vida evaluada con el WHOQoL-OLD

Dimensiones	Participante 01R	Participante 02F	Participante 03T
WHOQoL-OLD Puntuación total	-	0.203	-
WHOQoL-OLD Capacidad Sensorial	-	-0.228	-
WHOQoL-OLD Autonomía	-	-	0.292
WHOQoL-OLD Actividades	-	-	-
WHOQoL-OLD Participación social	0.201	-	0.256
WHOQoL-OLD Temor a la muerte y agonía	-	-	-
WHOQoL-OLD Intimidad	-	-	-

Nota. En negritas aparecen los valores de Cambio Clínico Objetivo (CCO \geq 0.20) significativos.

No se presenta cambio clínico en el índice (-).

Para el análisis de la calidad de vida reportado por las participantes (ver Tabla 14) se pueden observar tres dimensiones con cambios de moderados a grandes en los Índices de No Solapamiento de los Datos (PND \geq 50; NAP \geq 0.5; PEM \geq 50), en las participantes 02 y 03. La dimensión que más cambios positivos tuvo fue la valoración en el nivel de satisfacción que se hace sobre las actividades pasadas, presentes y futuras de la participante 01 (PND = 50; NAP = 0.92; PEM = 100) y de la participante 02 (PND = 100; NAP = 1; PEM = 100), seguida de la capacidad sensorial de la participante 02 (NAP = 0.67; PEM = 66.67) y la participante 03 (PND = 100; NAP = 1; PEM = 100); y finalmente, la participación social de la participante 02 (NAP = 0.56; PEM = 66.67) y la participante 03 (NAP = 0.67; PEM = 66.67). Por último, la dimensión que evaluó el nivel de satisfacción en sus relaciones íntimas mejoró notablemente en la participante 02 (PND = 100; NAP = 1; PEM = 100).

Tabla 14

Índices PND, NAP y PEM con cambios moderados a grandes en la calidad de vida de las tres participantes

	Participante 01			Participante 02			Participante 03		
	PND	NAP	PEM	PND	NAP	PEM	PND	NAP	PEM
WHOQoL-OLD puntuación total	-	0.62	50	-	0.5	-	-	-	-
WHOQoL -OLD Capacidad Sensorial	-	-	-	-	0.67	66.67	100	1	100
WHOQoL -OLD Autonomía	-	-	-	-	-	-	-	0.56	66.67
WHOQoL -OLD Actividades	50	0.92	100	100	1	100	-	-	-
WHOQoL -OLD Participación social	-	-	-	-	0.56	66.67	-	0.67	66.67
WHOQoL -OLD Temor a la muerte y agonía	-	-	50	-	-	66.67	-	-	-
WHOQoL -OLD Intimididad	-	-	-	100	1	100	-	-	-

Nota. Los números aparecen en negritas si los cambios son de moderados a grandes PND \geq 50; NAP \geq 0.5; y PEM \geq 50.

No se presenta cambio en el índice (-).

El comportamiento visual de la puntuación total de la variable calidad de vida en las tres participantes se aprecia en la Figura 7. Las observaciones O₁, O₂, O₃ muestran el comportamiento antes de la intervención. La “X” indica el momento en que se aplicó la intervención. Mientras que las observaciones O₄, O₅ exhiben los datos recopilados después de la intervención.

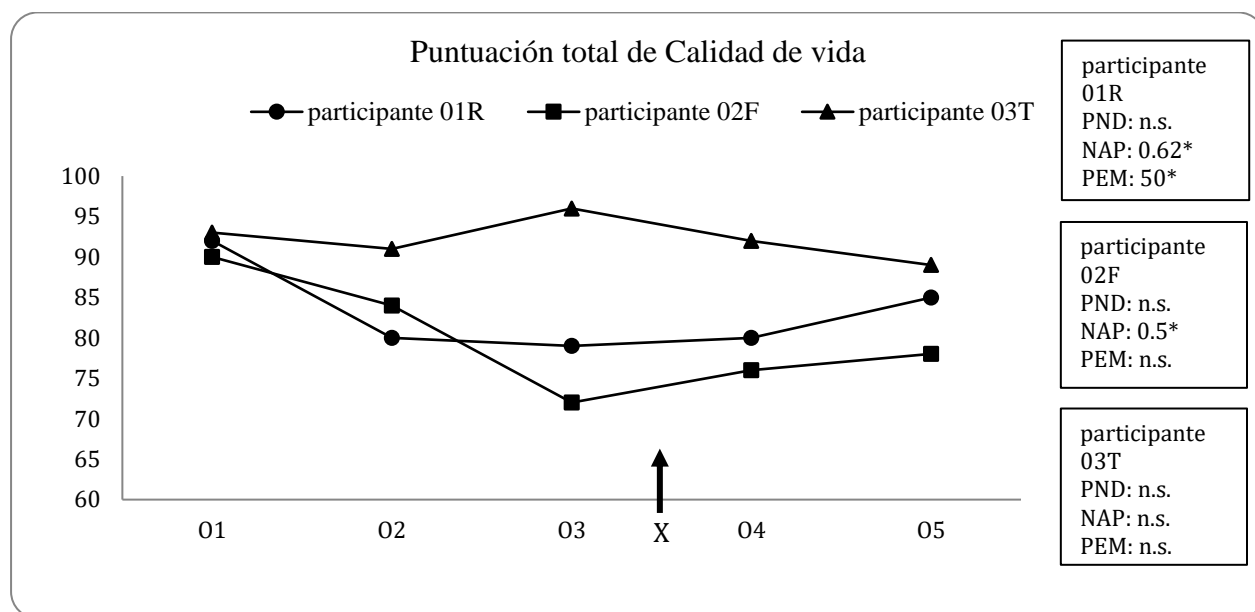
Referente a la participante 01 fue quien obtuvo mayor cambio. Los valores registrados en las observaciones posteriores a la intervención (O₄, O₅) incrementan su valor, por lo que la recta es ascendente, entonces la tendencia se valora como positiva. Ese aumento en la puntuación total de la calidad de vida muestra relación con los índices NAP = 0.62, y PEM = 50, presentando cambios moderados, al mostrar puntajes bajos en las evaluaciones iniciales e ir en aumento en el comportamiento de la puntuación total de la calidad de vida posterior a la intervención. La magnitud de la recta es baja, manteniéndose estable el comportamiento; y, por último, existe poca dispersión de los

datos, por lo que se puede interpretar escasa variabilidad. Con respecto a la participante 02, el análisis visual arroja una tendencia positiva posterior a la intervención con una magnitud moderada, ya que resulta notorio el decremento de la puntuación previa a la intervención, donde se puede apreciar la variabilidad de los datos.

El comportamiento de la recta referente a la participante 03 muestra un ligero aumento previo a la intervención. Sin embargo, las observaciones O₁, O₂, O₄ y O₅ presentan puntuaciones similares, teniendo una estabilidad temporal, consecuentemente poca variabilidad.

Figura 7

Presentación visual de la puntuación total d la Calidad de vida en las tres participantes, contrastando con los Indices de No Solapamiento



Bienestar psicológico

Los resultados encontrados para la variable en su puntuación total y sus dimensiones se presentan a continuación. El valor del Cambio Clínico Objetivo de las puntuaciones del bienestar psicológico evaluado con la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff se pueden observar en la Tabla 15.

Por su parte, la participante 01 obtuvo cambio en la dimensión que evalúa las relaciones positivas (CCO = 0.201). La participante 02 mostró cambio clínico en las dimensiones relaciones positivas (CCO = 0.213) y crecimiento personal (CCO = 0.202). Por último, la participante 03 mostró cambio clínico en la puntuación total (CCO = 0.209) y las dimensiones autoaceptación (CCO = 0.215) y crecimiento personal (CCO = 0.206).

Tabla 15

Valor del cambio Clínico Objetivo del Bienestar psicológico evaluado con la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Dimensiones	Participante 01R	Participante 02F	Participante 03T
EBPR Puntuación total	-	-	0.209
EBPR BH Autoaceptación	-	-	0.215
EBPR BH Relaciones positivas	0.201	0.213	-
EBPR BH Autonomía	-	-	-
EBPR BH Dominio del entorno	-	-	-
EBPR BE Propósito en la vida	-	-	-
EBPR BE Crecimiento personal	-	0.202	0.206

Nota. En negritas aparecen los valores de Cambio Clínico Objetivo (CCO \geq 0.20) significativos. No se presenta cambio en el índice (-).

El análisis de los datos reportados por las participantes de la variable bienestar psicológico mostró cambios moderados a grandes en los Índices de No Solapamiento de los Datos (ver Tabla 16).

La participante 02 es la que más cambios mostró, tanto en la puntuación total (PND = 100, NAP = 1, PEM = 100) como en las demás dimensiones exceptuando la dimensión que evalúa la percepción de crecimiento personal en el índice NAP (≥ 0.5). Mientras que la participante 01 mostró mejoras en tres dimensiones, autonomía (PND = 50, NAP = 0.83, PEM = 100), propósito en la vida (PND = 50, NAP = 0.75, PEM = 50), y crecimiento personal (PND = 100, NAP = 1, PEM = 100). Por su parte, la participante 03 tuvo un incremento moderado en su puntaje total (NAP = 0.5) y, además, en sus dimensiones autonomía (NAP = 0.56, PEM = 66.67) y propósito en la vida (NAP = 0.83, PEM = 100).

Tabla 16

Índices PND, NAP y PEM con cambios moderados a grandes en el bienestar psicológico de las tres participantes

	Participante 01R			Participante 02F			Participante 03T		
	PND	NAP	PEM	PND	NAP	PEM	PND	NAP	PEM
EBPR Puntuación total	-	-	-	100	1	100	-	0.5	-
EBPR BH Autoaceptación	-	-	-	-	0.56	-	-	-	-
EBPR BH Relaciones positivas	-	-	-	-	0.67	100	-	-	-
EBPR BH Autonomía	50	0.83	100	-	0.72	66.67	-	0.56	66.67
EBPR BH Dominio del entorno	-	-	-	66.67	0.83	66.67	-	-	-
EBPR BE Propósito en la vida	50	0.75	50	-	0.72	100	-	0.83	100
EBPR BE Crecimiento personal	100	1	100	-	-	-	-	-	-

Nota. Los números aparecen en negritas si los cambios son de moderados a grandes PND ≥ 50 ; NAP ≥ 0.5 ; y PEM ≥ 50 .

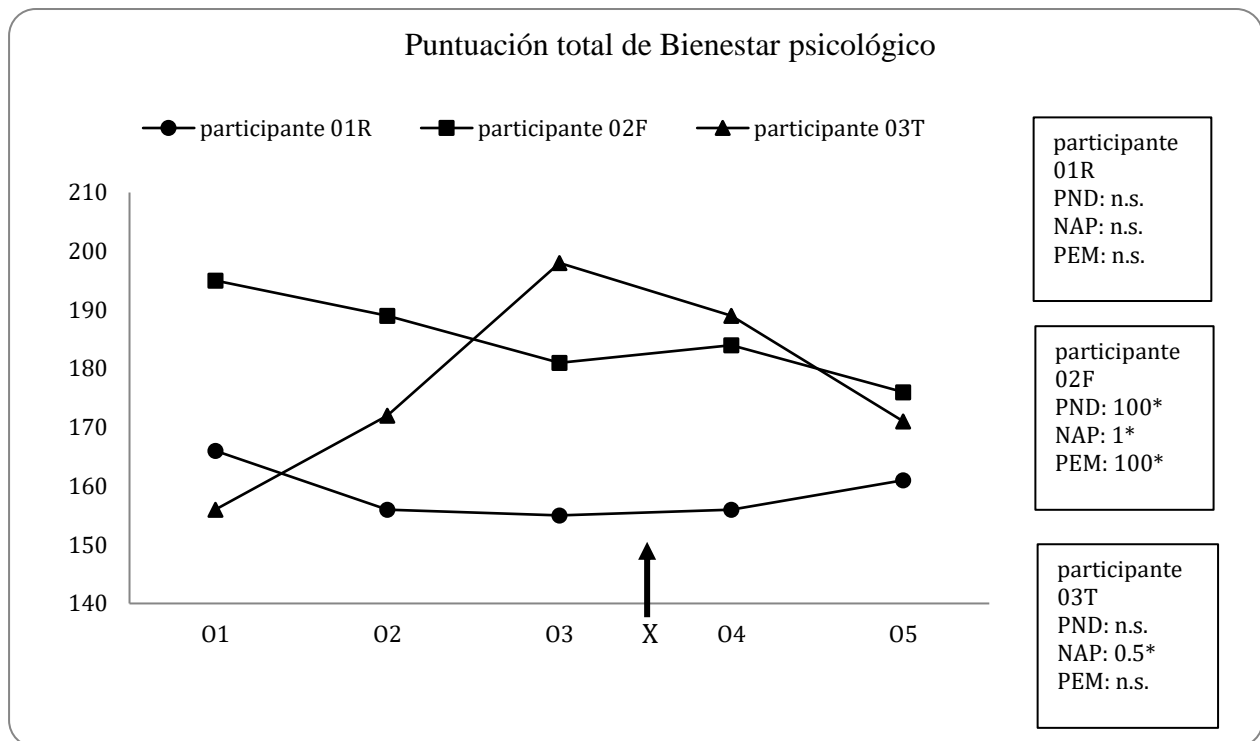
No se presenta cambio en el índice (-).

En el análisis visual del bienestar psicológico reportado por las participantes (Figura 8), contrastando con los índices de no solapamiento, se puede observar que la participante 01 muestra un comportamiento estable a lo largo del tiempo, incrementando ligeramente el puntaje. Mientras que la recta de la participante 02 se mantiene con un pequeño decremento con una magnitud moderada de la pendiente. Existe homogeneidad de los datos, por tanto, poca variabilidad, presentando relación con los Índices De No Solapamiento que muestran cambios de moderados a grandes.

Por otro lado, la participante 03 reportó un aumento en la O3 y, posteriormente, hay un moderado decremento en las últimas observaciones, siendo alta la magnitud de la recta. Nótese que las puntuaciones registradas posteriores a la intervención son más altas que en las observaciones 1 y 2, mostrando relación con el índice NAP.

Figura 8

Presentación visual de la puntuación total d la Calidad de vida en las tres participantes, contrastando con los Indices de No Solapamiento



Relajación y temperatura corporal

La participante 01, como se muestra en la Figura 9, reporta en escala tipo Likert su nivel de relajación percibida previa y posteriormente de llevar a cabo las técnicas de relajación practicadas durante la intervención. La escala va desde 0 “Nada relajada” a 4 “Totalmente relajada”. La respuesta con más frecuencia del reporte durante el periodo de las observaciones 2 y 3 (O₂, O₃) es 2 “poco relajada”. Mientras que en el periodo de las observaciones 4 y 5 (O₄, O₅) su respuesta con más frecuente fue 4 “totalmente relajada”.

En el mismo sentido, la temperatura corporal registrada previa a las técnicas de relajación aplicadas mostró un promedio de 36.1°C. Al finalizar las técnicas de relajación su promedio en temperatura fue de 36.4°C, lo cual indica un ligero incremento de la temperatura, relacionado con su mejora en la percepción de relajación que reporta.

Figura 9

Percepción de relajación y temperatura corporal de la participante 01R



En la Figura 10 se puede apreciar que la relajación percibida reportada por la participante 02 muestra cambio en la respuesta con más frecuencia dentro de la escala tipo Likert durante el periodo de las observaciones 2 y 3 (O₂, O₃) es 2 “poco relajada”. Mientras que en el periodo de las observaciones 4 y 5 (O₄, O₅) su respuesta más frecuente fue 3 “bastante relajada”.

En el mismo sentido, la temperatura corporal registrada previa a las técnicas de relajación aplicadas mostró un promedio de 36.1°C. Al finalizar las técnicas de relajación su promedio en temperatura fue de 36.5°C, lo cual indica un ligero incremento de la temperatura, relacionado con su mejora en la percepción de relajación que reporta.

Figura 10

Percepción de relajación y temperatura corporal de la participante 02F



Por último, la Figura 11 muestra el comportamiento de las variable de relajación y temperatura en la participante 03. En el nivel de relajación percibido, la respuesta con más frecuencia dentro de la escala tipo Likert corresponde a 2 “poco relajada” en la evaluación previa a las técnicas aprendidas en la ICC. Y la respuesta más frecuente sobre la relajación percibida posterior a las técnicas de relajación corresponde a 3 “bastante relajada”.

En el mismo sentido, la temperatura corporal registrada previa a las técnicas de relajación aplicadas mostró un promedio de 35.9°C. Al finalizar las técnicas de relajación su promedio en temperatura fue de 36.4°C, lo cual indica un ligero incremento de la temperatura, relacionado con su mejora en la percepción de relajación que reporta.

Figura 11

Percepción de relajación y temperatura corporal de la participante 03T



Análisis cualitativo de los cambios observados en cada uno de los estudios de caso

Participante 01R

Descripción de la participante: Mujer de 83 años cumplidos, viuda, con goce de pensión del seguro social. Vive con algunos de sus hijos, es ama de casa con religión católica que practica ocasionalmente. Las enfermedades que le diagnosticó su médico son osteoporosis y artritis reumatoide. Solo reporta tener preocupación por la pandemia por Covid-19. Las actividades de estimulación cognitiva que reporta son: ver documentales, jugar damas chinas, resolver actividades de pasatiempos, escuchar radio y procurar aprender algo nuevo. Las actividades físicas que hace con frecuencia son: caminar, trotar, correr, ejercicios físicos, subir y bajar escaleras y realizar quehaceres domésticos.

A continuación, se describen los cambios reportados verbalmente por la participante 01 donde los reportes de actividades de psicoestimulación cognitiva y actividades de la vida cotidiana mostraron cambios positivos en la valoración de las mismas.

Respecto a los ejercicios de psicoestimulación cognitiva que quedaron de tarea, la participante realizó todos y, además, en la Observación 5 reporta verbalmente *“Lo que he hecho es hacer sopas de letras, laberintos, leer libros, hacer ejercicios, lo de respiración”*.

Según el reporte de la participante sobre las actividades realizadas en su vida cotidiana, sí aumentó el tiempo que pasa con su familia, además realizó cambios en su rutina, por ejemplo, en un reporte verbal de las sesiones de la observación 5 comenta *“El cambio que he tenido es que estoy cuidando a un hijo que operaron de la próstata”*. *“Y me siento bien, claro que sí. Luego me pongo a caminar aquí afuera, y cuento los pasos. Salgo a la calle y me regreso, convivo mas”*.

Por lo tanto, los reportes de actividades de la vida cotidiana mostraron cambios positivos en la evaluación de satisfacción con dichas actividades, valorando en su autoreporte que se siente “algo satisfecha” de realizar la actividad en los reportes previos a la intervención, mientras que en su reporte posterior a la intervención la respuesta con más frecuencia de su valoración es “totalmente satisfecha”.

Finalmente, respecto a qué tan a gusto se siente la persona de realizar la actividad, la participante reporta sentirse a gusto en ambos momentos del llenado del autoreporte de las actividades de valor en la vida cotidiana. De tal forma que sí hubo cambios derivados de la intervención respecto a la relajación percibida mostrando relación con el aumento en la temperatura corporal. Igualmente reporta realizar sus actividades de psicoestimulación cognitiva. Mientras que su nivel de satisfacción y confortabilidad aumentaron al igual que su percepción de participación social y satisfacción con sus actividades pasadas, presentes y futuras; ambas dimensiones de la calidad de vida.

Cuando se realiza la entrevista de seguimiento a dos años se puede notar que continua realizando actividades principalmente de psicoestimulación cognitiva. Respecto a los testimonios obtenidos al respecto concuerdan con los análisis. La participante da testimonio de continuar realizando algunos ejercicios de psicoestimulación cognitiva, a lo cual muestra relación con el incremento de los valores del aprendizaje verbal inmediato y diferido, la velocidad de procesamiento y la puntuación total. La coterapeuta reconoce que la participante sí hace uso de estrategias nemotécnicas, correspondiendo con el testimonio de la participante.

La participante testificó sentirse útil y a gusto de manera general con las actividades que puede realizar cotidianamente, además de que no reporta percibir un cambio significativo en el deterioro de sus habilidades sensoriales. Cabe agregar que su participación social y su nivel de satisfacción que se hace sobre las actividades pasadas, presentes y futuras se vieron incrementadas al término de la ICC, tal como lo comenta la participante en sus testimonios. Por su parte, la coterapeuta menciona que la participante tuvo efectos positivos tras su participación en la intervención ya que ahora puede

identificar acciones que puede llevar a cabo para para cuidarse a sí misma, por lo cual se puede interpretar una buena estabilidad en su percepción de calidad de vida.

Cabe agregar que mostró bastantes cambios en el instrumento que evalúa el bienestar psicológico, sin embargo, en la entrevista a profundidad únicamente reporta sentir “todo normal” lo cual indica un mantenimiento en la percepción debido a que no existe presencia de quejas, molestias o ausencias de ninguna dimensión del constructo. La falta de reconocimiento de la terminología quizá provocó dicha respuesta. Ya que la coterapeuta sí reporta que su familiar muestra gran capacidad funcional con niveles altos de actividad.

Referente a las indicaciones para obtener una relajación autogénica, reconoce no recordar ninguna instrucción al respecto, por lo que solo hace referencia a la respiración diafragmática y se refiere a ella como ejercicios de relajación. La participante asevera no tener estrés tras realizar esos ejercicios por las noches, confirmado por la coterapeuta.

Las actividades de valor que realizan la participante son congruentes con las que se emplearon en el ICC. Reconoce hacer sus actividades instrumentales por sí misma, tales como ir al supermercado, manejar dinero, cocinar. Además, la coterapeuta ha observado que procura mantenerse en contacto más seguido con su familia, actividad con la que se trabajó en la ICC.

Participante 02F

Descripción de la participante: Mujer de 60 años cumplidos, casada y el ingreso económico que percibe lo recibe de su marido. Vive con su esposo, sus hijos y sus nueras, es ama de casa con religión católica que practica ocasionalmente. Las enfermedades que le diagnosticó su médico son fibromialgia y problema de tiroides. Las preocupaciones que reporta tener son la pandemia, la inseguridad y la evolución de su enfermedad. Las actividades de estimulación cognitiva que reporta son: leer, buscar y ver

películas, resolver juegos de mesa, ver tv, aprender algo nuevo y escuchar radio. Las actividades físicas que hace con frecuencia son: caminar, trotar, correr, ejercicios físicos, subir y bajar escaleras y realizar quehaceres domésticos.

Por otro lado, se describen los cambios reportados verbalmente por la participante 02, donde se encontraron diferencias entre los autoregistros de la percepción de relajación, incluyendo la medición de la temperatura previa y posterior a las técnicas empleadas. De igual manera, los reportes de actividades de la vida cotidiana mostraron inclusión de las actividades deseadas y un aumento en la escala tipo likert acerca de la valoración de satisfacción con dichas actividades.

En lo que concierne al reporte de actividades cotidianas de la participante, lleva a cabo ejercicios de relajación aprendidos durante la intervención, así como los ejercicios de psicoestimulación cognitiva. Lo anterior muestra congruencia con los reportes verbales en las sesiones de post-evaluación y seguimiento, en donde reporta: *“Mis ejercicios de relajación los hago todas las noches y antes de levantarme”, “Mis ejercicios también de armar palabras, de las diferencias, el dominó, Rummy, los rompecabezas, como de 12 horas”, “Esos (los ejercicios de atención) los practico diario, siempre relaciono algo con algo”, “Crucigramas sí, rompecabezas, he hecho de nuevo mis blusas (bordadas)”, “He hecho dibujos, y con esto de la ofrenda es un trabajo bastante creativo”*. Además, se puede notar en su reporte verbal que incrementó sus redes de apoyo con la frase : *“Le llamo a mis sobrinas para que me ayuden”*.

Referente a la evaluación de satisfacción con las actividades cotidianas, la participante mostró cambios positivos, valorando en su autoreporte que se siente mayormente “algo satisfecha” de realizar actividades en los reportes previos a la intervención, mientras que en su reporte posterior a la intervención la respuesta con más frecuencia de su evaluación es “totalmente satisfecha” al incluir actividades de valor.

Por último, cuando la participante evalúa en escala tipo likert su nivel de comfort de realizar la actividad, la respuesta con más frecuencia que la participante reporta es sentirse “a gusto” en el llenado previo a la intervención. Dicha evaluación tuvo un cambio

positivo en el reporte posterior a la intervención, donde la participante ya incluye más actividades de valor en la vida cotidiana. Su respuesta con más frecuencia es sentirse “bastante a gusto” con la realización de sus actividades cotidianas.

Siendo coherente con las dimensiones que tuvieron un CCO de la sub-escala Bienestar Hedónico, dimensión Relaciones positivas; y la sub-escala Bienestar Eudaimónico, dimensión Crecimiento personal, ya que esas actividades formaron parte de las que enlistó para reestructurar sus actividades de la vida cotidiana para incluir actividades de valor.

La valoración negativa de la percepción de la capacidad sensorial sobre la calidad de vida puede ser explicada con la sintomatología de COVID-19 que presentó la participante 02 en el periodo de la observación 4 y observación 5.

A continuación, se describen los testimonios de la participante y lo que refuerza su co-terapeuta. La participante únicamente incrementa sus valores en aprendizaje verbal inmediato y velocidad de procesamiento, lo cual se puede explicar agregando que la participante reconoce que su marido la apoya al realizar las actividades instrumentales tales como manejar al supermercado y realizar las compras. Por su parte, la coterapeuta menciona que la participante pretende realizar actividades para mantenerse ocupada, además de las labores del hogar. Por lo que se mantiene realizando sus actividades habituales, además de sus rompecabezas.

Con respecto a la calidad de vida, la participante no reporta sentirse satisfecha con su calidad de vida de manera general posterior a la intervención. Concordando con la evaluación cuantitativa del instrumento empleado. En el cual el CCO de su capacidad sensorial se vio con resultados negativos, teniendo también variación en la capacidad sensorial de acuerdo con los índices de no solapamiento de los datos. A manera complementaria, la coterapeuta agrega notar disposición por parte de la participante al buscar apoyo de otras personas para solucionar problemas cotidianos y considerar la posibilidad de asistir con apoyo profesional.

El bienestar psicológico de la participante resultó afectado tras una situación familiar, por lo que se le refirió con atención especializada en depresión. Con respecto a los testimonios, coinciden en que tras una situación familiar emergente su percepción de bienestar se ha perjudicado, aunque la coterapeuta percibe que posee una visión favorable del futuro. Así mismo la participante 02 asevera no alcanzar un nivel de relajación percibido.

Por su parte, las actividades de valor que sostiene realizar la participante son labores del hogar principalmente, además de sus ejercicios de respiración por las mañanas y las noches. Se mantiene realizando actividades placenteras para ella, tales como bordar blusas, colorear, incluso, hornear pasteles. Mientras que la coterapeuta sostiene que la ha notado más activa en su rutina y que sí realiza con frecuencia sus ejercicios de respiración.

Participante 03T

Descripción de la participante: Mujer de 64 años cumplidos, es casada y el ingreso económico que percibe lo recibe de su marido. Vive con su esposo e hijos, es ama de casa con religión católica que practica ocasionalmente. La enfermedad que le diagnosticó su médico es diabetes. Las preocupaciones que reporta tener son la pandemia, la economía y el futuro mundial. Las actividades de estimulación cognitiva que reporta son: leer, buscar y ver películas, pintar, dibujar e iluminar, aprender algo nuevo, ver o escuchar misa y escuchar radio. Las actividades físicas que hace con frecuencia son: caminar, trotar, correr y realizar quehaceres domésticos.

En este apartado se describen los cambios percibidos y reportados por la participante 03, donde se retoman los autoreportes de los ejercicios de psicoestimulación cognitiva y las actividades de la vida cotidiana.

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

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

Referente a la evaluación de satisfacción con las actividades cotidianas, la participante mostró cambios positivos, valorando en su autoreporte que se siente mayormente “algo satisfecha”, mientras que en su reporte posterior a la intervención la respuesta con más frecuencia de su evaluación es “bastante satisfecha” al incluir actividades de valor.

Los testimonios de la participante y su coterapeuta resultaron muy favorables. La participante obtuvo cambios en el instrumento SCIP-S, pero en su testimonio reconoce haber tenido una situación familiar que modificó su rutina y con ello los ejercicios que realiza para la psicoestimulación cognitiva. La coterapeuta respalda que la participante continuamente busca videos educativos.

Referente a su percepción de calidad de vida, la participante reporta sentirse muy bien con su autonomía percibida y, consecuentemente, con su calidad de vida. Tiene sentido al mostrar igualmente cambio en la evaluación cuantitativa respecto a su autonomía y la participación social. La coterapeuta confirma el testimonio de su familiar, pues ambas coinciden que ha estado más atenta a su salud en aspectos como el cuidado del control glucosa, control emocional y cuidado bucal con profesional en el área.

Al evaluar la percepción de bienestar psicológico, al respecto, la participante comenta que en los últimos cuatro meses tuvo un cambio en la dinámica familiar debido a problemas de salud con su esposo, ella tomó el rol de cuidadora primaria con conocimientos básicos de enfermería. Además, en su testimonio no asevera que lo anterior influya en su percepción de bienestar, pues comenta sentirse satisfecha con sus expectativas a futuro. Esto debido a que ya concluyó su educación no escolarizada nivel preparatoria.

La coterapeuta coincide en que ya tiene más control de su enfermedad, por lo que la participante tiene una buena percepción de bienestar psicológico. Lo cual sí se mostró en las evaluaciones de los índices de no solapamiento de los datos, así como en el CCO, puntuando alto en algunas dimensiones como autoaceptación, crecimiento personal, autonomía y propósito en la vida, incluyendo el puntaje total del instrumento. Cabe agregar que la participante sostiene que sus habilidades de relajación y control de estrés son mejores, así que mantiene control de su estrés. La coterapeuta afirma verla más relajada con mejor control de sus emociones.

Finalmente, las actividades de valor que realiza la participante son congruentes con las que se emplearon en el ICC. Asegura que ha tenido más contacto con su familia, actividad que se trabajó con la técnica de solución de problemas. La coterapeuta señala que su nivel de estrés percibido ha disminuido notablemente, derivado de sus ejercicios de relajación, de su control emocional y sus visitas a familiares. Por lo que ha logrado un mejor estado de ánimo y un buen control de su enfermedad, derivando en cuidado personal con el dentista principalmente.

Discusión

El objetivo general de la investigación fue evaluar los efectos de la ICC en el funcionamiento cognitivo, la calidad de vida, el bienestar psicológico, nivel de relajación reportado asociado a la temperatura corporal y las actividades de valor de la vida cotidiana como parte de su capacidad funcional en mujeres adultas mayores. Siguiendo la estrategia de estudio de caso, se obtuvieron datos tanto cuantitativos como cualitativos. Por lo que los resultados fueron presentados de manera consecutiva por variables de interés y posteriormente, por los testimonios obtenidos en las entrevistas semiestructuradas. Con lo cual se obtuvo de manera satisfactoria una evaluación global y constante de la capacidad funcional de las participantes. Por lo tanto, puede afirmarse que el objetivo fue cumplido satisfactoriamente.

En ese mismo sentido, la pregunta de investigación fue la siguiente: ¿Cuáles son los efectos de la ICC en la calidad de vida, bienestar psicológico, funcionamiento cognitivo, nivel de relajación reportado asociado a la temperatura corporal y las actividades de valor de su vida cotidiana de las mujeres adultas mayores (AM) que participaron en el programa de intervención?. Tras la descripción detallada de los efectos encontrados en cada una de las participantes, es posible admitir que la pregunta se responde con todo el protocolo implementado de manera puntual.

Se presenta un incremento de manera homogénea en las puntuaciones de la participación social dentro de la calidad de vida en las tres participantes. El CCO, los Índices De No Solapamiento De Los Datos y los cambios reportados verbalmente tuvieron puntuaciones más altas al finalizar la ICC y posterior. Así mismo, la dimensión de autonomía y propósito en la vida dentro del bienestar psicológico se vieron favorecidas al aumentar su puntuación en la tres participantes y muestran relación con el reporte de las participantes al aumentar la frecuencia de las respuestas “totalmente satisfecha” en la evaluación de satisfacción con la realización de sus actividades cotidianas.

Dicha relación encontrada en la presente investigación, la literatura científica al respeto concuerda con ese planteamiento. La calidad de vida en la vejez tiene un efecto

importante en el bienestar psicológico de las personas mayores (Ryff, 2014), que permite que los individuos realicen las actividades que les proporcionan placer y sentirse bien manteniendo en lo posible la capacidad funcional, así como detener el deterioro o pérdida de la capacidad física o de alguna de las funciones corporales de los individuos.

Con respecto a todos los aspectos a considerar dentro de la capacidad funcional, hubo algunos testimonios en las entrevistas que demuestran tener algunas deficiencias. Por ejemplo, las participantes 01R y 02F reconocen presentar poca participación social debido a que prefieren realiza sus actividades dentro del hogar, mientras que la participante 03T sí presenta una buena participación social, tanto familiar como dentro de su comunidad.

Lo anterior toma importancia corroborando con la revisión narrativa de Sepúlveda-Loyola et al. (2020) quienes sostienen que cuando se trata de las capacidades cognitivas o funciones mentales, las actividades sociales ayudan en la preservación de las mismas siendo entendidas como un vínculo o anclaje del individuo con su comunidad. Lo cual fomenta una mejor función física y mental, además, de presentar menor comorbilidades, dando como resultado de dicha influencia una menor mortalidad de los adultos mayores.

Así mismo, se cumplieron las metas planteadas en el entrenamiento en solución de problemas, dentro de las sesiones de intervención. Se mencionan cuatro metas de dicha técnica: identificar la situación de estrés o desajuste (las participantes reportaron disgusto por dejar de llevar a cabo actividades específicas en su vida cotidiana); reducir expresión de ansiedad, enojo o depresión (mostraron dominio de las emociones maladaptativas); incrementar la efectividad de su afrontamiento (se realizó un plan de acción para incluir las actividades deseadas a su rutina); finalmente, adquirir la habilidad y aplicarlo en problemas futuros (en la observación 5, las participantes identificaron otras situaciones de su vida cotidiana y plantearon diversas soluciones por sí mismas) (Bravo y Valadez, 2018).

La contribución de la reestructuración del tiempo y de las actividades que realizaron estas personas constituyó el eje principal de la intervención sobre la cual las participantes

dirigieron sus esfuerzos en mantener y llevar a cabo actividades que les resultaran atractivas o placenteras y que dieran sentido a su vida, transformando así su percepción sobre el bienestar, además de promover entre ellas la capacidad funcional como personas mayores. Incluso, es pertinente añadir que las prioridades motivacionales cambian al ser conscientes del tiempo de vida por vivir (Carstensen, 2006).

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

Por tanto, fomentar las actividades de valor en la vida cotidiana resultó efectivo para que, de manera general, mejorara su percepción de bienestar psicológico. Además, con las actividades de psicoestimulación cognitiva su funcionamiento cognitivo tuvo una mejora o se detuvo el deterioro cognitivo, lo cual es importante para la calidad de vida de las personas adultas mayores y para realizar sus actividades de la vida cotidiana.

Sin embargo, existe evidencia de que con la edad aumenta considerablemente el riesgo de enfermedad y dependencia (Cancino et al., 2018). De ahí que algunas dimensiones hayan puntuado de manera negativa, esto es, que el deterioro es inevitable pero el tema central es que se mantengan las capacidades y habilidades de las personas adultas mayores para que al compensar las discapacidades y limitaciones continúen percibiendo su calidad de vida y su bienestar psicológico tan bueno como se pueda durante la mayor cantidad de tiempo posible.

Es por eso que, en la medida de lo posible, resulta pertinente que se desarrollen intervenciones para fomentar la capacidad funcional y detener la curva de deterioro cognitivo, mejorando la calidad de vida y bienestar psicológico. Resulta relevante en este punto el papel de las y los psicólogos dentro de la formación de equipos multidisciplinares de la salud (Barrientos-Cabezas et al., 2020).

Cabe agregar que referente a las dimensiones donde se encontró mejora en las evaluaciones posteriores a la intervención, lo hallado por López et al. (2020), quienes contemplan factores asociados a la situación de pandemia y encontraron que más miedo al brote de COVID-19 estaba significativamente relacionado con menores niveles de crecimiento personal. Además, los recursos con que contaba una persona, presentar más resiliencia y gratitud y menos evitación experiencial se asociaron significativamente con mayores niveles de crecimiento personal. En el caso del propósito de vida, una mejor percepción de la salud y el funcionamiento familiar se relacionaron con un mayor propósito de vida sin importar la exposición a la situación de contingencia sanitaria.

Por otro lado, la participante 02F tuvo un descenso inesperado en los resultados registrados de manera posterior a la intervención, lo cual se puede explicar a partir del reporte verbal de la participante de haber sufrido síntomas del virus COVID 19. Por lo que ella y su esposo tuvieron fuertes reacciones a la enfermedad y tuvieron que suspender actividades recreativas. Lo cual, consecuentemente, afectó de manera emocional la percepción de bienestar y calidad de vida en la participante.

Finalmente, es pertinente agregar que al evaluar la adherencia terapéutica en la comunicación con la coterapeuta al respecto de la ICC, parece no haber un contacto diario y constante entre las participantes y sus respectivas coterapeutas familiares. Durante la ICC ambas coterapeutas se mantenían en casa debido a las restricciones sanitarias causadas por el COVID 19. Por lo que las participantes se mostraban accesibles a acercarse a sus coterapeutas. Sin embargo, por situaciones personales, laborales y familiares ya no contaban con tanto tiempo disponible para retomar algunas dudas de los ejercicios revisados en la ICC.

Por supuesto que las enfermedades presentadas a lo largo del estudio son variables no controladas. Sin embargo, es evidente que al evaluar las necesidades de salud de una persona mayor, no solo es importante tener en cuenta las enfermedades concretas que puede presentar, sino también cómo la capacidad funcional, determinada por la capacidad física y funcionamiento cognitivo, determina la interacción de la persona con el entorno que le rodea (Cancino, Rehbein-Felmer & Ortiz, 2018).

Conclusiones

A partir de la recomendación que hace la Organización Mundial de la Salud para fomentar y mantener la capacidad funcional de las personas mayores, el mayor tiempo posible, con el propósito de que disfruten de una mejor calidad de vida y bienestar psicológico. La aportación más importante del presente estudio es que muestra evidencia respecto a la contribución de un entrenamiento en psico-estimulación cognitiva, el cual puede detener la curva de deterioro cognitivo, en donde se busca mantener la capacidad funcional de las personas mayores el mayor tiempo de vida posible, para que puedan llevar una vida autosuficiente y sean capaces de realizar sus actividades cotidianas libres de discapacidad.

Retomando el semáforo de identificador de deterioro de la capacidad funcional de las personas adultas mayores que se propone a partir de las referencias teóricas de la OMS, se puede afirmar que las tres participantes presentan indicadores de una capacidad alta y estable. Esto debido a que poseen hábitos saludables para el cuidado de su enfermedad. Además, son capaces de desenvolverse eficazmente dentro de su entorno de manera independiente. Todo eso se puede evidenciar con las cinco observaciones donde las variables muestran no tener un deterioro significativo derivado de una capacidad funcional deteriorada.

Si se concibe al envejecimiento saludable, en donde el término “saludable” no necesariamente se refiere a la ausencia de enfermedades, ya que, en la vejez debido al paso de los años en las personas, es inevitable la presencia de morbilidad que aparece como resultado de la carga genética y la exposición a factores de riesgo del entorno; sin embargo se puede concebir al envejecimiento saludable como al proceso de mantener la capacidad funcional de las personas el mayor tiempo posible que permita el bienestar en la vejez.

Por ello cobra relativa importancia el estudio del bienestar y la calidad de vida para la psicología, porque desde esta perspectiva se ha avanzado en la construcción de dichos conceptos.

Se reconoce que el entrenamiento en el funcionamiento cognitivo, mediante la psico-estimulación cognitiva promueve el mantenimiento en las capacidades cognitivas que están asociadas a la salud y en particular al nivel de independencia de las personas adultas mayores. Es por eso que se retomó como eje principal en la presente tesis. Al haber mostrado evidencias de mejoría, la aportación presentada es la manualización de las actividades de psicoestimulación cognitiva, además de las técnicas de relación y las estrategias necesarias para una reestructuración del tiempo libre y análisis de las actividades que representen para las adultas mayores una inversión significativa de tiempo y esfuerzo.

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

Aunque quizá algunos de estos cambios sean el resultado de la adaptación a la pérdida, otros reflejan el desarrollo psicológico sostenido en la edad avanzada que puede estar asociado con la adquisición de nuevos roles, puntos de vista y varios contextos sociales interrelacionados. Los cambios psicosociales explican en buena medida por qué, en muchos entornos, la vejez puede ser un período de bienestar psicológico elevado.

Tomando en cuenta el modelo de envejecimiento saludable que propone la OMS es clara la necesidad de participación activa de las y los psicólogos de la salud para que sea cada vez más tangible una evaluación geriátrica integral para lograr la promoción de la capacidad funcional dentro del marco de un envejecimiento saludable en la población adulta mayor mexicana.

En definitiva, las adultas mayores que participaron de manera voluntaria en la presente tesis han adquirido experiencias a lo largo de la vida que les ha permitido

adaptarse a su entorno. Mientras que las habilidades adquiridas en la presente intervención les permitieron contemplarse corporalmente más relajadas, con una memoria de trabajo más entrenada, mejorando su velocidad de procesamiento tras realizar las actividades de psicoestimulación cognitivo. Inclusive, muestran más satisfacción con sus actividades pasadas, presentes y futuras, derivando un aumento en su crecimiento personal.

Se debe continuar con este análisis en otro grupo de adultos mayores que sea representativo y poder generalizar los hallazgos obtenidos. De manera que la presente tesis representa un paso más hacia una visión integradora de los factores realmente importantes a considerar cuando se habla de calidad de vida y bienestar psicológico como parte de la capacidad funcional de las personas.

El papel de la comunidad científica es el compromiso para el bienestar de las personas mayores, protegiendo su salud y garantizando una vida de calidad. Por ello la promoción de un envejecimiento saludable se enmarca en la declaración de los derechos humanos y en garantizar sociedades más igualitarias libres de enfermedad y discapacidad.

Limitaciones del estudio

Acerca de las limitaciones que presenta la tesis se reconocen a continuación. En primer lugar, la evidente influencia que tiene el ejercicio físico en beneficio de la calidad de vida. Sin embargo, se recomienda llevar a cabo el entrenamiento físico de las personas de manera presencial; mientras que el presente trabajo tuvo lugar en condiciones de restricción de contacto físico, por lo que se optó continuar a través de la mediación de la tecnología.

En segundo lugar, el deterioro de salud derivado de otras enfermedades (artritis reumatoide, COVID 19, fibromialgia, diabetes) que padecen las participantes también resulta una limitante al no evaluar las características propias de cada enfermedad. Cabe

mencionar que las participantes sí contaron durante toda la intervención con apoyo de médicos especialistas y las condiciones de salud nunca se vieron comprometidas.

Por último, no se contempló el impacto psicológico por situación de pandemia. Los adultos mayores y las personas con condiciones de salud complejas son los más vulnerables al virus. Sin embargo, el aislamiento social contribuye a la aparición e intensifica la depresión, los sentimientos de desesperación y, en los adultos mayores con demencia, un mayor deterioro cognitivo (Chu, Donato-Woodger & Dainton, 2020). La ciudadanía desarrolló varias soluciones para aumentar la calidad de vida de los adultos mayores durante la pandemia. Estas incluyeron el uso de dispositivos móviles para interactuar de forma remota con adultos mayores. Han surgido campañas de cartas escritas para combatir el aislamiento experimentado por muchos adultos mayores durante la crisis. En particular, buscaron que la tecnología sea más fácil de usar y comprender para los adultos mayores. Demostraron espacio para la innovación y la mejora. Además, los enfoques de diseño centrado en el usuario serían adecuados para generar tecnología centrada en las necesidades de los adultos mayores y los proveedores de atención médica.

Por lo que se propone para futuras investigaciones, tomar en cuenta el evento de la contingencia sanitaria como factor importante en esta cohorte; ya que se ha comprobado en múltiples investigaciones que se pueden presentar características negativas en la salud derivado de la situación antes mencionada (Broche-Pérez et al., 2020; Jackson, et al, 2020; Palomera-Chávez et al., 2021).

Referencias

- Adams K B. (2004). Changing investment in activities and interests in elders' lives: theory and measurement. *Int J Aging Hum Dev.* 58(2):87–108. [DOI: 10.2190/0UQ0-7D8X-XVVU-TF7X](https://doi.org/10.2190/0UQ0-7D8X-XVVU-TF7X)
- Acosta, C.; Vales, J.; Echeverría, S.; Serrano, D. y García, R. (2013). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 23(2). Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Christian%20Oswaldo%20Acosta%20Quiroz.pdf>
- Acosta-Quiroz, C., Vales, J., Echeverría, S., Serrano, D. & García, R. (2013). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 23(2). 241-250. https://www.academia.edu/29038612/Confiabilidad_y_validez_del_Cuestionario_de_Calidad_de_Vida_WHOQOL_OLD_en_adultos_mayores_mexicanos
- 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 Doctoral en Psicología: UNAM. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/jbhsi/article/view/26792>
- Aguilar-Parra, J., Lopez-Liria, R., Fernandez-Batanero, J., Padilla-Gongora, D., & Alvarez, J. (2016). Influencia de la ocupación en actividades de la vida diaria y de ocio sobre la salud real de la persona mayor. *Psychology, Society & Education*, 8(2), 135–147. <http://dx.doi.org/10.25115/psye.v8i2.554>
- Aranco, N.; et al. (2022). Envejecer en América Latina y el Caribe: protección social y calidad de vida de las personas mayores. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://socialdigital.iadb.org/es/sph/resources/investigaciones-y-publicaciones/19447>
- Attafuah, P.; Everink, I.; Abuosi, A.; Lohrmann, C.; & Schols, J. (2002). Quality of life of older adults and associated factors in Ghanaian urban slums: a cross-sectional study. *BMJ Open*;12:e057264. doi: 10.1136/bmjopen-2021-057264
- Ato, M.; y Vallejo, G. (2007). Diseños experimentales en Psicología. Madrid: Piramide.
- Baltes, M.; y Baltes, P. (1990). Successful Aging. Perspectives from the Behavioral Science. Cambridge University Press. Recuperado de

<https://books.google.com.mx/books?id=0oEJaiK30wUC&pg=PA21&lpg=PA21&dq=successful+aging+baltes+online&source=bl&ots=IJIS5Z-5yN&sig=ACfU3U1L4jyTfCqgC6fbhLuYN4umJ-DDtA&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwilzPed0rfpAhVUHs0KHaB9A7gQ6AEwCHoECAoQAQ#v=onepage&q&f=true>

Ballesteros, B.; Medina, A.; & Caycedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. *Universitas Psychologica*, 5(2). pp. 239-258. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750204>

Barrientos-Cabezas, A.; Arriagada-Pérez, L.; Navarro-Vera, G.; & Troncoso-Pantoja, C.A. (2020). Intervención multidisciplinaria como estrategia de aprendizaje en salud. *Revista de la Fundación Educación Médica*, 23(2), 69-73. <https://dx.doi.org/10.33588/fem.232.1046>

Bautista, L. (2022). Evidencias de validez de constructo: Escala de Bienestar Psicológico de Ryff para adultos mayores mexicanos. [Manuscrito presentado para su publicación]. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, México.

Beatty, L.; Koczwara, B.; y Wade, T. (2016). Evaluating the efficacy of a self-guided Web-based CBT intervention for reducing cancer-distress: a randomised controlled trial. *Support Care Cancer* 24(1), 1043–1051. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2867-6>

Bermejo, L. (2012). Envejecimiento activo, pedagogía gerontológica y buenas prácticas socioeducativas con personas adultas mayores. *Educación social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 51, p.27 - p.44. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/EducacionSocial/article/view/262608/350035>

Bravo, N y Pimentel, P. (2007). Intervención en personas de la tercera edad en el manejo de la autoestima desde el enfoque centrado en la persona. Tesis para obtener título de licenciado en psicología. Facultad Iztacala: UNAM. Recuperado de: <http://132.248.9.195/pd2007/0618978/Index.html>

Brenes, G.; Munger, H.; Miller, M.; Divers, J.; Anderson, A.; Hargis, G.; y Danhauer, S. (2021). Predictors of preference for cognitive-behavioral therapy (CBT) and yoga interventions among older adults. *Journal of Psychiatric Research*, 138, 311–318. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.055>

Cancino, M., Rehbein-Felmer, L., & Ortiz, M. S. (2018). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. *Revista*

médica de Chile, 146(3), 315-322. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000300315>

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

Castro, A. R.; Y Macías, C. (2010). Actualización bibliográfica sobre técnicas de relajación. *Revista Información Científica*, 65(1), Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757306019>

Casullo, M., & Brenlla, M. E. (2002). Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica. Buenos Aires: Paidós.

Cebreros-Valenzuela, D., Mortis-Lozoyab, S. V., Del Hierro-Parrab, E., & Muñoz-Arteaga, J. (2020). Efficacy of a cognitive stimulation programme using technology on older adults' self-esteem, self-efficacy, and autonomy. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 52, 42-50. <https://doi.org/10.14349/rlp.2020.v52.5>

Chávez-Samperio, J.; Lozano, M.; Lara, A. y Velázquez, O. (s.f.). La actividad física y el deporte en el adulto mayor. Bases fisiológicas. Recuperado de www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7516.pdf

Cheng, S. et al. (2017). A multicomponent intervention for the management of chronic pain in older adults: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 528. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2270-3>

Chu CH, Donato-Woodger S, Dainton CJ. (2020) Competing crises: COVID-19 countermeasures and social isolation among older adults in long-term care. *J Adv Nurs*. 2020 Oct;76(10):2456-2459. doi: 10.1111/jan.14467.

Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2023). Envejecimiento. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/subtemas/envejecimiento#>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo, CONEVAL (2013). Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Ficha de monitoreo 2013. Recuperado de https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Ficha_Monitoreo_Evaluacion_2013/SALUD/12_E023.pdf

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo, CONEVAL (2016). Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Recuperado de https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/IEPDS_2016.pdf
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1984). Personality as a Lifelong Determinant of Well-Being. In C. Malatesta, & C. Izard (Eds.), *Affective Process in Adult Development and Aging* (pp. 141-157). Beverly Hill, CA: Sage. Recuperado de [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPaper.s.aspx?ReferenceID=1209769](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPaper.s.aspx?ReferenceID=1209769)
- Demerouti, E., Bakker, A. B., & Leiter, M. (2014). Burnout and job performance: The moderating role of selection, optimization, and compensation strategies. *Journal of Occupational Health Psychology*, 19(1), 96–107. <https://doi.org/10.1037/a0035062>
- Dewett, T., & Denisi, A. S. (2007). What motivates organizational citizenship behaviors? Exploring the role of regulatory focus theory. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 16, 241–260. doi: 10.1080/13594320701273606
- Dobbins MI, Bauk S, Albers J (2018). Therapist-Guided, Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Anxiety. *American Family Physician*, 98(7), 459-460, www.aafp.org/afp
- Franklin, R. D.; Allison, D. B.; y Gorman, B. S. (1996). *Designs and analysis of single-case research*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Irwin, M. R., Carrillo, C., Sadeghi, N., Bjurstrom, M. F., Breen, E. C., & Olmstead, R. (2022). Prevention of Incident and Recurrent Major Depression in Older Adults with Insomnia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 79(1), 33–41. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3422>
- Donnellan, C. (2015). The Baltes' model of successful aging and its considerations for Aging Life Care / geriatric care management. *Journal of aging life care*. Recuperado de <https://www.aginglifecarejournal.org/the-baltes-model-of-successful-aging-and-its-considerations-for-aging-life-care-geriatric-care-management/>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Gochicoa-Rangel, L.; Mora-Romero, U.; Guerrero-Zúñiga, S.; Silva-Cerón, M.; Cid-Juárez, S.; Velázquez-Uncal, M.; Durán-Cuéllar, A.; Salas-Escamilla, I.; Mejía-Alfaro, R.; y Torre-Bouscoulet, L. (2015). Prueba De Caminata De 6 Minutos:

- Recomendaciones Y Procedimientos. *Neumología Y Cirugía De Tórax*, 74(2), 127-136. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462015000200008
- González, M.; Facal, D.; y Yaguas, J. (2013). Funcionamiento cognitivo en personas mayores e influencia de variables socioeducativas: resultados del Estudio ELES. *Escritos de Psicología (Internet)*, 6(3), 34-42. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2013.1611>
- González-Celis, A. (2005). Bienestar subjetivo en adultos mayores. En Garduño, L.; Salinas, B. y Rojas, M. (coor). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. Centro de Estudios sobre Calidad de Vida y Desarrollo Social, Universidad de las Américas, Puebla: Plaza y Valdés, S.A. de C.V.
- González-Celis, A. y Gómez, J. (2013). Quality of life in the elderly: Psychometric properties of the WHOQOL-OLD module in Mexico. *Health* 5(12), PP.110-116. Recuperado de <https://unam.academia.edu/AnaLuisaGonz%C3%A1lezCelisRangel>
- González-Moreno, J.; Román, F.J.; Cantero, M. (2021). Las actividades de la vida diaria en personas mayores durante el confinamiento. *Universidad Internacional de Valencia International Journal of Developmental and Educational Psychology/INFAD Revista de Psicología*, N°1 - Volumen 1, ISSN: 0214-9877. pp:339-346. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v1.2072>
- Gorgievski, M. J., Halbesleben, J. B., & Bakker, A. B. (2011). Expanding the boundaries of psychological resource theories. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84, 1–7. doi:10.1111/j.2044- 8325.2010.02015.x
- Gutiérrez-Robledo, L. M., Agudelo-Botero, M., Giraldo-Rodríguez, L. & Medina-Campos, R. H. (2016). *Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México*. México: Instituto Nacional de Geriátría.
- Gutiérrez, L.; et al. (2017). Estudio de carga de la enfermedad en personas adultas mayores: Un reto para México. Resumen ejecutivo. Instituto Nacional de Geriátría. Recuperado de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/ResumenEjecutivo_Final_20Oct.pdf
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6, 307–324. doi:10.1037/1089-2680.6.4.307

Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS (2012). Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención, México: Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, INEGI. (2014). Esperanza de vida según sexo, 1990 a 2014. Mortalidad. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo129&s=est&c=23598>

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, INEGI. (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID). Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, INEGI. (2019). Comunicación social Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1º de octubre). Comunicado de prensa núm. 475/19. Publicado el 30 de septiembre de 2019. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, INEGI. (2019). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores. Comunicado de prensa núm. 568/22. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf

Instituto Nacional de Geriátrica (2022). Manual de entrenamiento en atención primaria a la salud de personas mayores. México. Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/publicaciones.html>

Instituto Nacional de Geriátrica (2022). Guía de instrumentos de evaluación de la capacidad funcional. Secretaría de Salud. Recuperado de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_InstrumentosEvaluacion_2022.pdf

Instituto Nacional para los Adultos Mayores, INAPAM. (2012). Envejecimiento Poblacional y Protección Social. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/prensa/envejecimiento-poblacional-y-proteccion-social>

- Instituto Nacional para los Adultos Mayores, INAPAM. (2021). Comunicado sobre Registro Único INAPAM. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/prensa/comunicado-sobre-registro-unico-inapam-283712>
- Instituto Nacional para los Adultos Mayores, INAPAM. (2021). Calidad de vida para un envejecimiento saludable. México: Secretaría de Gobernación (SEGOB). Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es>
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2018). La demencia. Recuperado de <https://www.gob.mx/issste/articulos/la-demencia>
- Jaime, A; y Sandoval, A. (2005). Efectos de las actividades y estrategias de creatividad y terapia de arte en la población atendida en un centro gerontológico de población funcional y ambulante: El modelo de la fundación Héctor Vélez y de la Rosa I. A. P. Tesis para obtener el grado de licenciado en psicología. Facultad de estudios superiores Iztacala: UNAM. Recuperado de <http://132.248.9.195/pd2005/0601829/Index.html>
- Jensen, K. A. (2018). 7 steps to the perfect PICO search. Evidence-Based Nursing Practice. Recuperado de https://www.ebsco.com/sites/g/files/nabnos191/files/acquiadam-assets/7-Steps-to-the-Perfect-PICO-Search-White-Paper.pdf?_ga=2.92481434.60838456.1569789026-91600718.1569789026
- Johnson, K.R.; Fuchs, E.; Horvath, K.J.; Scal, P. (2015). Distressed and Looking for Help: Internet Intervention Support for Arthritis Self-Management. *Journal of Adolescent Health*, 56, 666-671, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.02.019>
- Kelders, S.M.; Kok, R.N.; Ossebaard, H.C.; Van Gemert-Pijnen, J. (2012). Persuasive System Design Does Matter: A Systematic Review of Adherence to Web-Based Interventions. *Journal of Medical Internet Research*, 14(6), e152, doi: 10.2196/jmir.2104
- Kennedy, C. H. (2005). Single-case designs for educational research. Boston, MA: Pearson Education, Inc.
- Lin, R.; et. al. (2019). Effects of creative expression therapy on Chinese elderly patients with dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. <http://doi.org/10.2147/NDT.S200045>

- Liu, T.; et al. (2018). Cognitive behavioral therapy for fear of falling and balance among older people: a systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*, 47(4), 520–527. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy010>
- López J, Perez-Rojo G, Noriega C, Carretero I, Velasco C, Martinez-Huertas JA, López-Frutos P, Galarraga L. (2020). Psychological well-being among older adults during the COVID-19 outbreak: a comparative study of the young-old and the old-old adults. *International Psychogeriatrics*;32(11):1365-1370. doi: 10.1017/S1041610220000964.
- Lupón, M.; Torrents, A.; y Quevedo, L. (2009) Tema 4. Procesos cognitivos básicos. *Apuntes de Psicología en Atención Visual*. Recuperado de https://ocw.upc.edu/sites/all/modules/ocw/estadistiques/download.php?file=370508/2012/1/54662/tema_4._procesos_cognitivos_basicos-5313.pdf
- Martínez, P. (2006). El metodo de estudio de caso: estrategia metodologica de la investigacion cientifica. *Pensamiento y Gestión*, núm 20, pp. 165-193. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
- Marín, M. y García, A. (2004). Calidad de vida en la tercera edad desde la salud y el estado de bienestar psicosocial. *Mapfre Medicina*. No. 15. Pp. 177-188. Recuperado de <https://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/salud/revista-medicina/vol15-n3-art3-calidad-3edad.pdf>
- McDougall Jr., G.; et al. (2015). Memory training plus yoga for older adults. *J Neurosci Nurs.*; 47(3):178-88. doi: 10.1097/JNN.000000000000133.
- Medina-Calvillo, M., Gutiérrez-Hernández, C., & Padrós-Blázquez, F. (2013). Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico de Ryff en población mexicana. *Revista de Educación y Desarrollo*, 27(Octubre-diciembre de 2013), 24-30. Recuperado de https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/27/027_Padros.pdf
- Mendoza-Ruvalcaba, N. M., & Arias-Merino, E. D. (2015). "I am active": effects of a program to promote active aging. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 829–837. <https://doi.org/10.2147/CIA.S79511>
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M. y Navarro, E. (2011). Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Anales de Psicología*, 27(1), 164-169. <https://doi.org/10.6018/analesp>

- Middleton, L., et al. (2018). The Mental Activity and exercise (MAX) trial: Effects on physical function and quality of life among older adults with cognitive complaints. *Contemporary Clinical Trials*, 64, 161–166. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2017.10.009>
- Moghimi, D. (2016). The selection, optimization, and compensation model in the work context: A systematic review and meta-analysis of two decades of research. *Journal of Organizational Behavior, J. Organiz. Behav.* DOI: 10.1002/job.2108
- Molina, J.; Uribe, A.; y Figueroa, J. (2013). Dolor, calidad de vida y estado anímico relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados. *Pensamiento Psicológico*, 11(1), Pontificia Universidad Javeriana: Colombia. pp. 43-538. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80127000002>
- Moore, A.; et al. (2019). ThinkRx cognitive training for adults over age 50: Clinician-caregiver partners in delivery as effective as clinician-only delivery. *Psychology & Neuroscience*, 12, 291-306. <https://doi.org/10.1037/pne0000162>
- Núñez, M. I. (2011). Diseños de investigación en Psicología. España: Universitat de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/20322>
- Nguyen, L.; Murphy, K.; & Andrews, G. (2019). Immediate and long-term efficacy of executive functions cognitive training in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 145, 698-733. <https://doi.org/10.1037/bul0000196>
- Ocampo-Chaparro, J. M. & Reyes-Ortiz, C. A. (2021). Efecto conjunto de deterioro cognitivo y condición sociofamiliar sobre el estado funcional en adultos mayores hospitalizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53, 20-29. <https://doi.org/10.14349/rlp.2021.v53.3>
- Oramas, A.; Santana, S.; y Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 7(1-2) pp. 34-39. Recuperado de: <http://roa.ult.edu.cu/bitstream/123456789/1424/1/Bienestar%20Psicologico...Salud%20Mental.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1994). Quality of life Assessment. An annotated bibliography. Geneva: WHO. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.1.pdf
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1996). WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, Field Trial Version.

- Geneva: WHO, Programme on Mental Health. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1998). Programme on Mental Health. WHOQOL. User Manual. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión abreviada. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Ediciones de la OMS. Recuperado de http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2016). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2022). Integrated Care for Older People (ICOPE). Implementation pilot programme: findings for the 'ready' phase. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240048355>
- Organización de las Naciones Unidas, ONU. (2019). Desafíos mundiales. Envejecimiento. Recuperado de <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
- Parra-Vidales, E.; Soto-Pérez, F., Perea-Bartolomé, M.V.; Franco-Martín, M.A.; Muñoz-Sánchez, J.L. (2017). Online interventions for caregivers of people with dementia: a systematic review. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45(3), 116-26, ISSN-1139-9287.
- Peixoto, T.; Peixoto, N.; Pinto, C.; y Santos, C. (2021). Nursing strategies to support psychological adaptation in adult cancer patients: a scoping review. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 55:e03690. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019039203690>
- Pino, O., et al. (2008). Spanish version of the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP-S): Psychometric properties of a brief scale for cognitive

- evaluation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, (99, 1–3), pp. 139-148.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.09.012>
- PRISMA (2020). PRISMA Flow Diagram. Recuperado de: <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>
- Puig, A. (2009). Programa de Psicoestimulación preventiva. Un método para la prevención del deterioro cognitivo en ancianos institucionalizados. Tercera edición. Madrid: Editorial CCS.
- Rubio, D.; Rivera, L.; Borges, L. y González, F. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *Varona, revista científica*, 61. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/3606/360643422019/index.html>
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. DOI:10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Ryff, C. D. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10-28.
<https://doi.org/10.1159/000353263>
- Secretaría de Salud (2012). Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México: Guía Práctica Clínica. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DE_MENCIA_AM/lmss_144_08_grr_demencia_am.pdf
- Secretaría de Salud (2015). Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. Diagnóstico general de la salud poblacional. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf
- Schmitt, A., Zacher, H., & Frese, M. (2012). The buffering effect of selection, optimization, and compensation strategy use on the relationship between problem solving demands and occupational well-being: A daily diary study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17, 139 –149. doi:10.1037/a0027054
- Schultheisz, et al. (2018) Effect of cognitive stimulation workshops on the self-esteem and cognition of the elderly. A pilot Project. *Dementia Neuropsychologia*;12(4):421-426
<http://dx.doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-040013>
- Sepúlveda-Loyola W, Dos Santos Lopes R, Maciel RPT, Probst VS. Participación social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: una revisión

- narrativa. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(2):341-9. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.4518>.
- Siegel, S.; y Castellan, N.J. (1995) *Nonparametric statistics for the behavioral sciences* [Aragón, E., y Fierros, trad.] 4ta. Ed.: Editorial Trillas.
- Smoktunowicz, E.; et al. (2020). Consensus statement on the problem of terminology in psychological interventions using the internet or digital components. *Internet Interventions*, 21, Elsevier, <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100331>
- Soto-Pérez, F.; Bernate-Navarro, M.; Gonzalez-Palau, F.; Toribio-Guzmán, J.M.; Bueno-Aguado, Y.; Franco-Martin, M. (2013). Breve historia de las Ciberterapias: Tecnología y salud mental. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, Suplemento (Julio)*, 361-363, doi: <http://dx.doi.org/10.32348/1852.4206.v0.n0>
- Stanmore, E., et al. (2019). The effectiveness and cost-effectiveness of strength and balance Exergames to reduce falls risk for people aged 55 years and older in UK assisted living facilities: a multi-center, cluster randomized controlled trial. *BMC medicine*, 17(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1278-9>
- Tsai, A. (2019). The Outcomes of Cognitive Stimulation Therapy (CST) for Community-Dwelling Older Adults with Cognitive Decline in Taiwan. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 35(4), 306 – 312. DOI: 10.1097/TGR.0000000000000248
- Vergara-Lope, S. (2009). Intervención cognitivo conductual en adultos mayores: retos y dificultades en la adaptación de una terapia de grupo manualizada. Tesis para obtener título de doctora en psicología. Facultad de psicología: UNAM. Recuperada de <http://132.248.9.195/ptd2009/febrero/0640189/Index.html>
- Wiese, B. S., Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2000). Selection, optimization, and compensation: An action-related approach to work and partnership. *Journal of Vocational Behavior*, 57, 273–300. doi:10.1006/jvbe.2000.1752
- World Federation of Occupational Therapists (WFOT, s.f.). *About Occupational Therapy*. Consultado el 30 de abril de 2023. <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

Anexo 1. Manual de intervención

"Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultos mayores (FCV): Por una capacidad funcional óptima. Una intervención mediada por la tecnología".



Manual de Intervención Psicológica
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM



Anexo 1

"Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultos mayores (FCV):

Por una capacidad funcional óptima. Una intervención mediada por la tecnología"

Lic. Cruz Peralta María de Jesús

Responsable de la Tesis de doctorado

Programa de Maestría y Doctorado en Psicología

Campo de conocimiento: Psicología y Salud

TUTOR PRINCIPAL

DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL

UNAM, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

UNAM, FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DR. CHRISTIAN OSWALDO ACOSTA QUIRÓZ

ITSON, DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ

UNAM, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

DRA. MARÍA LETICIA BAUTISTA DÍAZ

UNAM, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Introducción

Es cierto que los adultos mayores presentan condiciones de salud que traen como consecuencia que las personas sean parcial o totalmente dependientes al menos al final de su vida, los últimos 9 años en promedio (Secretaría de salud, 2015). Por lo que resulta importante promover un buen estado de salud en general, favorecer la calidad de vida y proveer las condiciones adecuadas para el bienestar en los adultos mayores.

Considerando las condiciones que se presentan en la actual cuarentena del 2020, se realiza la adaptación del programa de intervención de modalidad presencial a modalidad a distancia mediado por la tecnología. Se consideraron las ventajas de dicha adaptación tras realizar una breve búsqueda y un análisis entre pares. Se resalta la reducción de tiempo de traslado; el alcance a población de difícil acceso a terapia presencial; presentan un nivel de adherencia similar, permite a los participantes ir a su propio ritmo; existe una mayor difusión vía internet, de tal forma que facilita el almacenamiento de mucha información. Por lo tanto, se busca cumplir con los objetivos mediante el presente programa de intervención mediado por la tecnología.

Algunos factores que determinan la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores resultan ser su estado de salud en general y el que percibe, el entorno en el que se desenvuelven, ser o sentirse independientes y presentar alto nivel de funcionalidad; así como su bienestar psicológico y de salud. Por ello, es prioridad en los actuales desafíos dentro de la investigación en salud y adultos mayores implementar acciones que estén dirigidas a fomentar y mantener las capacidades funcionales para que las personas sean capaces de realizar las actividades que son importantes para ellas, evaluando de manera positiva su calidad de vida.

En este programa se parte de la definición de la OMS respecto a la calidad de vida: *“La percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia,*

sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas del entorno” (Organización Mundial de la Salud, OMS 1994, p. 5).

Además, se desarrolla con base en el concepto de *capacidad funcional* que retoma la OMS (2001). El cual comprende los 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. Mientras que la capacidad intrínseca es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona, el entorno, por su parte, comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona.

En México existe una diferencia estimada entre esperanza de vida total y esperanza de vida saludable. Dicha brecha resulta ser un indicador importante porque representa el promedio de años que las personas viven con alguna enfermedad y/o con discapacidad. Esto es, mientras más amplia es la brecha, mayor es la proporción de años vividos con mal estado de salud. Gutiérrez y colaboradores (2017) explican lo anterior en un estudio de carga de la enfermedad en personas adultas mayores. Las mujeres en México tienen una esperanza de vida promedio de 79 años, de los cuales 68, en promedio, son vividos en buena salud y 11 en mala salud. Mientras que la esperanza de vida para los hombres en México es de 72.3 años, casi 7 años menos que las mujeres. Sin embargo, los hombres viven en mala salud en promedio 8.5 años, casi 2.5 años menos que las mujeres.

Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) publicada por el INEGI (2018) en el país residen 15.4 millones de personas de 60 años o más, de las cuales 1.7 millones viven solas. Lo cual implica que deben realizar sus actividades cotidianas de manera independiente. Al menos, satisfacer sus necesidades básicas, además de llevar a cabo actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Dentro de la misma encuesta, cuatro de cada diez personas de 60 años o más que viven solas (41.4%) son económicamente activas. Esto es, salen de sus hogares para proveer un apoyo económico en su hogar.

Sin embargo, siete de cada diez (69.4%) personas de la tercera edad que viven solas presentan algún tipo de discapacidad o limitación. Resulta claro que a pesar de la limitación que las personas reportan, tienen la necesidad de ser económicamente activas. De tal manera que es deber de los profesionales de la salud que tengan un campo de trabajo coadyuvante con adultos mayores promover una disminución de dicha discapacidad o limitación en las capacidades de las personas para contribuir a una mejora de la calidad de vida que poseen los adultos mayores.

El programa de intervención que se propone en el presente proyecto de doctorado en Psicología de la salud es denominado "Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultos mayores (FCV): Por una capacidad funcional óptima". Su objetivo es optimizar la capacidad funcional de los adultos mayores de 60 años, tomando cuatro principales indicadores: la relajación, la actividad física que realizan, su desempeño en funciones cognitivas, y finalmente, una evaluación positiva de su bienestar a partir de las actividades de valor en la vida cotidiana que las personas evalúan como placenteras para ellas mismas.

A su vez, se proponen cuatro módulos que conforman el programa de intervención: Relajación; Psicoestimulación cognitiva; y Reestructuración de las actividades de valor en la vida cotidiana. A lo largo del escrito, se describen los alcances, la justificación, los objetivos, la meta, las características de los participantes y de los instrumentos que se proponen para una adecuada aplicación. Finalmente, se describen las actividades de los cuatro módulos propuestos a partir de la revisión sistemática de la evidencia científica consultada, además de la adaptación de las actividades programadas mediadas a través de la tecnología.

Alcances del programa de intervención FCV

- Brindar información pertinente a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación que permiten interactuar y adquirir habilidades necesarias en el favorecimiento de la capacidad funcional, calidad de vida y bienestar psicológico en los adultos mayores.
- Fomentar la capacidad funcional óptima de los adultos mayores.
- Favorecer la calidad de vida y el bienestar psicológico percibidos por los participantes del programa de intervención Cognitivo-Conductual (ICC).
- Lograr una buena calidad de vida en los adultos mayores.
- Adopción de conductas favorables para la calidad de vida y el bienestar.
- Promover la toma de decisiones a favor de su calidad de vida.
- Fortalecer las redes de apoyo de los adultos mayores para que las conserven.

Justificación del programa de intervención FCV

La importancia de atender las problemáticas actuales del envejecimiento resulta relevante debido a la transición demográfica en dicho sector de la población. Aunado a esto, debe tomarse en cuenta que un programa cuya meta es favorecer la calidad de vida en las personas, independientemente de la edad de dichas personas, está cumpliendo con un deber para con la sociedad.

Lo que se espera de la propuesta de intervención diseñada es favorecer la calidad de vida, la capacidad funcional, el funcionamiento cognitivo y el bienestar psicológico de las personas mayores de 60 años. En consecuencia, minimizar las afectaciones y de ser posible, reducir la cantidad de años que las personas pasan con un mal estado de salud en general.

Cabe agregar que la propuesta de intervención aquí señalada posee un carácter preventivo, al estar dirigido a una población que aún posee la mayor parte de su independencia, por lo tanto, las habilidades proporcionadas fomentarán una capacidad funcional óptima. Si los participantes ya presentan un deterioro significativo de la capacidad funcional, el programa de intervención está diseñado para establecer y priorizar actividades importantes en la vida diaria para los adultos mayores.

Por lo que se proporcionan herramientas necesarias para la prevención de la disminución de sus capacidades funcionales a partir de la relajación mediante la técnica de relajación autogénica y de la respiración diafragmática; la activación física y la psicoestimulación del funcionamiento cognitivo. Además, la reestructuración de actividades de valor en la vida cotidiana permitirá seleccionar, optimizar y compensar la rutina que los adultos mayores organicen.

Objetivos del programa de intervención FCV

General

El objetivo general del programa de intervención es promover una capacidad funcional óptima de los adultos mayores de 60 años a través de la adopción de comportamientos saludables tales como facilitar la adquisición de la técnica de relajación autogénica y respiración diafragmática, psicoestimular el fortalecimiento de funciones cognitivas de los adultos mayores; además de promover la selección, optimización y compensación de las actividades de valor en la vida cotidiana. Contando con el apoyo de un(a) coterapeuta.

Particulares

1. Módulo de Relajación (*R*): Facilitar la adquisición de la técnica de relajación autogénica y respiración diafragmática en los adultos mayores empleando las técnicas de psicoeducación y modelado conductual.
2. Módulo de Psicoestimulación Cognitiva (*PsC*): Preservar funciones cognitivas de los adultos mayores: memoria, orientación y atención; a partir de la psicoestimulación cognitiva empleando las técnicas de psicoeducación y modelado conductual.
3. Módulo de Reestructuración de actividades de valor en la vida cotidiana (*ReAc*): Promover la selección, optimización y compensación de las actividades de valor en la vida cotidiana que evalúan los adultos mayores a partir de las técnicas de solución de problemas y la reestructuración cognitiva.

Meta del programa de intervención FCV

Los adultos mayores de 60 años adoptarán de manera paulatina comportamientos saludables que mejoren su calidad de vida y podrán desarrollar las habilidades necesarias para desempeñar conductas que favorecen su funcionamiento cognitivo. Las personas que logren cumplir con los indicadores de cambio de los cuatro módulos serán capaces de reconocer los diversos factores que favorecen su capacidad funcional, la percepción de bienestar psicológico y calidad de vida.

Se espera que las personas beneficiadas con el programa de intervención FCV compartan lo aprendido entre su red de apoyo, para de esta forma fortalecer y ampliar las redes sociales de apoyo.

Participantes

Adultos mayores de 60 años de sexo indistinto que reporten capacidad funcional alta y estable o con cierto deterioro.

- Criterios de inclusión:
 - Que tengan participación voluntaria, consentida e informada, y sin enfermedades crónico-degenerativas no controladas.
 - Que tengan acceso a Internet y cuenten con algún dispositivo tecnológico que le permita llevar a cabo la intervención vía remota.
 - Que cuenten con una persona que les pueda apoyar en las sesiones en línea con habilidades necesarias para solucionar problemas técnicos (conexión alámbrica o inalámbrica, falta de batería, cables necesarios), o que los propios sujetos participantes posean dichas habilidades para solucionar problemas técnicos menores de conectividad.

Escenario

La adaptación de las actividades implementadas en los módulos se hizo de acuerdo a las recomendaciones de la nueva normalidad, dentro del marco de la pandemia del Covid-19. Por lo tanto, el proceso se planea mediado por la tecnología. Los hogares de las personas que cuentan con conectividad a internet son ideales para culminar el programa de intervención. El programa de intervención está diseñado con sesiones individuales.

Instrumentos / Materiales

- 1) Consentimiento informado. Documento redactado para la presente investigación en el cual se le explica a la persona las implicaciones éticas de su participación en el proyecto.
- 2) Hoja de datos sociodemográficos. Cuenta con 21 reactivos donde se le solicita al participante información sobre algunas características referentes a su vida personal.
- 3) Escala WHOQoL-OLD. Elaborado por la OMS (2004) y adaptado por González-Celis y Gómez (2010). Consta de 24 reactivos agrupados en seis dominios: Habilidades sensoriales, Autonomía, Actividades pasadas, presentes y futuras; Participación social; Muerte y morir; e Intimidad. Para cada dominio se construyeron cuatro reactivos por lo que la calificación para cada dimensión se encuentra en un rango de 4 a 20 puntos; asimismo la calificación total de calidad de vida tiene un rango de 24 a 120 puntos. Donde entre mayor sea la puntuación total, mejor calidad de vida es percibida; asimismo para los seis dominios, entre más alta sea, mayor calidad de vida se percibe para cada dominio.
- 4) Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. La escala cuenta con 39 reactivos agrupados en dos sub-escalas (Diaz et al., 2006). La escala tiene un formato de seis opciones de respuesta que van de 1 a 6. En total son 39 reactivos cuya calificación total va de 39 de 234, así se obtiene la puntuación total de la Escala de Bienestar Subjetivo (EBSRyff). Contiene dos dimensiones con sus componentes:

- a. Bienestar Hedónico: Auto aceptación: ítems 1, 7, 13, 19, 25, 31. o Relaciones positivas: ítems 2, 8, 14, 20, 26, 32. Autonomía: ítems 3, 4, 9, 10, 15, 21, 27, 33. Dominio del entorno: ítems 5, 11, 16, 22, 28, 39.
 - b. Bienestar Eudaimónico. Propósito en la vida: Ítems 6,12, 17, 18, 23, 29. o Crecimiento personal: Ítems 24, 30, 34, 35, 36, 37, 38.
- 5) Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry – Spanish (SCIP-S). Escala breve que se utiliza para detectar carencias cognitivas en trastornos de tipo psicótico o afectivo en un tiempo reducido. El cuestionario requiere lápiz, papel y reloj; su aplicación requiere de un entrenamiento menor y su duración es de 15 min aproximadamente. Está conformada por cinco subescalas que miden diferentes dominios cognitivos:
- a. Aprendizaje audioverbal inmediato (AV-I), una lista de 10 palabras es leída con un intervalo de 3 segundos entre cada una de las palabras, y el recuerdo se solicita inmediatamente al finaliza la lectura de la lista. Este proceso se repite durante 3 ocasiones. La puntuación es la cantidad de palabras que recuerdan los sujetos inmediatamente después de cada una de las repeticiones de la prueba, Puntuaciones secundarias incluirían el número de ítems recordados en cada aplicación, la posición del recuerdo inmediato de las palabras en relación con la posición diferida, el número de perseveraciones [repeticiones de palabras] y la cantidad de intrusiones [palabras no incluidas en la lista]);
 - b. Memoria de trabajo (8 tríadas a cada una de las versiones, con la tarea de contar hacia atrás. La principal medida a registrar es el número de letras individuales recordadas en las 8 tríadas, como medidas secundarias se pueden considerar la secuencia del recuerdo y la sensibilidad a la demora y a la distracción);
 - c. Fluidez verbal (se le pide que generen todas las palabras que puedan durante 30 segundos sin producir números, nombres propios o palabras derivadas; y seguidamente esta tarea se repite con otra letra distinta. El examinador registra todas las respuestas de los sujetos, incluidas las no relacionadas y los ítems repetidos. La puntuación primaria será la suma de las palabras generadas en ambas condiciones);

- d. Aprendizaje audioverbal y recuerdo diferido (AV-D) es la cantidad de palabras recordadas de la lista de 10 palabras leídas en la subescala del aprendizaje audioverbal inmediato (AV-I), transcurridos los 5 minutos.
- e. Velocidad de procesamiento de la información. El examinado tiene 6 letras del alfabeto con su respectivo código del alfabeto Morse. Una distribución aleatoria de estas 6 letras se reparte a lo largo de 4 filas de 9 casillas, con un espacio en blanco debajo de cada una de las letras. La tarea consiste en hacer corresponder cada letra con su equivalente en Código Morse, y anotar la respuesta en el espacio en blanco situado debajo de cada una de las letras de las 36 casillas. Los primeros 6 ítems son utilizados como práctica para asegurar que el sujeto ha entendido correctamente las instrucciones, y posteriormente se permiten un total de 30 segundos para rellenar las siguientes casillas. La puntuación primaria que se registra es el número total de casillas que se responden correctamente durante los 30 segundos (Pino, Guilera, Gómez, Rojo, Vallejo, Purdon, 2006). Este instrumento se ha aplicado a población mexicana adulta mayor de 56 años y sus análisis han mostrado una alta capacidad discriminativa del instrumento de comparando por nivel de escolaridad ($p = .001$), por edad ($p < 0.004$), y por afectación cognitiva ($p.001$); además, los puntos de corte (< 45.50), y valores de sensibilidad (.811) y especificidad (.667) para la puntuación total (González-Celis et al., 2022). Las medidas descriptivas para las puntuaciones directa de la puntuación total del SCIP-S y de las sub-escalas por nivel educativo su capacidad discriminativa; obtuvieron un valor de $p < .05$.

Se obtienen puntuaciones directas de cada una de las subescalas, así como la puntuación total del SCIP-S; asimismo, se pueden transformar dichas puntuaciones en puntuaciones T y en percentiles, además de tener medidas de puntos de corte, dependiendo de la edad y escolaridad del adulto mayor, para la detección de posible deterioro cognitivo.

- 6) Evaluación de Estabilidad de la Marcha y Sedestación (Tinetti). Para que la participante pueda ser considerada en la muestra, se utilizaron tres instrumentos para

la evaluación de la capacidad funcional como criterio de inclusión por arriba de la puntuación mínima de cada instrumento.

- 7) Evaluación de Estabilidad de la Marcha y Sedestación (Tinetti). Se traza una línea recta sobre el piso o simplemente se pega una tira de tela adhesiva y se pide al sujeto que camine a lo largo de ella, observando tanto de frente, como de perfil. Además, en una silla sin descansa brazos, la persona realizará un balance sentada, levantarse de la silla, ponerse de pie, equilibrio inmediatamente y en posición de pie, con un empujón ligero, dar un giro de 360° con los ojos cerrados y volverse a sentar en la silla. Se evalúa la forma en que realiza los movimientos y calificándolos de 0 a 2, donde 0 es con dificultad y 2 seguro, sin ayuda. La calificación máxima total es 29 indicando completa estabilidad y equilibrio y bajo riesgo de caídas. Menos de 18 puntos representa un alto riesgo de caídas; de 19-24 puntos es un riesgo moderado; mientras que de 25-28 puntos equivale a un riesgo bajo de caídas (Chávez-Samperio, Lozano, Lara & Velázquez, s.f.).
- 8) Test de Marcha de 6 Minutos (TM6M). La caminata de 6 minutos es una prueba que consiste en caminar lo más rápido que le sea posible durante un período de 6 minutos en un pasillo plano. La distancia máxima en la marcha de 6 minutos sin agitación se registra para cada adulto mayor (McGavin, Gupta, & McHardy, 1976). El cambio mínimo clínicamente significativo (CMCS) en sujetos con enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión pulmonar, enfermedades intersticiales) es de 25 a 33 metros con una mediana de 30 metros (Gochicoa-Rangel et al., 2015).
- 9) Cuestionario de Actividades Físicas de Nagi. El objetivo de este cuestionario es el de monitorizar la capacidad funcional física de manera más precisa para establecer programas para fortalecerla o recuperarla con programas específicos. Se evalúan nueve actividades físicas de manera demostrativa. Consta de nueve reactivos que evalúan diversas acciones con tres opciones de respuesta: capaz de realizarla sin dificultad (3 puntos), capaz de realizarla con dificultad (2 puntos), y no la realiza (1 punto). Su puntuación va de 9 a 27. Al tener 14 puntos o menos se considera una puntuación mínima para tener una capacidad funcional deteriorada.

Procedimiento

Los participantes que forman parte del presente programa de intervención mediado por la tecnología deben firmar el consentimiento informado (Anexo 2) toda vez que se les haya explicado el objetivo del programa y sus características, así como los indicadores de acreditación de los módulos que conforman el programa. De tal suerte que se podrán establecer el número de sesiones necesarias para el cumplimiento de todos los criterios de cambio toda vez que se realizaron tres evaluaciones previas a la intervención.

Cuando la persona adulta mayor acepta participar en el programa, se le proporcionará el consentimiento informado, de ser posible de manera impresa y se llevará a cabo la lectura en voz alta resolviendo dudas relacionadas. Dentro del documento se le solicita autorización para conocer los datos personales contenidos en la ficha de datos sociodemográficos (anexo 3), teniendo un trato de manera confidencial y con fines estadísticos; incluyendo la autorización para videograbar las sesiones por videollamada en la plataforma Zoom o alguna afín que permita comprobar la integridad del tratamiento. Toda vez que la persona procede a firmar el documento, posteriormente ya se puede comenzar con la aplicación de la batería de evaluación, donde se proponen tres mediciones de las variables de interés. En el presente estudio se recomienda aplicar tres veces la batería de evaluación.

Si el participante reporta deficiencia en uno o más aspectos mencionados, se le propone establecer las sesiones correspondientes por módulo y teniendo en cuenta los objetivos específicos, así como los indicadores de cambio.

Al terminar las sesiones establecidas, se realizará la evaluación posterior. Esto con el fin de tener la evaluación general previa y posterior al programa de intervención. Si el (la) participante desea conocer sus resultados, se le realizará un breve cuadernillo de presentación de resultados de sus valores reportados al respecto de los indicadores de cambio y de su evaluación general.

Finalmente, se mantendrá contacto con la persona al menos una vez a la semana vía telefónica. Asegurando contar con su participación para las evaluaciones de seguimiento, un mes después y tres meses después de cada evaluación.

Se busca encontrar adherencia terapéutica con las habilidades adquiridas durante las sesiones.

Las evaluaciones de seguimiento se llevarán a cabo a distancia, con la plataforma que se haya acordado con cada persona. En el presente proyecto de investigación se trabajará principalmente mediante Zoom, se realizará la videograbación y también se contactará a las personas vía WhatsApp, incluyendo llamada telefónica.

Si en algún momento la persona pierde el contacto con las co-terapeutas, se propone que dentro del periodo de una semana posterior se visite al participante en su domicilio para asegurar su integridad física y mental, su bienestar y los motivos por los cuales no se logró comunicar con las co-terapeutas.

Tabla 17.

Se presenta la descripción de cada uno de los componentes del programa de intervención mediado por la tecnología.

Componentes de la ICC.

Módulo	Indicadores de cambio	Medio de comunicación recomendado para las sesiones	Instrumento de evaluación
Relajación (R)	Estado de relajación reportado previo y posterior a la sesión del manual de respiración diafragmática y relajación autógena.	Llamada telefónica, mensaje de WhatsApp.	Autoreporte del participante en escala tipo Likert de 1 a 5 respondido con dibujos.
	Temperatura distal medida previa y posterior a la sesión del manual de relajación autógena.	Teléfono smartphone.	Smart Watch que mide temperatura corporal.
	Poseer habilidades de relajación autógena.	Llamada telefónica, videollamada por Zoom o por WhatsApp.	Registro conductual de los adultos mayores al llevar a cabo el ejercicio de relajación autógena.
	Poseer habilidades de respiración diafragmática.	Llamada telefónica, videollamada por Zoom o por WhatsApp.	Registro conductual de los adultos mayores al llevar a cabo el ejercicio de respiración diafragmática.
Psicoestimulación Cognitiva (PsC)	Aumento en el puntaje de los dominios cognitivos en el que el adulto mayor registra bajo desempeño.	Llamada telefónica, videollamada por Zoom o por WhatsApp.	Subtest en que el adulto mayor puntea más bajo en Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry - Spanish (SCIP-S).
Reestructuración de actividades de valor en la vida cotidiana (ReAc)	Identificación de actividades de valor en la vida cotidiana.	Llamada telefónica, mensaje de WhatsApp.	Registro conductual de las actividades de valor en la vida cotidiana que realizan los adultos mayores.
	Aumento de la cantidad de tiempo que destinan a realizar actividades de valor en la vida cotidiana.	Llamada telefónica, mensaje de WhatsApp.	

Tabla 18.

Resumen del número de sesiones empleadas por módulo.

Módulo	Sesiones
Relajación (R)	Sesión 1. Respiración diafragmática.
	Sesión 2. Entrenamiento en relajación autógena.
	Sesión 3-4. Reforzamiento y evaluación del cumplimiento de criterios de cambio
	Sesión 1. Memoria.
Psicoestimulación Cognitiva (PsC)	Sesión 2. Orientación.
	Sesión 3. Atención.
	Sesión 4. Reforzamiento y evaluación del cumplimiento de criterios de cambio
	Sesión 1. Ejercicios de Selección – Psicoeducación; Solución de problemas. Ejercicios de Optimización de las actividades – Reestructuración cognitiva
Promoción de actividades de valor en la vida cotidiana (ReAc)	Sesión 2. Ejercicios de Compensación – Reestructuración cognitiva; Solución de problemas.
	Sesión 3. Reforzamiento y evaluación del cumplimiento de criterios de cambio

Descripción de las sesiones

A continuación, se describen las sesiones que conformaron la ICC, tanto las sesiones de evaluaciones (observaciones) así como de cada uno de los tres módulos que la componen. Cada sesión contiene los objetivos, su descripción, el tema, los materiales, las actividades programadas con tiempo aproximado parcial y total.

Observación 1. Entrevista individual de evaluación inicial.

Objetivos de la sesión.

- a) Que los y las terapeutas expliquen a detalle el objetivo del programa de intervención, así como los beneficios que se buscan para el participante.
- b) Que el (la) participante sea capaz de explicar las implicaciones éticas del manejo de su información y de los detalles del programa de intervención.
- c) Llevar a cabo la aplicación de la batería para establecer el comportamiento de cada variable de interés de cada participante.
- d) Que el participante proceda a firmar el contrato de contingencias elaborado al incluyendo los compromisos de ambas partes, así como las recompensas obtenidas.

Descripción de la sesión.

La evaluación inicial debe comenzar por la presentación de la terapeuta y co-terapeutas que llevarán a cabo todas las sesiones, se explica a detalle el objetivo del programa de intervención, así como la lectura completa del consentimiento informado para finalmente, firmarlo. Se recomienda llevarlo a cabo en un solo medio de comunicación, videollamada preferentemente.

Una vez que el participante ha resuelto las dudas al respecto de la intervención, se realiza junto con el participante el llenado del cuadernillo de evaluación psicológica (Anexo 5). En primer lugar, se contesta la hoja de datos sociodemográficos, procurando no dejar en blanco ningún reactivo, ya que podría ser causa de anulación en el análisis de los resultados.

El orden de la aplicación de la batería de evaluación es propuesta considerando los tiempos de aplicación, así como la extensión y demanda cognitiva o de acondicionamiento físico de

Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultas mayores (FCV) – Mediado por la tecnología.

cada instrumento. Se recomienda tener en cuenta las necesidades individuales del participante y tomar los descansos necesarios para concluir satisfactoriamente las evaluaciones.

1. Medición de la temperatura distal periférica.
2. Autoregistro de Relajación
3. La escala WHOQoL-OLD adaptado a formularios de Google.
4. Escala de Tinetti y la evaluación del equilibrio
5. Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP).
6. Test de Marcha de 6 Minutos (TM6M).
7. Cuestionario de actividades físicas de Nagi adaptado a formularios de Google.
8. Registro diario de actividades cotidianas

Cabe mencionar que la evaluación completa de los instrumentos incluidos en esta primera sesión de LB permite establecer la estabilidad en el comportamiento de las variables de interés.

Observación 2. Entrevista individual de evaluación secuencial.

Objetivos de la sesión

- a) Llevar a cabo la evaluación para establecer la segunda medida de evaluación de las variables de cada participante.
- b) Aclarar dudas al respecto de su participación y el análisis confidencial de los datos.

Descripción de la sesión

El orden de la aplicación de la batería de evaluación es propuesta considerando los tiempos de aplicación, así como la extensión y demanda cognitiva o de acondicionamiento físico de cada instrumento. Se recomienda tener en cuenta las necesidades individuales del participante y tomar los descansos necesarios para concluir satisfactoriamente las evaluaciones.

1. Medición de la temperatura distal.
2. La escala WHOQoL-OLD adaptado a formularios de Google.
3. Escala de Tinetti y la evaluación del equilibrio
4. Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP).
5. Test de Marcha de 6 Minutos (TM6M).
6. Cuestionario de actividades físicas de Nagi adaptado a formularios de Google.

Cabe mencionar que la evaluación completa de los instrumentos incluidos en esta segunda sesión de LB permite establecer la estabilidad en el comportamiento de las variables de interés.

Observación 3. Entrevista individual de evaluación secuencial; organización y estructuración de sesiones.

Objetivos de la sesión

Llevar a cabo la evaluación para establecer la tercera medida de evaluación de cada participante.

Descripción de la sesión

El orden de la aplicación de la batería de evaluación es propuesta considerando los tiempos de aplicación, así como la extensión y demanda cognitiva o de acondicionamiento físico de cada instrumento. Se recomienda tener en cuenta las necesidades individuales del participante y tomar los descansos necesarios para concluir satisfactoriamente las evaluaciones.

1. Medición de la temperatura distal.
2. La escala WHOQoL-OLD adaptado a formularios de Google.
3. Escala de Tinetti y la evaluación del equilibrio
4. Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP).
5. Test de Marcha de 6 Minutos (TM6M).
6. Cuestionario de actividades físicas de Nagi adaptado a formularios de Google.

Cabe mencionar que la evaluación completa de los instrumentos incluidos en esta tercera sesión permite establecer la estabilidad en el comportamiento de las variables de interés.

Módulo de Relajación (R)

Objetivo General:

Facilitar la adquisición de la técnica de relajación autogénica y respiración diafragmática en los adultos mayores.

Objetivos Particulares:

1. Que los adultos mayores tengan habilidades necesarias para la relajación, a partir de la técnica de respiración diafragmática.
2. Que los adultos mayores tengan habilidades necesarias para la relajación, a partir del entrenamiento en relajación autógena.

Sesiones

- Este módulo tendrá un total de 2 sesiones, cada una con duración de 15 minutos. Puede llevarse a cabo vía telefónica o por video conferencia (Zoom, Google Meet, Skype, etc.)
- Cada sesión cuenta con diferente técnica de relajación:
 - o Respiración diafragmática.
 - o Entrenamiento en relajación autógena

Sesión 1

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 15 min.
Respiración diafragmática	<p>Computadora o tablet o celular con capacidad para conexión a red WiFi</p> <p>Silla con respaldo alto</p> <p>Infografía de la técnica de respiración diafragmática</p>	<p style="text-align: center;">1. Ejercicios de respiración diafragmática – Modelamiento conductual</p> <p style="text-align: center;">Posición- Sentados</p> <p>Instrucción - Para respirar de manera correcta, inhale el aire por su nariz y al hacerlo, intente que su abdomen se llene de aire, como inflando.</p> <p>Ahora exhale el aire lentamente por su boca, sintiendo como su abdomen se desinfla, colocando una mano en su pecho permanecerá inmóvil y la otra en su abdomen será la que se mueva. Inhale. Exhale.</p> <p style="text-align: center;">Su abdomen debe inflarse cuando entra el aire y desinflarse cuando salga. Inhale. Exhale.</p> <p>Ponga mucha atención en que sus hombros y pecho permanezcan inmóviles, y que su abdomen sea el que se infla y desinfla al entrar y salir el aire. Inhale. Exhale.</p> <p style="text-align: center;">La mano que tiene en su pecho permanece inmóvil y la que está en su abdomen es la que se mueve.</p> <p style="text-align: center;">Inhale. Exhale.</p> <p style="text-align: center;">Sus hombros y pecho permanecen inmóviles, y su abdomen se infla y desinfla al entrar y salir el aire.</p> <p style="text-align: center;">Inhale. Exhale. Ahora continúe a su propio ritmo.</p> <p style="text-align: center;">Poco a poco regrese sus pensamientos, siéntase completamente relajado.</p>	<p style="text-align: center;">(15 min.)</p> <p style="text-align: center;">3 minutos de ejercicios de respiración diafragmática</p> <p style="text-align: center;">1 minuto de descanso</p> <p style="text-align: center;">5 repeticiones del ejercicio, logrando autogestión de ser posible.</p>
Indicadores de cumplimiento			
- Autoreporte del participante en escala tipo Likert acerca de la relajación corporal percibida (Anexo 3.1).			

Sesión 2

Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultas mayores (FCV) – Mediado por la tecnología.

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 15 min.
Entrenamiento en relajación autógena	<p>Computadora o tablet o celular con capacidad para conexión a red WiFi</p> <p>Silla con respaldo alto</p> <p>Infografía de la técnica de entrenamiento en relajación autógena.</p>	<p align="center">1. Ejercicios de entrenamiento en relajación autógena – Modelamiento conductual</p> <p align="center">Posición - Sentados</p> <p>Instrucción - Adopte una postura confortable, deje sus piernas y brazos sin cruzar, recargue su espalda sobre el respaldo de la silla y apoye sus pies sobre el piso y, si lo considera necesario, afloje su ropa o accesorios como cinturón, corbata, mangas, etc. Cierre los ojos, concéntrese en su respiración.</p> <p>Escuche con atención las frases que a continuación le diré y repítalas en su mente para usted mismo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Me siento bastante tranquilo (a)... cada vez más tranquilo. 2. Estoy empezando a sentirme relajado (a). 3. Comienzo a sentir mis pies pesados y relajados. 4. Siento fluir el calor de mis piernas a mis pies. 5. Mis pies y piernas están calientes y pesadas. 6. Siento mis pies y piernas calientes... calientes y pesadas. 7. Siento mis tobillos y rodillas pesadas, relajadas y cómodas. 8. Siento mis caderas y estómago relajados y tranquilos. 9. Mi respiración es lenta y regular. Mi respiración es lenta y regular. 10. Siento mi pecho fresco y relajado. Mi pecho está relajado y cómodo. 11. Siento mis manos, brazos y hombros pesados, relajados y cómodos. 12. Siento fluir el calor de mis brazos a mis manos. 13. Mis manos están calientes y pesadas. 14. Siento mis manos calientes; calientes y pesadas. 15. Siento mi cuello ligero, relajado, tranquilo. 16. Siento mi mandíbula suave, pesada y relajada. 	(15 min.)

Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultas mayores (FCV) – Mediado por la tecnología.

Entrenamiento en relajación autógena	<p>Computadora o tablet o celular con capacidad para conexión a red WiFi</p> <p>Silla con respaldo alto</p> <p>Infografía de la técnica de entrenamiento en relajación autógena.</p>	<p>17. Siento mi frente relajada, cómoda y suave.</p> <p>18. Siento todo mi cuerpo pesado, cómodo y relajado.</p> <p>19. Siento cómo con cada respiración, mi cuerpo está más y más relajado.</p> <p>20. Sigo sintiendo todo mi cuerpo relajado, tranquilo. 21. Estoy bastante relajado(a).</p> <p>22. Me siento bastante tranquilo(a).</p> <p>23. Todo mi cuerpo está relajado.</p> <p>24. Siento mi cuerpo quieto, cómodo y relajado.</p> <p>25. Mi mente está tranquila.</p> <p>26. Aparto mis pensamientos; me siento calmado(a) y tranquilo(a).</p> <p>27. Puedo verme relajado(a), cómodo(a) y tranquilo (a).</p> <p>28. Estoy alerta, pero siento tranquilidad interior</p> <p>29. Mi mente está tranquila.</p> <p>30. Sigo disfrutando de estas sensaciones,</p> <p>31. Ahora el ejercicio está por concluir, pero la sensación de relajación me acompañará todo el día.</p> <p>32. Siento vida y energía fluyendo por mi cuerpo... por mis piernas, caderas, estómago, pecho, brazos, manos, cuello, cabeza.</p> <p>33. La energía me hace sentir ligero(a), lleno(a) de vida.</p> <p>34. Despacio y cuando lo considere oportuno, muevo mi cuerpo, brazos, piernas, abro los ojos y me pongo atenta a lo que me rodea.</p> <p>El ejercicio ha concluido</p>	(15 min.)
Indicadores de cumplimiento			
- Autoreporte del participante en escala tipo Likert acerca de la relajación percibida (Anexo 3.1).			

Referencias bibliográficas:

1. Payne, R.A. (2005). Técnicas de relajación. Guía práctica. Barcelona: Paidotribo. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?id=N2XMMtYpMvUC&pg=PA361&lpg=PA361&dq=Payne,+R.A.+\(2005\).+T%C3%A9cnicas+de+relajaci%C3%B3n.+Gu%C3%ADa+pr%C3%A1ctica&source=bl&ots=iRgkKuQhi4&sig=ACfU3U1fV6nmCCOnXDAn09Up3IOUrf4Jg&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjvtcLnLHpAhUSM6wKHWr2DZoQ6AEwCXoECAgQAQ#v=onepage&q=Payne%20R.A.%20\(2005\).%20T%C3%A9cnicas%20de%20relajaci%C3%B3n.%20Gu%C3%ADa%20pr%C3%A1ctica&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=N2XMMtYpMvUC&pg=PA361&lpg=PA361&dq=Payne,+R.A.+(2005).+T%C3%A9cnicas+de+relajaci%C3%B3n.+Gu%C3%ADa+pr%C3%A1ctica&source=bl&ots=iRgkKuQhi4&sig=ACfU3U1fV6nmCCOnXDAn09Up3IOUrf4Jg&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjvtcLnLHpAhUSM6wKHWr2DZoQ6AEwCXoECAgQAQ#v=onepage&q=Payne%20R.A.%20(2005).%20T%C3%A9cnicas%20de%20relajaci%C3%B3n.%20Gu%C3%ADa%20pr%C3%A1ctica&f=false)
2. Reyes, K.; y González-Celis, A. (2018). Psicoterapia cognitivo conductual para cuidadores de adultos mayores. UNAM: FES Iztacala.

Módulo de Psicoestimulación Cognitiva (PsC)

Objetivo General:

Preservar funciones cognitivas de los adultos mayores: memoria, orientación y atención; a partir de la psicoestimulación cognitiva.

Objetivos Particulares:

1. Evaluar el aprendizaje verbal inmediato en los adultos mayores que participen en el módulo de PsC.
2. Evaluar la memoria de trabajo en los adultos mayores que participen en el módulo de PsC.
3. Evaluar la fluencia verbal en los adultos mayores que participen en el módulo de PsC.
4. Evaluar el aprendizaje verbal diferido en los adultos mayores que participen en el módulo de PsC.
5. Evaluar la velocidad de procesamiento en los adultos mayores que participen en el módulo de PsC.

Sesiones

- Este módulo cuenta con un total de 3 sesiones, cada una con duración de 40 minutos.
- Cada sesión cuenta con psicoestimulación para cada una de las funciones cognitivas: Memoria; Orientación y Atención.

Sesión 1

Tema	Recursos	Actividades	TiempoTot al 40 min.
Memoria	Computadora o tablet o celular con capacidad para conexión a red WiFi	<p align="center">1. Ejercicios de memoria – Modelamiento conductual</p> <p align="center">Ejercicio 1. Descripción de una imagen.</p> <p align="center">Objetivo – Establecimiento de referencias que faciliten la retención de los elementos de un conjunto.</p> <p>Instrucción – Observar durante 1 minuto un dibujo o fotografía. Después se retira y se procede a comentar durante 3 minutos lo que se recuerde de la imagen. Repetir la visualización de la imagen durante 1 minuto. Esta vez, verbalizando detalles que rodean y frases que sirvan para una mejor retención.</p>	<p align="center">(40 min.)</p> <p align="center">5 min.</p>
	Dibujo o fotografía	<p align="center">Ejercicio 2. Retención de palabras.</p> <p align="center">Objetivo – Entrenarse en crear asociaciones que favorecen la retención.</p> <p>Instrucción – Se dirá una lista de palabras que al finalizar se pedirá al participante repetirla. Una vez que el participante mencione 3 veces la lista de palabras, se repite la lectura completa de la lista. Esta vez, verbalizando estrategias para establecer la asociación.</p>	<p align="center">5 min.</p>
	Lista de palabras a memorizar	<p align="center">Ejercicio 3. Lista de compras.</p> <p align="center">Objetivo – Desarrollar la capacidad de reconocimiento de estímulos conocidos a partir de la memoria auditiva inmediata y la atención.</p> <p>Instrucción – “Una persona va a comprar comida al mercado con una lista de compras. <i>Leer la lista 1 del 1er día.</i> Además, otra persona fue al mercado el mismo día con esta lista de compras. <i>Leer la lista 2 del 1er día.</i> ¿Qué cosas compran igual las dos personas? Al día siguiente, dos personas diferentes van al mercado. <i>Leer la lista 1 y 2 del 2do día.</i> ¿Qué cosas compran igual las dos personas?”</p>	<p align="center">10 min.</p>
	4 Listas de compras	<p align="center">Ejercicio 4. El rapto.</p> <p align="center">Objetivo – Establecer referencias sensoriales para facilitar la retención y posterior recuerdo de la información</p> <p>Instrucción – Se presentan diferentes objetos que han de memorizar durante unos instantes. Seguidamente se les pide que cierren los ojos para esconder uno, al mismo tiempo que se cambian todos los otros de sitio. Se pide que vuelvan a abrir los ojos y ahora han de decir cuál es el objeto que falta.</p>	<p align="center">10 min.</p>
	5 Objetos de tamaño pequeño-mediano	<p align="center">Ejercicio 5. Órdenes.</p> <p align="center">Objetivo – Desarrollo de la retención y posterior recuerdo de la información a partir de la concentración.</p> <p>Instrucción – Seguir instrucciones para introducir en un orden determinado cuatro objetos en un cesto</p>	<p align="center">5 min.</p>
	Infografía con los ejercicios de memoria	<p align="center">Ejercicio 6. Memoria semántica.</p> <p align="center">Objetivo – Activar y desarrollar la memoria semántica.</p> <p align="center">Instrucción – Unir los pares de dibujos que estén relacionados.</p>	<p align="center">5 min.</p>
Indicadores de cumplimiento			
- Realizar al menos el 80% de los ejercicios indicados.			

Sesión 2

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 40 min.
Orientación	Computadora o tablet o celular con capacidad para conexión a red WiFi	1. Ejercicios de orientación – Modelamiento conductual	(40 min.)
	4 Viñetas de 3 historietas divertidas	<p style="text-align: center;">Ejercicio 1. Historietas divertidas.</p> <p>Objetivo - Establecer referencias que permitan determinar la progresión lógica de una secuencia temporal.</p> <p>Instrucción - Ordenar las cuatro viñetas que se presentan de manera desordenada y que forman parte de una misma historia.</p>	8 min.
	<p>3 objetos de diferentes tamaños que puedan apilarse:</p> <p>A: rollo de cartón del papel</p> <p>B: Dado de plástico de 5 cm aprox.</p> <p>C: Recipiente de 1L aprox.</p>	<p style="text-align: center;">Ejercicio 2. Situar objetos.</p> <p>Objetivo – Desarrollar la orientación espacial multidireccional.</p> <p>Instrucción – Colocar tres objetos en diversas posiciones:</p> <p style="padding-left: 40px;">A a la izquierda, B a la derecha y C hacia abajo.</p> <p style="padding-left: 40px;">A debajo de B, y C detrás de B.</p> <p style="padding-left: 40px;">C encima de A y B de lado.</p> <p style="padding-left: 40px;">B, A, C, colocados en fila, uno detrás del otro, en ese orden.</p> <p style="padding-left: 40px;">C encima de B, y A dentro de C.</p>	8 min.
	Tablero de tres en raya (gato)	<p style="text-align: center;">Ejercicio 3. Tres en raya (gato).</p> <p>Objetivo – Desarrollar el sentido de la orientación a partir de la visualización mental.</p> <p>Instrucción – Juego de mesa en el cual gana el primero que consigue poner tres fichas en fila.</p>	8 min.
	Crayones Figuras geométricas tridimensionales	<p style="text-align: center;">Ejercicio 4. La casa.</p> <p>Objetivo – Desarrollar el sentido de orientación espacial.</p> <p>Instrucción – Mostrar una plantilla de una casa vista desde arriba. Pedir que describan habitación por habitación. Buscando situarse espacialmente en la casa.</p>	8 min.
Infografía con los ejercicios de orientación	<p style="text-align: center;">Ejercicio 5. Dibujo tridimensional.</p> <p>Objetivo – Desarrollar la capacidad espacial y coordinación visual gráfica mediante la reproducción de formas.</p> <p>Instrucción – Reproducir figuras geométricas, dibujadas en un papel.</p>	8 min.	
Indicadores de cumplimiento			
- Realizar al menos el 80% de los ejercicios indicados.			

Sesión 3

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 40 min.
Atención	Computadora o tablet o celular con capacidad para conexión a red WiFi	<p align="center">1. Ejercicios de atención – Modelamiento conductual</p> <p align="center">Ejercicio 1. Seis diferencias.</p> <p>Objetivo – Activar y desarrollar la rapidez de la percepción visual con la implicación de la memoria inmediata.</p> <p>Instrucción – Encontrar las seis diferencias existentes entre dos dibujos aparentemente iguales.</p> <p align="center">Ejercicio 2. Figuras ocultas.</p> <p>Objetivo – Desarrollar la discriminación perceptiva, la concentración y el sentido de la globalidad.</p> <p>Instrucción – Unir correlativamente los puntos situados al lado de unos números de manera ascendente para conseguir formar una figura.</p> <p align="center">Ejercicio 3. Marcar figuras.</p> <p>Objetivo – Desarrollar la capacidad perceptiva visual.</p> <p>Instrucción – Seguir las indicaciones para localizar figuras en plantillas.</p> <p align="center">Ejercicio 4. Dos idénticos.</p> <p>Objetivo – Desarrollar la discriminación perceptiva y la concentración.</p> <p>Instrucción – Encontrar dos dibujos exactamente iguales de entre una serie de dibujos bastante similares.</p> <p align="center">Ejercicio 5. Desaparejados.</p> <p>Objetivo – Desarrollar la discriminación visual.</p> <p>Instrucción – Localizar el dibujo que no encaja en una serie de dibujos categorizados.</p>	(40 min.)
	Dos dibujos aparentemente iguales		8 min.
	Dibujos con puntos y números ascendentes		8 min.
	Crayolas		8 min.
	3 Plantillas con figuras categorizadas		8 min.
6 Pares de dibujos iguales y aparentemente iguales		8 min.	
Infografía con los ejercicios de atención.		8 min.	
Indicadores de cumplimiento			
- Realizar al menos el 80% de los ejercicios indicados.			

Referencias bibliográficas:

1. Gil, P.; Yubero, R.; y Morón, LI. (2005). Ejercicios para potenciar la memoria de los enfermos de Alzheimer. Unidad de Memoria. Servicio de Geriátrica. Madrid: Editorial Just in Time S.I.
2. Gómez-Benito, J.; et al. (2013). The Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry: Diagnostic-specific standardization in psychiatric ill patients. BMC Psychiatry, 13, 127. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-127>
3. Gramunt, N.; Cejudo, J.; García, P.; y Torrealba, E. (2010). Vive el envejecimiento activo. Memoria y otros retos cotidianos. Barcelona: Edición Obra Social Fundación “La Caixa”.
4. Puig, A. (2001). Programa de psicoestimulación preventiva. Un método para la prevención del deterioro cognitivo en ancianos institucionalizados. Madrid: Editorial CCS.
5. Secretaría de Salud. (2012). Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México: Guía Práctica Clínica. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMEN CIA_AM/Imss_144_08_grr_demencia_am.pdf

Módulo de Reestructuración de actividades cotidianas (ReAc)

Objetivo General:

Promover la selección, optimización y compensación de las actividades de valor en la vida cotidiana que evalúan los adultos mayores.

Objetivos Particulares:

1. Que los adultos mayores registren actividades cotidianas.
2. Que los adultos mayores seleccionen actividades de valor que realizan o busquen realizar.
3. Optimizar el tiempo dedicado a las actividades de valor.
4. Compensar las actividades de valor placenteras y las actividades necesarias en la vida diaria.

Descripción del módulo

- Las personas van a completar un registro cotidiano de las actividades realizadas durante el periodo de las observaciones 1, 2 y 3. Se les explica de manera individual como completar el autoregistro diario.
- Los adultos mayores llevarán a cabo una evaluación de importancia y de satisfacción de cada una de las actividades que realizan en la vida cotidiana.
- La reestructuración de actividades se llevará a cabo una vez priorizadas.
- El módulo está conformado por dos sesiones. Cada sesión se compone por 30 minutos.

Sesión previa

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 10 min.
Reestructuración de actividades cotidianas	<p>Computadora o tablet o celular con capacidad para conexión a red WiFi</p> <p>Registro conductual de actividades cotidianas</p>	<p>1. Llenado del registro conductual de actividades cotidianas (Anexo 6.3) – Modelamiento conductual</p> <p>Ejercicio 1. Registro de actividades cotidianas</p> <p>Objetivo - Que los adultos mayores registren actividades cotidianas de manera sistemática.</p> <p>Instrucción – La persona debe escribir cada una de las actividades realizadas a lo largo del día, incluyendo el tiempo aproximado que le tomó realizando esa actividad. El formato es por 24 horas únicamente.</p> <p>Ejercicio 2. Valoración de actividades cotidianas</p> <p>Objetivo - Que los adultos mayores seleccionen actividades de valor que realizan a lo largo del día.</p> <p>Instrucción – Una vez escritas todas las actividades realizadas a lo largo del día, el adulto mayor asigna el valor a cada una de acuerdo a su importancia para cada persona.</p>	<p>(10 min.)</p> <p>5 min.</p> <p>5 min.</p>
Indicadores de cumplimiento			
- Llenado al menos del 80% del registro conductual de actividades cotidianas (Anexo 3.2)			

Sesión 2

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 20 min.
Reestructuración de actividades cotidianas	Computadora o tablet o celular con capacidad para conexión a red WiFi Registro conductual de actividades cotidianas	<p>1. Ejercicios de Compensación – Reestructuración cognitiva; Solución de problemas.</p> <p>Ejercicio 1. Detección de limitaciones para llevar a cabo las actividades deseadas.</p> <p>Objetivo - Que los adultos mayores reconozcan sus limitaciones en la realización de las actividades de valor.</p> <p>Instrucción – La persona enlistará si existen algunas limitaciones para la correcta práctica de las actividades. Se revisarán cada una de las limitaciones enumeradas y se abordarán con la técnica de reestructuración cognitiva.</p>	<p>(20 min.)</p> <p>10 min.</p>
		<p>Ejercicio 2. Sustitución de medios.</p> <p>Objetivo - Que los adultos mayores enumeren las posibles soluciones en la compensación de las actividades deseadas.</p> <p>Instrucción – Se pide a la persona que enumere las alternativas en medios de apoyo prostático o adaptación a las condiciones actuales que le permitan a la persona realizar las actividades de valor seleccionadas.</p>	10 min.
Indicadores de cumplimiento			
- Llenado al menos del 80% del registro conductual de actividades cotidianas (Anexo 3.2)			

Referencias bibliográficas:

- Baltes, P. B., Baltes, M. M., Freund, A. M., & Lang, F. R. (1999). The measure of selection, optimisation and compensation (SOC) by self-report (Tech. Rep. 1999). Berlin: Max Planck Institute for Human Development. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/13406469>

Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultas mayores (FCV) – Mediado por la tecnología.

2. Bermejo, L. (2012). Envejecimiento activo, pedagogía gerontológica y buenas prácticas socioeducativas con personas adultas mayores. *Educación social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 51, p.27 - p.44. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/EducacionSocial/article/view/262608/350035>
3. Goytia, A. et al. (2007). La experiencia de ocio y su relación con el envejecimiento activo. Universidad de Deusto, Bilbao España: Instituto de Estudios de Ocio.

Referencias bibliográficas

- Baltes, P. B., Baltes, M. M., Freund, A. M., & Lang, F. R. (1999). The measure of selection, optimisation and compensation (SOC) by self-report (Tech. Rep. 1999). Berlin: Max Planck Institute for Human Development. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/13406469>
- Bermejo, L. (2012). Envejecimiento activo, pedagogía gerontológica y buenas prácticas socioeducativas con personas adultas mayores. *Educación social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 51, p.27 - p.44. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/EducacionSocial/article/view/262608/350035>
- Chávez-Samperio, J.; Lozano, M.; Lara, A. y Velázquez, O. (s.f.). La actividad física y el deporte en el adulto mayor. *Bases fisiológicas*.
- Espinosa-Cuervo, G. et al. (2013). Programa para la rehabilitación funcional del adulto mayor. Mejorar la marcha, el equilibrio y la independencia. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 51(5). Recuperado de: http://revistamedica.imss.gob.mx/sites/default/files/pdf_interactivo/rm2013-5-flippingbook_0.pdf
- Gil, P.; Yubero, R.; y Morón, L.I. (2005). Ejercicios para potenciar la memoria de los enfermos de Alzheimer. Unidad de Memoria. Servicio de Geriátrica. Madrid: Editorial Just in Time S.I.
- Gómez-Benito, J.; et al. (2013). The Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry: Diagnostic-specific standardization in psychiatric ill patients. *BMC Psychiatry*, 13, 127. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-127>
- Gramunt, N.; Cejudo, J.; García, P.; y Torrealba, E. (2010). *Vive el envejecimiento activo. Memoria y otros retos cotidianos*. Barcelona: Edición Obra Social Fundación “La Caixa”.
- Goytia, A. et al. (2007). *La experiencia de ocio y su relación con el envejecimiento activo*. Universidad de Deusto, Bilbao España: Instituto de Estudios de Ocio.

Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultas mayores (FCV) – Mediado por la tecnología.

Gutiérrez, L.; et al. (2017). Estudio de carga de la enfermedad en personas adultas mayores: Un reto para México. Resumen ejecutivo. Instituto Nacional de Geriátria. Recuperado de: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/ResumenEjecutivo_Final_20Oct.pdf

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, INEGI. (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID). Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf

Mendoza, V. (coor). (2008). Manual para la evaluación gerontológica integral en la comunidad. Segunda edición. UNAM: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Organización Mundial de la Salud, OMS (1994). Quality of life Assessment. An annotated bibliography. Geneva: WHO. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.1.pdf

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión abreviada. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud ([OPS] 2002). ProMOVER. Un estilo de vida para las personas adultas mayores. Actividad física para un envejecimiento saludable. Recuperado de: https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=668&Itemid=256

Payne, R.A. (2005). Técnicas de relajación. Guía práctica. Barcelona: Paidotribo. Recuperado de

Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultas mayores (FCV) – Mediado por la tecnología.

[https://books.google.com.mx/books?id=N2XMMtYpMvUC&pg=PA361&lpg=PA361&dq=Payne,+R.A.+\(2005\).+T%C3%A9cnicas+de+relajaci%C3%B3n.+Gu%C3%ADa+pr%C3%A1ctica&source=bl&ots=iRgkKuQhi4&sig=ACfU3U1fV6rnmCCOnXDAn09Up3IOUrf4Jg&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjvtcLnLHpAhUSM6wKHWr2DZoQ6AEwCXoECAgQAQ#v=onepage&q=Payne%20R.A.%20\(2005\).%20T%C3%A9cnicas%20de%20relajaci%C3%B3n.%20Gu%C3%ADa%20pr%C3%A1ctica&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=N2XMMtYpMvUC&pg=PA361&lpg=PA361&dq=Payne,+R.A.+(2005).+T%C3%A9cnicas+de+relajaci%C3%B3n.+Gu%C3%ADa+pr%C3%A1ctica&source=bl&ots=iRgkKuQhi4&sig=ACfU3U1fV6rnmCCOnXDAn09Up3IOUrf4Jg&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjvtcLnLHpAhUSM6wKHWr2DZoQ6AEwCXoECAgQAQ#v=onepage&q=Payne%20R.A.%20(2005).%20T%C3%A9cnicas%20de%20relajaci%C3%B3n.%20Gu%C3%ADa%20pr%C3%A1ctica&f=false)

Pont, P. et al. (2011). Guía de Actividad Física para el Envejecimiento activo de las personas mayores. España: Consejo Superior de Deportes de España, Subdirección General de Promoción Deportiva y Deporte Paralímpico.

Puig, A. (2001). Programa de psicoestimulación preventiva. Un método para la prevención del deterioro cognitivo en ancianos institucionalizados. Madrid: Editorial CCS.

Reyes, K.; y González-Celis, A. (2018). Psicoterapia cognitivo conductual para cuidadores de adultos mayores. UNAM: FES Iztacala.

Romero, Á.; y Amores, L. (2016). El envejecimiento oxidativo inflamatorio: una nueva teoría con implicaciones prácticas. *MediSur*, 14(5), 591-599. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000500017&lng=es&tlng=es.

Secretaría de Salud. (2012). Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México: Guía Práctica Clínica. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GP_C_DEMENCIA_AM/Imss_144_08_grr_demencia_am.pdf

Anexo 2. Cuadernillo de evaluación

Consentimiento Informado para Participar en una Investigación

Título del proyecto: FAVORECIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTAS MAYORES: UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL (ICC) MEDIADA POR LA TECNOLOGÍA

Investigador principal: LIC. MARIA DE JESUS CRUZ PERALTA, estudiante de doctorado. DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL, tutora principal.

Sede donde se realizará el estudio: Por cuestiones de medidas de salud debido a la pandemia suscitada en el año 2020, el programa de intervención será llevado a cabo en las residencias particulares de las y los participantes. Del mismo modo, las co-terapeutas encargadas del apoyo de manera presencial a las actividades a realizar y en solución de cuestiones técnicas de conexiones a redes WiFi y eléctricas de los equipos de cómputo.

Por su parte, la estudiante del doctorado llevará a cabo la intervención de manera remota vía Zoom, videograbando las sesiones para el registro del programa, por cuestiones éticas y para fines de investigación.

Nombre del participante:

Se le invita a participar en esta investigación. Antes de tomar una decisión sobre su participación, es importante que usted conozca y comprenda la siguiente información sobre la investigación. Por favor pregunte sobre cualquier duda o 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.

Justificación del Estudio

La importancia de atender las problemáticas actuales del envejecimiento resulta relevante debido a la transición demográfica en dicho sector de la población. Aunado a esto, debe tomarse en cuenta que un programa cuya meta es favorecer la calidad de vida en las personas, independientemente de la edad de dichas personas, está cumpliendo con un deber para con la sociedad.

Lo que se espera de la propuesta de intervención diseñada es favorecer la calidad de vida, la capacidad funcional, el funcionamiento cognitivo y el bienestar psicológico de las personas mayores de 60 años. En consecuencia, minimizar las afectaciones y de ser posible, reducir la cantidad de años que las personas pasan con un mal estado de salud en general.

Cabe agregar que la propuesta de intervención aquí señalada posee un carácter preventivo, al estar dirigido a una población que aún posee la mayor parte de su independencia, por lo tanto, las habilidades proporcionadas fomentarán una capacidad funcional óptima. Si los participantes ya presentan un deterioro significativo de la capacidad funcional, el programa de intervención está diseñado para establecer y priorizar actividades importantes en la vida diaria para los adultos mayores.

Por lo que se proporcionan herramientas necesarias para la prevención de la disminución de sus capacidades funcionales a partir de la relajación corporal mediante la técnica de relajación autogénica y de la respiración diafragmática; la activación física y la psicoestimulación del funcionamiento cognitivo. Además, la reestructuración de actividades de valor en la vida cotidiana permitirá seleccionar, optimizar y compensar la rutina que los adultos mayores organicen.

Objetivo del Estudio

El objetivo general de la investigación fue evaluar los efectos de la ICC en la calidad de vida, bienestar psicológico, funcionamiento cognitivo, nivel de relajación corporal reportado asociado a la temperatura corporal y las actividades de valor de la vida cotidiana como parte de su capacidad funcional en mujeres adultas mayores.

Para lograr ese objetivo se evaluaron los efectos de cada uno de los componentes de la intervención: Relajación Corporal (RC); Psicoestimulación Cognitiva (PsC); y Promoción de las actividades de valor en la vida cotidiana (PrAc), sobre los indicadores de la calidad de vida, bienestar psicológico, funcionamiento cognitivo, nivel de relajación corporal reportado asociado a la temperatura corporal y las actividades de valor de la vida cotidiana como parte de su capacidad funcional en adultas mayores.

Beneficios del Estudio

- Brindar información pertinente a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación que permiten interactuar y adquirir habilidades necesarias en el favorecimiento de la capacidad funcional, calidad de vida y bienestar psicológico en los adultos mayores.
- Fomentar la capacidad funcional óptima de los adultos mayores.
- Favorecer el bienestar psicológico percibido por los participantes del programa de intervención.

- Lograr una buena calidad de vida en los adultos mayores.
- Adopción de conductas favorables para la calidad de vida y el bienestar.
- Promover la toma de decisiones a favor de su calidad de vida.
- Fortalecer las redes de apoyo de los adultos mayores para que las conserven.

Procedimiento del Estudio

Los participantes que forman parte del presente programa de intervención mediado por la tecnología deben firmar el consentimiento informado (Anexo 2) toda vez que se les haya explicado el objetivo del programa y sus características, así como los indicadores de acreditación de los módulos que conforman el programa. De tal suerte que se podrán establecer el número de sesiones necesarias para el cumplimiento de todos los criterios de cambio.

Cuando la persona adulta mayor acepta participar en el programa, se le proporcionará el consentimiento informado, de ser posible de manera impresa y se llevará a cabo la lectura en voz alta resolviendo dudas relacionadas. Dentro del documento se le solicita autorización para conocer los datos personales contenidos en la ficha de datos sociodemográficos y tratarlos de manera confidencial y con fines estadísticos; incluyendo la autorización para videograbar las sesiones por videollamada en la plataforma Zoom o alguna afín que permita comprobar la integridad del tratamiento. Toda vez que la persona procede a firmar el documento, posteriormente ya se puede comenzar con la aplicación de la batería de evaluación para establecer al menos tres mediciones de la línea base.

En el presente estudio se recomienda aplicar tres veces la batería de la línea base. Sin embargo, con cada participante se buscará delimitar una estabilidad estadística clara en la línea base de cada persona.

Una vez terminada la etapa de evaluación de Línea Base (LB), la asignación de los módulos dependerá de sus niveles reportados en los distintos instrumentos. A continuación, se realiza la descripción de cada módulo.

- ❖ Módulo de Relajación Corporal (RC): Este módulo consta de 2 sesiones, cada una con duración de 15 minutos. Puede llevarse a cabo vía telefónica o por video conferencia (Zoom, Google Meet, Skype, etc.) Cada sesión cuenta con diferente técnica de relajación:
 - Respiración diafragmática.
 - Entrenamiento en relajación autógena.
- ❖ Módulo de Psicoestimulación Cognitiva (PsC): Este módulo cuenta con un total de 3 sesiones, cada una con duración de 40 minutos. Cada sesión

cuenta con psicoestimulación de diferentes para cada una de las funciones cognitivas:

- Memoria
 - Orientación
 - Atención.
- ❖ Módulo de Promoción de actividades cotidianas (PrAc) mediante el modelo de Selección-Optimización-Compensación (SOC): El módulo está conformado por dos sesiones. Cada sesión se compone por 30 minutos. Los participantes completan un registro cotidiano de las actividades realizadas durante el periodo de registro de Línea Base. Los adultos mayores llevan a cabo una evaluación de importancia y de satisfacción de cada una de las actividades que realizan en la vida cotidiana. La reestructuración de actividades se llevará a cabo una vez priorizadas.

Riesgos o Molestias Asociados con el Estudio

No existe algún riesgo para la salud del participante debido a que son actividades retomadas de manuales dirigidos al trabajo de campo con adultos mayores, por lo tanto se tiene contemplado en el estado de salud y funcionalidad dentro de las actividades.

Los datos que el participante proporcione serán analizados estadísticamente y en conjunto, por lo que serán confidenciales y anónimos.

Observaciones:

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar participar.
- Recibirá respuesta a cualquier pregunta, duda y aclaración acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación antes, durante y después de la investigación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, solo se le pedirá que informe las razones de su decisión, la cual será respetada.

Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultas mayores (FCV) – Mediado por la tecnología.

- Su participación en la investigación no tiene costo económico.
- En el transcurso del estudio podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.
- La información que usted proporcione (nombre, datos de contacto, antecedentes, etcétera), así como los resultados de su participación serán tratados con estricto apego confidencial y se encontrarán bajo resguardo de los investigadores.

Este estudio ha sido avalado por el el Comité de Ética del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Coordinadora del Programa: Dra. Sara Eugenia Cruz Morales (saracruz@posgrado.unam.mx, 56230222, ext. 80020).

Si desea mayor información sobre la naturaleza de la investigación, por favor comuníquese con Lic. María de Jesús Cruz Peralta, responsable de la investigación, Habitando en Pachicalco 135 Barrio San Ignacio, Alcaldía Iztapalapa, CDMX. Número telefónico 5529719321 y con correo electrónico: marii.cruzperalta@gmail.com

Nota: En caso de que existiera algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación del participante al investigador, que le impida otorgar su consentimiento libre, éste debe ser obtenido por otro miembro del equipo de investigación. (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud 02-02-2014)

Carta de Consentimiento Informado

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 o representante Legal **Fecha**

Testigo (Firma, nombre y relación con el participante) **Fecha**

Testigo (Firma, nombre y relación con el participante) **Fecha**

Investigador 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.

Lic. María de Jesús Cruz Peralta

Firma del investigador **Fecha**



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Ficha De Datos Sociodemográficos

Temperatura corporal: _____

1. Folio

2. Nombre _____

3. Sexo: Femenino () Masculino () 4. Edad _____ (años cumplidos)

5. Estado civil: Soltero () Casado () Con pareja () Separado () Divorciado () Viudo ()

6. ¿Con quién vive actualmente? Solo () Con su pareja o cónyuge () Con sus hijos ()
Con un familiar () ¿Quién? _____ Otro () ¿Quién? _____

7. ¿Cuenta con algún ingreso económico? Sí () No ()

8. ¿Quién se lo proporciona? _____

9. ¿El ingreso que usted recibe satisface sus necesidades? Sí () No ()

10. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios aunque no lo haya concluido?

Primaria () Secundaria () Nivel técnico () Bachillerato () Licenciatura () Maestría ()
Doctorado ()
(Estudios primarios) (Estudios secundarios) (Superiores)
Completa () Incompleta () Completa () Incompleta () Completa () Incompleta()

Ninguno ()

11. La vivienda que usted habita es:

Rentada () Propia () Prestada () Vive en casa de algún familiar () Otra cuál? _____

12. ¿Cuál es su actividad principal?

Empleado o asalariado () Trabaja por su cuenta () Retirado, jubilado o pensionado ()
Labores del hogar () Busca trabajo () Otra ¿cuál? _____

Sólo en caso de que sea retirado, conteste las preguntas 13 y 14, si no pase a la pregunta 15

13. ¿Cuál era su actividad anterior?

Empleado () Trabajaba por su cuenta () Trabajo no remunerado () En paro ()
Jubilado ()

Ama de casa () Incapacidad a largo termino () Otra () Otra cuál? _____

14. Fecha de su retiro: Día _____ Mes _____ Año _____

15. Mencione tres actividades que realice en su tiempo libre.

1 Ver tv/escuchar música _____ 5 Oficios _____

2 Domésticas _____ 6 Deportivas _____

3 Manualidades _____ 7 Dormir/descansar _____

Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultas mayores (FCV) – Mediado por la tecnología.

4 Sociales, culturales, educativas _____ 8 Otras, ¿cuáles? _____

16. ¿Cuál es su religión?

Católica () Cristiana () Protestante () Mormona () Testigo de Jehová () Otra _____ Ninguna ()

17. ¿Qué tiempo le dedica?

Diario () Al menos una vez a la semana () Al menos una vez al mes () Ocasionalmente ()

18. ¿Está enfermo en este momento? Sí () No ()

19. ¿Cuál es su enfermedad? _____

20. ¿Desde hace cuánto tiempo padece la enfermedad o problema? _____

21. Ha sido diagnosticado de alguna enfermedad neurológica (epilepsia, meningitis, etc.)?*

SI () NO ()

22. ¿Ha sido diagnosticado con algún trastorno psiquiátrico?*

Si () NO ()

23. Mencione los tres problemas o preocupaciones más significativos que vive en este momento:

1. _____ 2. _____ 3. _____

A CONTINUACIÓN, LE HARÉ ALGUNAS PREGUNTAS DE ACUERDO A CIERTOS HÁBITOS DE SU VIDA EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS:

24. Realiza diariamente alguna actividad física como:

Caminar, trotar correr () Bailar () Ejercicios físicos () Subir y bajar escaleras ()

Quehaceres domésticos () Otras ¿Cuáles? _____ Ninguna _____

25. ¿Qué actividades realiza para mantenerse mentalmente activo?

Leer ()

Buscar y ver películas, documentales, programas culturales o noticieros por internet o tv de paga ()

Juegos de mesa como dominó, ajedrez, damas chinas, cartas, etc. ()

Pintar ()

Resolver juegos de pasatiempos como crucigramas, sopas de letras, zudoku, etc. ()

Ver tv ()

Aprender algo nuevo ()

Ver o escuchar Misa en T.V. o Radio ()

Escuchar radio para oír música, noticieros, etc. ()

Otras ¿Cuáles? _____ Ninguna _____

* En caso de haber respondido Sí en alguna de estas dos preguntas, se administrará el protocolo, pero el Participante será excluido del estudio



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores**

(WHOQoL-OLD)

Folio:

Instrucciones: A continuación se presentan preguntas sobre sus pensamientos y sentimientos, en relación a ciertos aspectos de su calidad de vida y temas que pueden ser importantes para usted como persona adulta mayor de la sociedad.

Por favor tenga en mente sus costumbres, esperanzas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en las dos últimas semanas y seleccione la respuesta que considere más apropiada.

Las siguientes preguntas se refieren a cuánto ha experimentado estos aspectos en las dos últimas semanas:

		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Completamente
1	¿Qué tanto siente que la alteración de sus sentidos (audición, visión, etc.) afecta su vida diaria?					
2	¿Qué tanto la pérdida de audición, visión, olfato, etc., afecta su capacidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?					
3	¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?					
4	¿Qué tanto siente que tiene control sobre su futuro?					

Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultas mayores (FCV) – Mediado por la tecnología.

5	¿Qué tanto siente que las personas que le rodean respetan su libertad?					
6	¿Qué tanto le preocupa la manera en que morirá?					
7	¿Cuánto miedo siente de no ser capaz de controlar su muerte?					
8	¿Cuánto le asusta morir?					
9	¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?					

Las siguientes preguntas son acerca de **qué tanto ha sido capaz de llevar a cabo** ciertas cosas en las dos últimas semanas:

		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Completamente
10	¿Qué tanto sus problemas sensoriales (de audición, visión, etc.) afectan su capacidad para relacionarse con otras personas?					
11	¿Cuánta capacidad tiene para realizar las cosas que le gustaría hacer?					
12	¿Qué tanto está satisfecho/a con las oportunidades que tiene para seguir logrando cosas en su vida?					
13	¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?					
14	¿Qué tanto siente que tiene suficientes cosas que hacer cada día?					

Las siguientes preguntas le piden contestar sobre **qué tan bien, feliz o satisfecho/a** se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las dos últimas semanas:

Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultas mayores (FCV) – Mediado por la tecnología.

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Me da igual	Satisfecho/a	Muy satisfecho/a
15	¿Qué tan satisfecho/a está con lo que ha conseguido en su vida?					
16	¿Qué tan satisfecho/a está con la manera de utilizar su tiempo?					
17	¿Qué tan satisfecho está con su nivel de actividad?					
18	¿Qué tan satisfecho está con las oportunidades para participar en actividades de su comunidad?					

		Muy descontento/a	Descontento/a	Me da igual	Contento/a	Muy contento/a
19	¿Qué tan contento está con las cosas que le ilusionan?					

		Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
20	¿Cómo diría que es su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?					

Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultas mayores (FCV) – Mediado por la tecnología.

Las siguientes preguntas se refieren a cualquier **relación íntima** que pueda tener.

		Ninguna	Pocas	Moderadamente	Muchas	Todas
21	¿Cuántas oportunidades tiene para amar?					
22	¿Cuántas oportunidades tiene de ser amado/a?					

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
23	¿Qué tan acompañado se siente en su vida?					
24	¿Cuánto amor experimenta en su vida?					

-MUCHAS GRACIAS-



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO (Ryff, 1989)

Instrucciones: A continuación, se presentan preguntas acerca de sus pensamientos y sentimientos, le pido que piense en **las dos últimas semanas** y seleccione la respuesta que considere más apropiada.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Estoy contento(a) sobre cómo han resultado las cosas en mi vida						
2. A menudo me siento solo/a porque tengo pocos amigos íntimos						
3. Expreso mis opiniones, aunque sean opuestas a la mayoría						
4. Me preocupa cómo se evalúan las elecciones que he hecho						
5. Es difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga						

Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultas mayores (FCV) – Mediado por la tecnología.

6. Disfruto haciendo planes y trabajar para hacerlos realidad						
7. En general ⁵ , me siento seguro/a conmigo mismo/a						
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme						
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí						
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante						
11. He sido capaz de construir un modo de vida a mi gusto						
12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que me propongo						
13. Si pudiera, hay muchas cosas de mí mismo(a) que cambiaría.						
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas						

Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultas mayores (FCV) – Mediado por la tecnología.

15. Tiendo a estar influenciado(a) por gente con fuertes convicciones						
16. Siento que soy responsable de la situación en la que vivo						
17. Me siento bien con lo hecho en el pasado y con lo que espero hacer en el futuro						
18. Mis objetivos en la vida han sido más satisfactorios que frustrantes						

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad						
20 La mayoría de las personas tienen más amigos que yo						
21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general						
22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen						

Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultas mayores (FCV) – Mediado por la tecnología.

23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida Tengo una dirección y un objetivo claros de mi vida.						
24. En general, siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo/a						
25. Me siento decepcionado/a de mis logros en la vida						
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza						
27. Me es difícil expresar mis opiniones en asuntos polémicos						
28. Soy bueno/a manejando las responsabilidades de mi vida						
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida						
30. Hace tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras en mi vida						

Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultas mayores (FCV) – Mediado por la tecnología.

31. Me siento orgulloso/a de quién soy y la vida que llevo						
32. Puedo confiar en mis amigos, y ellos en mí						
33. Cambio mis decisiones, si mis amigos o familia están en desacuerdo						
34. Mi vida está bien como está, no cambiaría nada						
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias						
36. Realmente con los años no he mejorado mucho como persona						
37. Con el tiempo me he desarrollado mucho como persona						
38. La vida ha sido un proceso continuo de aprendizaje, cambio y crecimiento						
39. Si me sintiera infeliz con mi vida trataría de cambiarla						

Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultas mayores (FCV) – Mediado por la tecnología.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**Screen For Cognitive Impairment In Psychiatry – Spanish
(SCIP-S).**

Instrucciones de aplicación

AV-I. Aprendizaje verbal inmediato

Instrucciones: En cada uno de los 3 ensayos, lea en voz alta la lista de 10 palabras con un intervalo de unos 3 segundos por palabra. Después pida al evaluado que diga todas las palabras que recuerde, sin importar el orden. Registre cuántas palabras ha recordado en cada ensayo.

- Ensayo 1: "Voy a leerle una lista de palabras. A continuación, quisiera que usted me repitiera tantas palabras como recuerde, en cualquier orden".
- Ensayo 2: "Ahora voy a leer la lista de palabras otra vez. Cuando acabe, repita de nuevo tantas palabras como pueda recordar en cualquier orden, incluyendo las que usted ya me ha dicho antes".
- Ensayo 3: "Voy a repetir la lista una vez más. Como antes, cuando acabe, repítame tantas palabras como recuerde, en cualquier orden, incluyendo las que usted ya me había dicho".

Después de que el evaluado haya recordado todas las palabras que pueda, diga: "Trate de recordar estas palabras lo mejor que pueda porque voy a pedirle la lista otra vez dentro de algunos minutos".

Puntuación: Sume el número total de palabras recordadas en cada ensayo y anótelos en la casilla AV-I.

MT. Memoria de trabajo

Instrucciones: Lea cada una de las tríadas (serie de tres letras) y pida al evaluado que las repita. A partir de la tercera tríada se introduce una tarea de interferencia consistente en que el evaluado cuente hacia atrás a partir del número que se indica (columna "Inicio" de la tarea de interferencia).

La tarea de interferencia tiene una duración distinta en cada ítem, que se indica en la columna "Demora" (3, 9 0 18 segundos).

- ítems 1 y 2: "Le voy a decir algunas letras y cuando haya acabado me gustaría que usted me las repitiera. ¿De acuerdo?".
- ítems 3 a 8: "Ahora voy a decirle algunas letras y un número. Esta vez quisiera que usted contara hacia atrás desde el número hasta que le pregunte

por las letras. Por ejemplo, si digo ABC-IO usted contaría hacia atrás en voz alta a partir del IO hasta que le pregunte por las letras, y entonces usted me diría ABC".

Puntuación: Registre el número de letras recordadas correctamente en cada tríada (0, 1, 2 o 3). No importa el orden en que las haya dicho. Sume el número total de letras recordadas en todos los ítems. Anote el resultado en la casilla MT.

FV. Fluidez verbal Tiempo: 30 segundos por ensayo

Instrucciones: Pida al evaluado que diga tantas palabras como pueda que empiecen por una letra en particular. Se aplican 2 ensayos con letras diferentes (letra estímulo) que se indican en cada caso. El evaluado dispone de 30 segundos en cada ensayo.

- Ensayo 1: "Voy a decir una letra del alfabeto y quisiera que usted me dijera tantas palabras como pueda que comiencen con esa letra. Hay tres normas en esta tarea. La primera regla es que usted no puede utilizar palabras que sean números, por ejemplo, si le dijera la letra "T" no puede decir treinta y uno o treinta y dos. La segunda norma es que usted no puede utilizar ninguna palabra que sea un nombre propio, por ejemplo, el nombre de un lugar, de una persona o de una ciudad. La tercera regla es que usted no debe decir una palabra y realizar derivados, por ejemplo, baile, bailar y bailarín. ¿Tiene alguna duda? La primera letra es . Ahora dígame todas las palabras que pueda que empiecen con la letra - Ensayo 2: "Ahora dígame todas las palabras que pueda que empiecen con la letra

Puntuación: Cuente el número de palabras correctamente evocadas en los dos ensayos. No se consideran correctas las repeticiones ni las palabras que incumplan las normas fijadas (ver manual). Anote el resultado en la casilla FV.

AV-D. Aprendizaje verbal diferido

Instrucciones: Pida al evaluado que diga tantas palabras como recuerde de las que se le leyeron en la prueba AV-I. No lea las palabras otra vez.

- Ensayo I: "¿Recuerda esa lista de palabras que anteriormente dijimos tres veces? Quisiera que me dijera tantas palabras como recuerde de esa lista, en cualquier orden

Puntuación: Cuente el número de palabras correctamente recordadas. Anote el resultado en la casilla AV-D.

VP. Velocidad de procesamiento Tiempo: 30 segundos

Instrucciones: Pida al evaluado que traduzca a código Morse, lo más rápido posible, las letras que aparecen en cada casilla. Dispone de una tabla de correspondencias en la parte superior. La prueba tiene varios elementos de entrenamiento que aparecen sombreados. El evaluado dispone de 30 segundos para realizar la tarea. El evaluado realiza la tarea en este ejemplar.

- Entrenamiento: "Si usted mira estas letras (señale la tabla de correspondencias) verá que cada letra tiene un código. En la parte de abajo lo que debe hacer es completar cada casilla con el código que corresponde a cada letra". Complete tres de las letras verbalizando explícitamente el proceso, diciendo "Esto es una así que pondré Después de completar las tres primeras, diga: "¿Lo entiende? Ahora me gustaría que usted hiciera estos tres ejemplos restantes del área sombreada para practicar", corrigiendo cualquier error del evaluado.

- Prueba: "Cuando le avise, intente rellenar estos (señalando), uno detrás de otro y lo más rápido que pueda, sin cometer errores. ¿Tiene alguna pregunta? Empiece ya". Comience a cronometrar.

Puntuación: Cuente el número de letras correctamente codificadas. Anote el resultado en la casilla VP.

Transformación de las puntuaciones

Para obtener las puntuaciones transformadas de cada una de las pruebas siga los siguientes pasos:

1. Obtenga las puntuaciones directas (PD) de cada prueba y traslade estos valores a las casillas correspondientes a la forma aplicada de la tabla de resultados de la portada del ejemplar.
2. Calcule la puntuación directa total del SCIP-S sumando las puntuaciones directas de las cinco pruebas.
3. Seleccione en el manual el baremo adecuado en función del tipo de comparación que desea realizar (baremos clínicos o baremos para población general) así como de la edad y del nivel educativo.
4. Localice la PD de cada prueba en la tabla y anote el percentil (PC) y la puntuación T correspondiente en la portada del ejemplar.
5. Traslade los percentiles obtenidos en el paso anterior al perfil gráfico de resultados de la portada marcándolos con un punto.

Trace una línea uniendo los puntos marcados para obtener el perfil gráfico de las puntuaciones. Si se evalúa a la misma persona en varias ocasiones utilizando las distintas formas paralelas es recomendable utilizar diferentes colores para representar el perfil de cada evaluación.

SCIP-S

Datos de identificación

Nombre del evaluado: _____

Nombre del examinador: _____

Edad: _____ Sexo: Varón Mujer Fecha de nacimiento: _____

Nivel educativo: _____

Motivo de consulta: _____

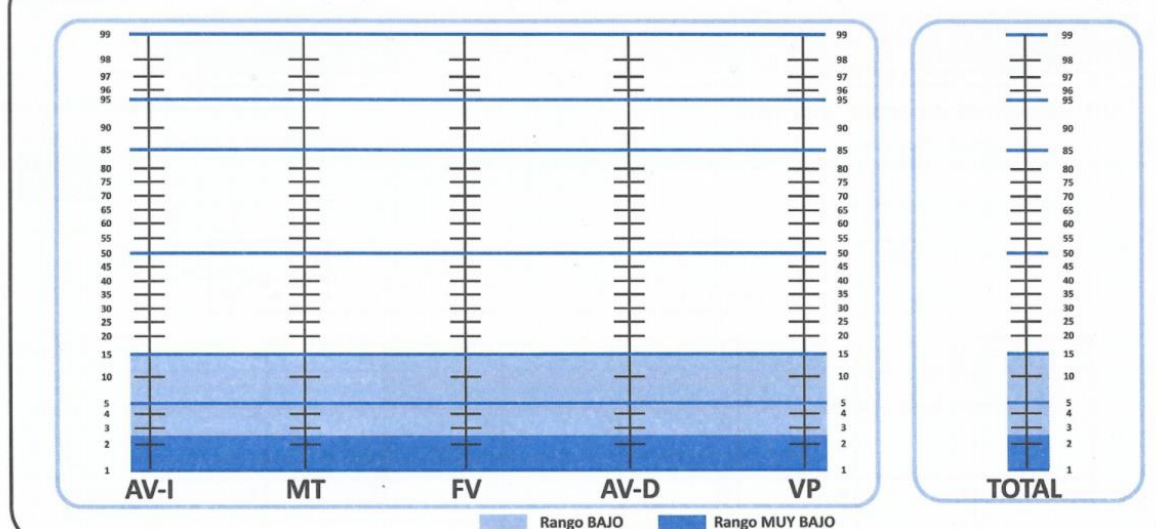
Resumen de resultados

Baremo utilizado: _____

	Forma 1	Forma 2	Forma 3																																																																																																									
Fecha de evaluación: / /	Fecha de evaluación: / /	Fecha de evaluación: / /	Fecha de evaluación: / /																																																																																																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PD</th> <th>Puntos de corte</th> <th>T</th> <th>Pc</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AV-I</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><21 Sí <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MT</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><20 Sí <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>FV</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><19 Sí <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>AV-D</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><7 Sí <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VP</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><12 Sí <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><70 Sí <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		PD	Puntos de corte	T	Pc	AV-I	<input type="checkbox"/>	<21 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MT	<input type="checkbox"/>	<20 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FV	<input type="checkbox"/>	<19 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AV-D	<input type="checkbox"/>	<7 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VP	<input type="checkbox"/>	<12 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL	<input type="checkbox"/>	<70 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PD</th> <th>Puntos de corte</th> <th>T</th> <th>Pc</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AV-I</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><21 Sí <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MT</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><20 Sí <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>FV</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><19 Sí <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>AV-D</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><7 Sí <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VP</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><12 Sí <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><70 Sí <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		PD	Puntos de corte	T	Pc	AV-I	<input type="checkbox"/>	<21 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MT	<input type="checkbox"/>	<20 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FV	<input type="checkbox"/>	<19 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AV-D	<input type="checkbox"/>	<7 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VP	<input type="checkbox"/>	<12 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL	<input type="checkbox"/>	<70 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PD</th> <th>Puntos de corte</th> <th>T</th> <th>Pc</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AV-I</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><21 Sí <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MT</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><20 Sí <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>FV</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><19 Sí <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>AV-D</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><7 Sí <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VP</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><12 Sí <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><70 Sí <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		PD	Puntos de corte	T	Pc	AV-I	<input type="checkbox"/>	<21 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MT	<input type="checkbox"/>	<20 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FV	<input type="checkbox"/>	<19 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AV-D	<input type="checkbox"/>	<7 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VP	<input type="checkbox"/>	<12 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL	<input type="checkbox"/>	<70 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PD	Puntos de corte	T	Pc																																																																																																								
AV-I	<input type="checkbox"/>	<21 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
MT	<input type="checkbox"/>	<20 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
FV	<input type="checkbox"/>	<19 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
AV-D	<input type="checkbox"/>	<7 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
VP	<input type="checkbox"/>	<12 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
TOTAL	<input type="checkbox"/>	<70 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
	PD	Puntos de corte	T	Pc																																																																																																								
AV-I	<input type="checkbox"/>	<21 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
MT	<input type="checkbox"/>	<20 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
FV	<input type="checkbox"/>	<19 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
AV-D	<input type="checkbox"/>	<7 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
VP	<input type="checkbox"/>	<12 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
TOTAL	<input type="checkbox"/>	<70 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
	PD	Puntos de corte	T	Pc																																																																																																								
AV-I	<input type="checkbox"/>	<21 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
MT	<input type="checkbox"/>	<20 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
FV	<input type="checkbox"/>	<19 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
AV-D	<input type="checkbox"/>	<7 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
VP	<input type="checkbox"/>	<12 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
TOTAL	<input type="checkbox"/>	<70 Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								

Perfil gráfico

Traslade los percentiles de cada prueba al perfil y trace una línea uniendo los puntos. Utilice diferentes colores para representar los resultados de las formas 1, 2 y 3.



Forma 1

AV-I. Aprendizaje verbal inmediato

Instrucciones: En cada uno de los 3 ensayos, lea en voz alta la lista de 10 palabras con un intervalo de unos 3 segundos entre palabras. Después pida al evaluado que diga todas las palabras que recuerde, sin importar el orden. Registre cuántas palabras ha recordado en cada ensayo. Después de que el evaluado haya recordado todas las palabras que pueda, diga: "Trate de recordar estas palabras lo mejor que pueda porque voy a pedirle la lista otra vez dentro de algunos minutos".

	Tambor	Cortina	Campana	Café	Escuela	Padre	Luna	Jardín	Sombrero	Granjero	TOTAL				
E1											<table border="1"> <tr><td>+</td></tr> <tr><td>+</td></tr> <tr><td>=</td></tr> <tr><td>PD</td></tr> </table>	+	+	=	PD
+															
+															
=															
PD															
E2															
E3															

Intrusiones	Perseveraciones	E1	E2	E3	E1	E2	E3	E1	E2	E3	E1	E2	E3	E1	E2	E3	E1	E2	E3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AV-I

MT. Memoria de trabajo

Instrucciones: Lea cada una de las triadas (series de tres letras) y pida al evaluado que las repita. A partir de la tercera triada se introduce una tarea de interferencia consistente en que el evaluado cuente hacia atrás a partir del número que se indica (columna "Inicio" de la tarea de interferencia). La tarea de interferencia tiene una duración distinta en cada ítem, que se indica en la columna "Demora" (3, 9 o 18 segundos).

Estímulos	Tarea de Interferencia		Respuesta	Correctas (0, 1, 2 o 3)
	Inicio	Demora (Seg.)		
Q-L-X	---	---		
H-J-T	---	---		
X-C-P	94	18		
N-D-J	109	9		
F-X-B	53	3		
J-C-N	46	9		
B-G-Q	117	18		
K-M-C	48	3		

MT

FV. Fluidez verbal

Tiempo: 30 segundos por ensayo

Instrucciones: Pida al evaluado que diga tantas palabras como pueda que empiecen por la letra que se indica en cada uno de los 2 ensayos (letra estímulo). El evaluado dispone de 30 segundos en cada ensayo.

Estímulo **C**

Estímulo **L**

Total C + Total L =

Intrusiones

Perseveraciones

FV

AV-D. Aprendizaje verbal diferido

Instrucciones: Pida al evaluado que diga tantas palabras como recuerde de las que se le leyeron en la prueba AV-I. **No lea las palabras otra vez.**

	Tambor	Cortina	Campana	Café	Escuela	Padre	Luna	Jardín	Sombrero	Granjero	TOTAL	
E1											<table border="1"> <tr><td>PD</td></tr> </table>	PD
PD												
Intrusiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

AV-D

VP. Velocidad de procesamiento

Tiempo: 30 segundos

Instrucciones: Pida al evaluado que traduzca a código Morse, lo más rápido posible, las letras que aparecen en cada casilla. Dispone de una tabla de correspondencias en la parte superior. La prueba tiene varios elementos de entrenamiento que aparecen sombreados.

A	V	C	U	G	Y
.-	...-	-. .	..-	-. .	-. .-

G	U	C	Y	A	V	C	A	G
V	Y	U	G	U	A	Y	C	V
A	C	Y	G	U	V	C	Y	V
U	G	A	V	C	G	A	V	Y

VP

Copyright © 2014 by TEA Ediciones S.A.U., Madrid, España. Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Cuestionario de Actividades Físicas (Escala De Nagi)

El objetivo de este cuestionario es el de monitorizar la capacidad funcional física de manera más precisa para establecer programas para fortalecerla o recuperarla con programas específicos.

FOLIO _____

Se evalúan nueve actividades físicas de manera demostrativa durante 5 segundos.

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____ **Fecha de aplicación:** _____

ACTIVIDAD	CAPAZ DE REALIZARLA	CAPAZ DE REALIZARLA	NO LA REALIZA
	SIN DIFICULTAD	CON DIFICULTAD	
1. Extender los brazos por debajo de los hombros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Extender los brazos por arriba de los hombros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Levantar objetos de un peso menor 5 Kg. (bolsa de 2kg de azúcar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Permanecer sentado por más de una hora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tomar (agarrar y sostener) pequeños Objetos sobre un plato plano de 30 cm aprox. (moneda \$10, canica de 1cm diámetro, goma de borrar 2 x 2.5 cm, botón 2.5 cm., taparroca chica, pinza de ropa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Permanecer parado por más de 15 minutos. (Se contesta tras la aplicación de la escala de Tinetti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mover objetos grandes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultas mayores (FCV) – Mediado por la tecnología.

8. Levantar objetos de un peso mayor de 5 Kg. (Garrafón de 6 L de agua)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Encorvarse, agacharse y arrodillarse. (Que se agache hasta que se sienta cómodo y se ponga de rodillas suavemente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuente: Nagi SE. *Milbank Mem Fund Q Health a Society* 1976: 54 (4): 439 – 468.

Calificación:

1			2			3			4			5			6			7			8			9					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO

SI = Capaz de realizarlo sin dificultad
 DIF = Capaz de realizarlo con dificultad
 NO = No es capaz de realizarlo

Evaluador(a): _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

FOLIO _____

Evaluación de Estabilidad de la Marcha y Sedestación (Tinetti)

Nombre: _____

Edad: _____ Género: _____ Fecha de Evaluación: _____

INSTRUCCIONES:

La persona adulta mayor debe estar sentada en una silla estable sin descansa brazos.

Marcar con una “X” en la ponderación de la acción.

Se realizan las siguientes maniobras:

Evaluación de Equilibrio					
a) Equilibrio sentado (10s)					
0	Se inclina o se desliza en la silla.	1	Se mantiene seguro.		
b) Levantarse					
0	Imposible sin ayuda.	1	Capaz, pero usa los brazos para ayudarse.	2	Capaz sin usar los brazos.
c) Intentos para levantarse					
0	Incapaz sin ayuda.	1	Capaz, pero necesita más de un intento.	2	Capaz de levantarse con un solo intento.
d) Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos)					
0	Inestable (Se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco.	1	Estable, pero usa el andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse.	2	Estable sin andador, bastón u otros soportes.
e) Equilibrio en bipedestación					

Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultas mayores (FCV) – Mediado por la tecnología.

0	Inestable	1	Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm.) o un bastón u otro soporte.		2	Estable sin usar bastón u otros soportes por 10 s. no requiere ayuda	
f) Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como les sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano tres veces.							
0	Empieza a caerse.	1	Inestable (se tambalea, se agarra)		2	Estable.	
g) Ojos cerrados (en la posición del punto anterior)							
0	Inestable.		1	Estable.			
h) Pasos al dar la vuelta de 360° grados							
i) Estabilidad en la vuelta							
0	Pasos discontinuos.	1	Pasos continuos.	0	Inestable	1	Estable
j) Sentarse							
0	Inseguro, calcula mal la distancia, cae de la silla.	1	Usa los brazos o el movimiento es brusco.		2	Seguro, moviéndose suave.	
Evaluación de Marcha							
k) Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que camine)							
0	Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar.			1	No vacila.		
l) Longitud y altura del paso							
Movimiento del pie izquierdo				Movimiento del pie derecho			
0	No sobrepasa al pie derecho con el paso.			0	No sobrepasa al pie izquierdo con el paso.		
1	Sobrepasa al pie derecho.			1	Sobrepasa al pie izquierdo.		
0	El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el paso.			0	El pie derecho no se separa completamente del suelo con el paso.		
1	El pie izquierdo se separa completamente del suelo.			1	El pie derecho se separa completamente del suelo.		
m) Simetría del paso							
0	La longitud de los pasos con los pies (izquierdo y derecho) no es igual.			1	La longitud parece igual.		
n) Fluidez del paso							
0	Paradas entre los pasos.			1	Los pasos son continuos.		

Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultas mayores (FCV) – Mediado por la tecnología.

o) Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)					
0	Desviación grave de la trayectoria.	1	Leve /moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria.	2	Sin desviación o ayudas.
p) Tronco					
0	Balaceo marcado o usa ayudas.	1	No se balancea, pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar.	2	No se balancea, no se flexiona ni utiliza otras ayudas.
q) Postura al caminar					
0	Talones separados.	1	Talones casi juntos al caminar.		

PUNTOS	LÍNEAS DE CORTE
Puntaje obtenido en equilibrio _____	25-28 puntos: Riesgo bajo.
Puntaje obtenido en marcha _____	19-24 puntos: Riesgo moderado.
Puntaje total _____	Menos de 18 puntos: Alto riesgo de caídas.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

Test de Marcha de 6 Minutos (TM6M)

El propósito de la prueba es medir la distancia máxima que un individuo puede recorrer durante un período de seis minutos caminando tan rápido como le sea posible en un pasillo plano o superficie adecuada sin relieve o bordes que pongan en riesgo la estabilidad.

Su objetivo es efectuar una evaluación objetiva de la capacidad funcional para hacer ejercicio.

Se puede realizar en pacientes con moderada o severa limitación al ejercicio, ya sea de causa respiratoria o cardíaca (Gutiérrez-Clavería y cols., 2009).

Se recomienda vestir ropa cómoda y zapatos adecuados para hacer ejercicio.

Instrucciones:

"El objetivo de esta prueba es caminar tanto como sea posible durante 6 minutos. Usted va a caminar de ida y de regreso en este pasillo tantas veces como le sea posible en seis minutos. Yo le avisaré el paso de cada minuto y después, al minuto 6, le pediré que se detenga donde se encuentre. Seis minutos es un tiempo largo para caminar, así que usted estará esforzándose. Le está permitido caminar más lento, detenerse y descansar si es necesario, pero por favor vuelva a caminar tan pronto como le sea posible. Usted va a caminar de un cono al otro sin detenerse, debe dar la vuelta sin detenerse y sin dudar para continuar con su caminata. Recuerde que el objetivo es caminar tanto como sea posible durante 6 minutos, pero no corra o trote. Cuando el tiempo haya transcurrido le pediré que se detenga justo donde se encuentre."

Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultas mayores (FCV) – Mediado por la tecnología.

Si el participante muestra complicaciones durante la realización de la prueba, suspender y tomar medidas de cuidado necesarias.

Tiempo total de la prueba	Distancia recorrida en metros	Observaciones

Para dar seguimiento continuo durante la prueba, se recomiendan las siguientes frases breves:

- a) Después de 1 minuto diga al participante: "Va muy bien, le quedan 5 minutos."
- b) Al completar el minuto 2 diga: "Va muy bien, le quedan 4 minutos."
- c) Al minuto 3 diga al participante: "Va muy bien, le quedan 3 minutos."
- d) Al minuto 4 diga: "Va muy bien, le quedan sólo 2 minutos."
- e) Al minuto 5 diga al participante: "Va muy bien, le queda sólo 1 minuto más."
- f) Cuando complete 6 minutos diga al participante: "Deténgase donde está."

Las siguientes son indicaciones para interrumpir inmediatamente la prueba. En tal caso, se debe acercar una silla y registrar los metros caminados, el minuto en que se detuvo y las razones para detenerla. Avisar inmediatamente a personal médico de ser necesario:

- dolor torácico;
- disnea intolerable;
- marcha titubeante;
- sudoración, palidez;
- calambres en miembros pélvicos;
- palidez o apariencia de desvanecimiento inminente;
- que el paciente lo solicite.

Anexo 3. Autoreportes de conducta



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



Anexo 3.1. Autoreporte del participante en escala tipo Likert acerca de la relajación percibida.

Instrucciones: En la siguiente escala, registre con un tache el grado de relajación alcanzado con la técnica que haya llevado a cabo. Siendo 0 “Nada relajada” y 4 “Totalmente relajada”.

Momento del día: Mañana					
	0 Nada relajada	1 Casi nada relajada	2 Poco relajada	3 Bastante relajada	4 Totalmente relajada
Momento del día: Mañana					
	0 Nada relajada	1 Casi nada relajada	2 Poco relajada	3 Bastante relajada	4 Totalmente relajada
Momento del día: Mañana					
	0 Nada relajada	1 Casi nada relajada	2 Poco relajada	3 Bastante relajada	4 Totalmente relajada



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA









Anexo 3.2 Registro conductual de actividades cotidianas

Instrucciones: En la tabla escriba sus actividades cotidianas y el motivo por el cual lo realizó (necesidad, apoyo a familia, obligación, distracción, ejercitarse, etc.).

Una vez que hizo el registro de las actividades, por favor evalúe qué tan satisfecho (a) se siente de haber realizado esa actividad. En seguida, debe colocar un tache en UNA de las opciones, qué tan a gusto se encuentra usted realizando esa actividad en particular. Finalmente, en la última columna debe ordenar de acuerdo a la importancia de las actividades de valor de manera personal. Se incluye ejemplo en las primeras cuatro filas.

Fecha: __/__/__		¿Qué tan satisfecho(a) se siente de realizar la actividad?				¿Qué tan a gusto se siente de realizar la actividad?				
ACTIVIDADES QUE REALIZÓ DURANTE EL DÍA	MOTIVO	TOTALMENTE SATISFECHO(A) 	ALGO SATISFECHO 	MUY POCO 	NADA EN ABSOLUTO 	BASTANTE A GUSTO 	A GUSTO 	MUY POCO A GUSTO 	BASTANTE DISGUSTADO(A) 	Orden de importancia
Cocinar	Necesidad			X				X		2
Subir y bajar escaleras	Ejercitarse		X				X			3
Cuidar al perrito de mi hijo	Apoyo familiar		X						X	4
Leer el periódico	Recreativo	X				X				1

Favorecimiento de la Calidad de Vida en adultas mayores (FCV) – Mediado por la tecnología.

Fecha: __/__/__		¿Qué tan satisfecho(a) se siente de realizar la actividad?				¿Qué tan a gusto se siente de realizar la actividad?				
ACTIVIDADES QUE REALIZÓ DURANTE EL DÍA	MOTIVO	TOTALMENTE SATISFECHO(A) 	ALGO SATISFECHO (A) 	MUY POCO 	NADA EN ABSOLUTO 	BASTANTE A GUSTO 	A GUSTO 	MUY POCO A GUSTO 	BASTANTE DISGUSTADO(A) 	Orden de importancia



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Anexo 3.3 Autoreporte del participante en escala tipo Likert acerca de la relajación percibida con técnicas de relajación.

Instrucciones: En la siguiente escala, registre con un tache el grado de relajación alcanzado con la técnica que haya llevado a cabo. Siendo 0 “Nada relajada” y 4 “Totalmente relajada”.

	Temperatura:			Fecha:	
<i>Antes</i>					
	0 Nada relajada	1 Casi nada relajada	2 Poco relajada	3 Bastante relajada	4 Totalmente relajada

Técnica de relajación empleada: _____

	Temperatura:			Fecha:	
<i>Después</i>					
	0 Nada relajada	1 Casi nada relajada	2 Poco relajada	3 Bastante relajada	4 Totalmente relajada











Instrucciones: En la siguiente escala, registre con un tache el grado de satisfacción alcanzado con la técnica de relajación que ha llevado a cabo. Siendo la cara del extremo izquierdo 0 “Nada satisfecho” y la cara del extremo derecho 4 “Totalmente satisfecho”.

0 Nada satisfecho	1 Muy poco satisfecho	2 Poco satisfecho	3 Bastante satisfecho	4 Totalmente satisfecho

Anexo 4. Guión de la entrevista semiestructurada para participantes y coterapeutas de evaluación a dos años.






4.1 Check-list de la entrevista semiestructurada para participantes.

Escenario: Se recomienda un espacio silencioso y con pocos distractores. Que cuente con conexión a internet.

<i>Preguntas</i>	<i>Respuesta registrada</i>
- ¿Actualmente, cuáles son las actividades que realiza para ejercitar memoria/atención/orientación por lo menos una vez por semana que no realizaba antes de participar en el programa?	
- ¿Se siente más satisfecha con la vida después de la participación en el programa considerando sus expectativas? Si es afirmativo, por favor deme un ejemplo.	
Comparando antes y después de su participación en el programa: - ¿Cómo es su satisfacción con?:	
<ul style="list-style-type: none"> • Valerse por sí misma 	
<ul style="list-style-type: none"> • Hacer otras amistades, o platicar más con sus familiares 	
<ul style="list-style-type: none"> • Respecto a su ambiente cotidiano, etc. 	
- ¿Cómo se siente de manera general con las cosas que hace ahora y que no hacía antes?	
- ¿De qué manera su nivel de relajación aprendido en el programa ha tenido impacto en sus actividades diarias? Por favor deme un ejemplo.	
- ¿Qué actividades de valor ha retomado usted en su vida cotidiana que en los últimos 12 meses? ¿Cómo se organizó para incluirlas? ¿Recuerda el procedimiento que realizamos durante las sesiones?	
- ¿Se ha acercado a la coterapeuta para recordar alguno de los ejercicios que revisamos en la ICC?. Si la respuesta es positiva, por favor descríbame como ha sido la comunicación y el tipo de apoyo.	

4.2 Guion de la entrevista semiestructurada para las coterapeutas.

Escenario: Se recomienda un espacio silencioso y con pocos distractores. Que cuente con conexión a internet.

<i>Preguntas</i>	<i>Respuesta registrada</i>
- ¿Cuáles son las actividades que continúa realizando la persona que apoya de las aprendidas en el programa ICC?	
- ¿En qué aspectos ha notado usted que hay algún cambio en la calidad de vida de la persona que está apoyando? Por favor deme un ejemplo.	
- ¿Cómo considera que cambió el bienestar psicológico de la persona que apoya? Por favor deme un ejemplo.	
- ¿De qué manera los ejercicios de relajación que aprendió la persona que apoya han tenido un impacto en sus actividades diarias?	
- ¿Ha supervisado y reforzado con la persona que apoya las actividades de valor que ha retomado la participante en su vida cotidiana que en los últimos 12 meses? ¿Cómo se organizó para incluirlas?	
- ¿Se ha acercado la participante para recordar alguno de los ejercicios que revisamos en la ICC? Si la respuesta es positiva, por favor explíqueme como lo hace.	