



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGIA

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS  
MAYORES: INTERVENCIÓN BASADA EN EL SISTEMA DE  
PROGRAMAS INTEGRADOS

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
PRESENTA:  
CRUZ PERALTA MARIA DE JESUS

JURADO DE EXAMEN

DIRECTORA: DRA. BERTHA RAMOS DEL RIO  
COMITÉ: DRA. MARGARITA VILLASEÑOR PONCE  
DRA. ANA LUISA GONZALEZ-CELIS RANGEL  
MTRA. GABRIELA VALENCIA CHAVEZ  
LIC. ENRIQUETA RUEDA BOLAÑOS



CIUDAD DE MÉXICO

JUNIO 2017



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*

*A mis padres, Dulce y Víctor, por el apoyo incondicional.  
Los amo.*

*A mi hermana, Areli, cuñados, sobrinos. Por su  
disposición, cariño y paciencia.*

*A Juan Ramón Morales Navarro, mi compañero desde que  
inicio el viaje. Mi poeta favorito, con oscuro pasado pero  
un futuro brillante.*

*A mis amigos y amigas, cada uno me ha enseñado algo  
valioso.*

*A mi Directora y todo el Comité. Todas excelentes  
profesoras, mujeres y amigas. Las mejores guías en éste  
reto.*

*“Lo primero es hacerlo, lo segundo hacerlo bien” Rxnde Akozta*

## ÍNDICE

### RESUMEN

INTRODUCCIÓN .....	5
CAPÍTULO 1 ENVEJECIMIENTO .....	7
CAPÍTULO 2 CALIDAD DE VIDA .....	20
JUSTIFICACIÓN.....	38
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	40
OBJETIVOS.....	40
MÉTODO.....	41
RESULTADOS.....	47
DISCUSIÓN .....	61
CONCLUSIONES .....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
ANEXOS.....	82

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue favorecer la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de un grupo de adultos mayores no dependientes entre 60 a 70 años de edad a través de una intervención basada en el Sistema de Programas Integrados (SPI) (Álvarez, Riart, Martínez y Bisquerra, 2008; Bisquerra, 2003; Muñoz-Hernández, 2006), que asistían a la Clínica Universitaria de Atención a la Salud (CUAS) “Los Reyes la Paz” de la FES Zaragoza, UNAM. Se diseñó la intervención denominada *Programa de Mejoramiento de la Calidad de Vida “ProMeCaVi”* dividida en tres fases: Fase 1, Evaluación (1 sesión de 90 minutos); Fase 2, Intervención (5 sesiones de 60 minutos); y Fase 3, Postevaluación (1 sesión de 60 minutos). Se incluyeron seis subprogramas: ejercicio físico, relajación autogénica, alimentación balanceada, habilidades sociales, manejo de emociones y recreación. Se aplicaron una Ficha de Identificación Sociodemográfica, la versión adaptada del Mini Examen Mental de Folstein (González-Celis, 2009c); el Cuestionario de Actividades Físicas de Nagi (Mendoza, 2008); las Láminas COOP-WONCA (Lizán y Reig, 2002) para la evaluación pre-post; y el Cuestionario de Calidad del Servicio al finalizar el programa. Los resultados mostraron que el valor “*d*” de *Cohen* fue de 1.38 siendo grande la magnitud del efecto de la intervención. Lo que significa que la muestra de estudio se percibió favorecida en su calidad de vida con el “*ProMeCaVi*”. Se concluyó que de mantenerse las condiciones en la CVRS de este grupo de adultos mayores, hay una alta probabilidad de disminuir el riesgo de discapacidad y muerte prematura. El envejecimiento activo debe considerarse un objetivo primordial de las instituciones de salud, intentando mejorar la autonomía, la salud y la productividad de los mayores.

**Descriptores:** *adultos mayores, calidad de vida relacionada con la salud, Sistema de Programas Integrados y envejecimiento activo.*

## INTRODUCCIÓN

Actualmente en México existen cerca de 9.8 millones de personas mayores de 65 años, y se calcula que para 2050 alcanzarán los 23 millones, la mitad de ellos con enfermedades cerebrovasculares, cáncer, entre otras que implicarán deterioro en su calidad de vida y necesidad de cuidados de larga duración, afirmó el rector Enrique Graue Wiechers (Hernández, 2017).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), la proporción de adultos mayores a 60 años aumenta de manera homogénea en casi todos los países, en comparación con otros grupos etarios, como la población infantil.

En México, al igual que otros países del mundo, el envejecimiento poblacional ha tomado mayor importancia en las últimas décadas. Las personas de edad avanzada conforman uno de los grupos con mayor vulnerabilidad en la sociedad, misma que se incrementa si sufren de alguna enfermedad, pobreza, baja escolaridad, soledad, entre otros. Aspectos que están relacionados con la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor y su relación con el envejecimiento.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012) cuenta con una serie de estrategias para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Estas estrategias están basadas en una serie de principios y lineamientos de las Naciones Unidas que son: la independencia, la participación, el cuidado, la autorrealización y la dignidad y constan de cuatro áreas críticas que son: colocar a la salud y las personas mayores en las políticas públicas, lograr la idoneidad de los sistemas de salud para afrontar los retos asociados al envejecimiento de la población, la capacitación de recursos humanos, principalmente del personal de salud, los propios adultos mayores, y personas encargadas de su cuidado, y generar la información necesaria para lograr intervenciones con base a experiencias exitosas. El envejecimiento en sí mismo es un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital.

De acuerdo con Rubio, Rivera, Borges, Lourdes y González (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.

La calidad de vida en la vejez, entre otros aspectos, tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Lo cual promoverá la participación de las personas mayores como miembros activos de la comunidad, una de cuyas funciones puede ser transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes, al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios.

El estudio de la calidad de vida en las personas mayores, obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital, en la cual el sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al envejecimiento funcional, dado este último por la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD).

Debido a la diversidad de factores involucrados durante el envejecimiento y la vejez de los individuos (biológicos, psicológicos, sociales, culturales, entre otros), se plantea la necesidad impulsar programas integrales enfocados al mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores. Es por ello que la propuesta del presente trabajo fue integrar un grupo de técnicas basadas en el Sistema de Programas integrados cuyo propósito es la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud y el mejoramiento en la calidad de vida de los adultos mayores.

## CAPÍTULO 1

### ENVEJECIMIENTO

#### **Relevancia Social**

El envejecimiento de la población a nivel mundial ha ido en aumento en las últimas décadas. Los expertos concluyen que esto es consecuencia de diversos factores. Por un lado, las políticas de salud pública cuyo propósito en común es aumentar la esperanza de vida, así como el éxito del desarrollo social y económico.

Por otro lado, se hace referencia 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 (Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud, OMS 2002; Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, INAPAM 2010; Montes & González, 2012).

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.

El Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2012), la distribución de la población representada en la pirámide poblacional del año 2020, a pesar de que la cohorte que más porcentaje posee son infantes de 5 a 9 años, la cantidad de adultos mayores de 60 años respecto a la población mundial es de un 13.2%, equivalente a 1, 018, 610, 868 personas (Figura 1).

Sin embargo, no hay duda de que en 30 años la población irá en aumento de manera acelerada, de tal forma que el porcentaje de adultos mayores de 60 años asciende hasta 21.1% dando un total de 2, 024, 800,128 personas.

Los cambios que se han presentado en la población mexicana en las últimas décadas no es la excepción, en realidad el comportamiento de la población adulta mayor en México posee gran similitud con el fenómeno poblacional a nivel mundial.



Figura 1. Pirámide Poblacional del Mundo en el año 2020. Adaptado de “Pirámides de población del mundo desde 1950 a 2100”, por MadeWulf, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2015 Revision. Reproducida con autorización.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010, 2013), en el periodo comprendido entre 1970 y 2000 la población del grupo de edad de 60 años o más fue de 3.2 por ciento, contando con 2.7 millones de individuos, para el año 2000 aumentó a casi 6.9 millones de personas, con lo que la proporción de adultos mayores pasó de 5.6% a 7.1% en ese lapso de 30 años (Figura 2).

De esta forma, envejecer se convirtió en un hecho común para la población, sin embargo, ha sido la única vez que la humanidad presencia un aumento rápido de un sector de la población, principalmente de los adultos mayores (INAPAM, 2010).

En el mismo sentido, las previsiones que el INEGI (2014) publica respecto a los próximos años de la población de adultos mayores en México, indican que poco más de la cuarta parte de la población mexicana será mayor de 60 años, aproximadamente el 27%.

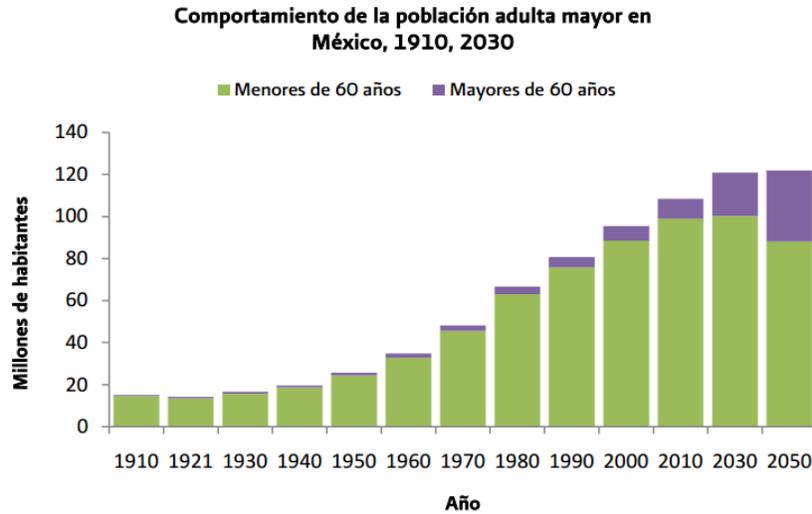


Figura 2. *Comportamiento de la población adulta mayor en México, 1910,2030*. Adaptado de “Perfil Epidemiológico del adulto mayor en México 2010”, por Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2011, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, México, p. 22. Reproducida con autorización.

En el mismo sentido, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas sostiene que el porcentaje de adultos mayores en el 2020 será de 11.7% y llegará a 25.9% en el 2050, resultando en porcentajes similares (Figura 3).

Las cifras resultan alarmantes, ya que en ambas gráficas resulta que el porcentaje total de la población adulta mayor sobrepasa el número de adultos jóvenes y niños, por lo que México se convertirá en un país con población envejecida principalmente. De tal forma que resulta inevitable adaptar las condiciones del país a los cambios y necesidades de su población.



Figura 3. Pirámide Poblacional de México en el año 2020 y 2050. Adaptado de “Pirámides de población del mundo desde 1950 a 2100”, por MadeWulf, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2015 Revision. Reproducida con autorización.

Beade, (2012), publica para la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO, 2012) estadísticas de la Secretaría de Salud que revelan los cambios que se presentarán en la pirámide poblacional para el 2030 (Figura 4).

De igual forma, sostiene que las enfermedades crónico-degenerativas en el adulto mayor afectan tanto a hombres como a mujeres y que entre las enfermedades más importantes se encuentran la diabetes mellitus y la insuficiencia renal crónica.

Por lo tanto, los adultos mayores presentan condiciones de salud que traen como consecuencia que las personas sean parcial o totalmente dependientes. Cabe mencionar que esas enfermedades se pueden prevenir llevando una dieta adecuada y ejercicios los cuales son benéficos para el cuerpo humano y para su funcionamiento.

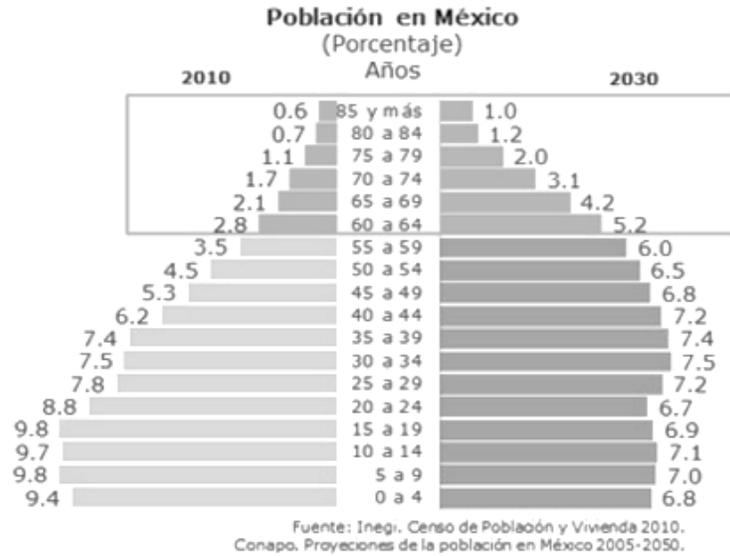


Figura 4. *Proyección de porcentaje de población en México.* Adaptado de “Los adultos mayores y la salud” por Beade, A., 2012, Brújula de Compra, PROFECO. Reproducida con autorización.

Es claro el problema que la población presenta y los cambios que sufrirá en los próximos años, por lo que es importante para los especialistas en el tema preparar estrategias para hacer frente a dichas problemáticas.

Por todo lo anterior, se considera pertinente una adecuada intervención que aporte a los adultos mayores las herramientas necesarias para enfrentar los cambios propios de la etapa en la que se encuentran y que de ese modo perciban una mejora en su calidad de vida.

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 aceptan 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).

Una vez que se revisan los datos de la prevalencia de la vejez en la población mexicana, ahora se hará un resumen acerca del perfil sociodemográfico de los adultos mayores en México, según el INEGI en el 2014c.

### ***Perfil Sociodemográfico del Adulto Mayor en México.***

En México, como en muchos países del mundo, el envejecimiento poblacional ha tomado mayor importancia en los últimos años; las personas de edad avanzada conforman uno de los grupos con mayor vulnerabilidad, misma que se incrementa si tienen alguna limitación, es por ello que conocer las características sociodemográficas de las personas en edad de 60 y más años con limitación en la actividad, resulta elemental, para tener un panorama de la situación en que se encuentran.

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda del INEGI (2010), en el país hay 6 939 000 personas de 65 y más años, siendo 3 203 000 hombres y 3 736 000 mujeres, teniendo 85 hombres por cada 100 mujeres. Las entidades federativas con los mayores montos de población de 60 y más años de edad del país son el estado de México y la Ciudad de México.

Se observa que el indicador de dependencia de vejez sigue aumentando, llegando a 9.7 adultos mayores por cada 100 personas en edad de trabajar.

El índice de envejecimiento expresa la relación entre personas adultas mayores, es decir, la población mayor de 65 años y las personas menores de 15 años.

Según los datos del Censo 2010, en promedio el país tiene 31 adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes, siendo 28 hombres y 34 mujeres.

El Censo reporta que 22.5% de la población migrante interna acumulada de edad avanzada ha llegado al estado de México; otro 16.8% vive en el Distrito Federal y en Nuevo León 6.4%, por lo que a estas tres entidades ha llegado 45.7% de los adultos mayores que no residen en su entidad federativa natal.

Las 958 mil personas de 60 años y más que hablan alguna lengua indígena, representan 9.5% del total de adultos mayores de estas mismas edades. Por entidad federativa, en Oaxaca reside 19.8%, mientras que en la Ciudad de México se concentra el 1.9%.

De acuerdo con las cifras presentadas por el Censo 2000, la relación hombres-mujeres arroja que hay 89 hombres por cada 100 mujeres con alguna limitación en la actividad, en 2010 el censo registra 80 hombres por cada 100 mujeres. Sin embargo al interior el grupo de 60 a 64 años ha presentado las cifras más altas, 107 y 84 hombres por cada 100 mujeres en 2000 y 2010, respectivamente. Mientras que el grupo de 85 y más años de edad se mantiene con 69 hombres por cada 100 mujeres.

Los indicadores relacionados con el alfabetismo y el nivel de escolaridad para la población de 60 y más años de edad, el porcentaje de adultos mayores alfabetos se ubicó en 2010 hasta en 74.3%, mientras que el porcentaje de adultos mayores que no saben leer ni escribir 24.6% en 2010.

La Población adulta mayor que se encuentra Económicamente Activa (PEA) está constituida principalmente por los hombres, con un 53.6%, mientras que sólo el 12.7% de las mujeres de 60 años y más se encuentran económicamente activa. Respecto a la ciudad de México, únicamente el 29.2% de la PEA es adulta mayor.

El porcentaje de población de 60 y más años que tiene derecho a servicios de salud en el año 2010 es de 71.4%

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el 2012 del Instituto Nacional de Geriátría (Romero-Martínez et al., 2013), 70.7% de la población encuestada presentan sobrepeso u obesidad, siendo el equivalente a 7'725.411 personas. Mientras que 27.7% presenta inseguridad alimentaria de moderada a severa, esto implica que en los tres meses previos a la fecha de entrevista, en su hogar se tuvo que disminuir la cantidad de alimentos consumidos, o experimentaron hambre.

### ***Aproximaciones Teóricas Sobre el Envejecimiento***

Existen varias teorías que explican de diferente manera la vejez. Primeramente, cabe hacer la distinción entre vejez y envejecimiento.

La vejez y el envejecimiento son dos conceptos distintos, su discrepancia principal es que la vejez se refiere a una etapa del ciclo vital caracterizada por un declive en las funciones orgánicas, psicológicas y sociales; mientras que el envejecimiento es un largo proceso del desarrollo que inicia con el nacimiento y hasta el fallecimiento de la persona (Fernández-Ballesteros, 2004).

Las aproximaciones que se describen a continuación son rescatadas de diversas disciplinas, por lo que algunas son análisis fisiológicos, mientras que en otras se toman en cuenta factores sociales, tales como las aproximaciones desde la gerontología.

Existen diversos enfoques orientados al estudio del envejecimiento, de acuerdo con Berger, (2009), Díez (2004), Fernández-Ballesteros (2004), Mendoza, Martínez y Vargas, (2008), Papalia (2010) y Gutiérrez, Serra y Zacarés (2006) son:

- 1. Enfoque biológico-** Estos desarrollos teóricos ponen en evidencia que los adultos mayores activos retrasan el proceso de envejecimiento celular, el cual resulta inevitable, aunque es posible de retardar (Berger, 2009).

**La teoría del desgaste** sostiene que el cuerpo se desgasta con el tiempo, aunque por otro lado se ha comprobado que la inactividad genera mayor desgaste.

**La teoría de la adaptación genética** se basa en el proceso de envejecimiento regulado por el ADN de las células, liberando hormonas que controlan cada vez menos la reparación celular.

**La teoría del envejecimiento celular** menciona a grandes rasgos que las células se dañan o disminuyen, ya sea por radicales libres de oxígeno, por errores en la duplicación o porque dejan de duplicarse. Asimismo, este enfoque, resalta la importancia de ejercitar el cuerpo mediante la activación física, ya que el uso o desuso de los músculos determinará la movilidad que conserve el cuerpo del adulto mayor.

2. **Enfoque neuropsicológico**- El proceso de envejecimiento en el Sistema Nervioso Central es el resultado de la interacción de diversos factores, tales como las pérdidas relacionadas con la edad, las enfermedades u los mecanismos compensatorios que la persona desarrolló para compensar los declives funcionales. Esto es, que el envejecimiento cerebral se manifiesta como una incapacidad para enfrentar desafíos que anteriormente eran manejados con facilidad, de tal forma que el cerebro requiere más “ensayos” para lograr éxito en la tarea realizada (Diez, 2004).
3. **Enfoque psicológico**- Resalta la ocupación o el refugio en sí mismo que algunas personas y teniendo en cuenta que existen personas con personalidades diferentes:

**La teoría de la actividad** plantea que cuanto más activa es una persona mejor será su vejez.

**La teoría de la desvinculación** argumenta que una persona es más feliz si se aparta de la vida, es decir, reducir actividades y ocupaciones para refugiarse en sí mismo, es decir, en actividades tales como la meditación. Estos enfoques tienen que ver en gran medida con las áreas que trabajan en los programas de intervención. El psicológico, destaca las habilidades

sociales que posee o aprenda el adulto mayor, así como con la satisfacción de sentirse bien consigo mismo.

4. **Enfoque gerontológico** - que estudia los diversos aspectos de la vejez y el envejecimiento en dos perspectivas:

Considera el estado de salud que la persona presenta a lo largo del tiempo, los cambios que son naturales son nombrados envejecimiento primario y los cambios ligados a enfermedades crónicas o padecimientos mentales como demencia son llamados cambios secundarios (Fernández-Ballesteros, 2000).

Además, estudia las características sociales de las personas en esa etapa de la vida siendo un poco más compleja, retoma aspectos referentes a la edad, salud y bienestar que presentan los adultos mayores, clasificándolos en anciano-joven, anciano- anciano y anciano-muy anciano, en donde gradualmente se van perdiendo funciones cognitivas, así como sus redes de apoyo conforme aumenta (Berger, 2009).

5. **Envejecimiento Saludable** (Mendoza et al., 2008) - considera que el envejecimiento es un estado de salud aceptable para el adulto mayor la capacidad de atenderse a sí mismo, desarrollarse con plenitud en su ámbito familiar y social, de este modo, podrá llevar a cabo el desempeño de actividades de la vida diaria de una manera dinámica. De este modo, al ser la funcionalidad una expresión derivada de las dimensiones bio-psico-sociales del adulto mayor, se considera como un indicador de salud en esta población.

6. **Envejecimiento Exitoso** - hace referencia a mantener las buenas condiciones incluyendo la sensación de bienestar y de buen funcionamiento independientemente del avance de la edad cronológica y de las circunstancias cambiantes de la vida. Las sugerencias para un envejecimiento exitoso de acuerdo con Pérez y Cruz (2010) son identificar prioridades, definir límites, prestar atención a uno mismo (a las necesidades del cuerpo y espíritu), continuar enseñando y aprendiendo, planear actividades manuales para el tiempo libre, permitirse llorar y reír, aprender a

manejar los cambios, planear con tiempo el aspecto económico de la jubilación, escribir una autobiografía, comprometerse en alguna actividad, tener esperanza en un futuro, relacionarse con otras personas, tener una dieta adecuada y actividad física, así como reconocerse mortal y afrontar y aceptar la muerte.

7. **Envejecimiento Óptimo** (Gutiérrez et al., 2006) - retoma este constructo y refiere que involucra la baja probabilidad de enfermedad, mantenimiento de un elevado estado físico y cognoscitivo, además de un compromiso permanente en actividades sociales, todo lo cual conlleva a un aumento en la calidad de vida.

8. **Envejecimiento Activo** - La OMS (1997, 2007) considera que existe un envejecimiento ideal, este tipo de envejecimiento es llamado Envejecimiento Activo y es definido como *“el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”*. Bermejo (2010), coincide con la definición dada por la OMS y agrega que el envejecimiento activo también le proporciona a la persona mayor protección, seguridad y cuidados cuando necesitan asistencia. Esta definición no sólo contempla el envejecimiento desde la atención sanitaria, sino que incorpora todos los factores de las áreas psicológica, social, económica y cultural que afectan al envejecimiento de las personas.

El envejecimiento activo debe considerarse un objetivo primordial tanto por la sociedad como por los responsables políticos, intentando mejorar la autonomía, la salud y la productividad de los mayores.

La sociedad debe apoyar una “cultura del envejecimiento activo y saludable” que permita que los mayores:

- Sufran menos por las discapacidades relacionadas con las enfermedades crónicas.
- Necesiten una atención sanitaria y social menor.

- No padezcan situaciones de soledad, manteniendo su independencia y una buena calidad de vida.
- Sigam participando en el ámbito económico, social, cultural y político, tanto a través de trabajos remunerados como de colaboraciones sin remunerar.

Apoyos que deben proporcionarse en las áreas de salud, economía, trabajo, educación, justicia, vivienda y transporte. Para lograr una “cultura del envejecimiento activo” es necesaria la interacción de factores tanto de índole sanitaria, económica, del entorno físico, personales, conductuales e incluso sociales.

Para el fomento del envejecimiento activo, los sistemas sanitarios y sociales, públicos y privados deberían colaborar en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, estableciendo programas de educación nutricional y de salud bucal, programas de ejercicio para el mantenimiento o recuperación de la movilidad y fuerza, entre otros. Estos programas permitirán evitar o reducir las discapacidades físicas y mentales en la vejez y alcanzar así el equilibrio entre el autocuidado de los mayores, el apoyo de los cuidadores "informales" y los cuidados profesionales. Hay que indicar que a los cuidadores "informales", en su mayoría mujeres, se les debería prestar una atención especial, por el riesgo elevado de que caigan enfermos apoyándoles con formación, asistencia temporal y/o ayudas económicas.

### ***Salud del Adulto Mayor***

En el adulto mayor, el término salud hace referencia a la capacidad de atenderse por sí mismo y tener una interacción social y familiar, lo cual facilita su desempeño autónomo de las actividades de la vida diaria (Martínez, 2004).

De acuerdo con Mendoza et al. (2008), si se habla de salud en el aspecto gerontológico, se contemplan elementos objetivos, tales como la ausencia de enfermedad o incapacidad física o mental, y también se toman en cuenta

elementos subjetivos, tales como el estado de ánimo, sensación de bienestar, integración social y felicidad.

La promoción de la salud según Martínez (2004) implica combatir consecuencias negativas del envejecimiento logrando cambios desde los 60 años o antes, de esta forma se logra posponer la aparición de enfermedades crónicas. Una de las estrategias más importantes para obtener estos cambios es la participación del adulto mayor con responsabilidad, mediante el autocuidado. De acuerdo con el mismo autor, el autocuidado de la salud consiste en todas las medidas, decisiones y comportamientos que adopta un individuo para mejorar y mantener la salud, de entre las cuales podemos mencionar un estilo de vida saludable, con ejercicio y dieta balanceada.

Cuando el adulto mayor adquiere nuevos conocimientos o rescata los ya aprendidos, recupera una existencia plena y productiva, se conoce a sí mismo y tiene interés. Además de sentirse motivado y totalmente capaz de razonar. Aunado a esto, es importante señalar el hecho de que hay una correlación importante: cuanto mayor grado de estudios tenga la persona mayor, mejor es el estado de salud y la participación laboral. (Albala, et al., 2005).

## CAPÍTULO 2

### CALIDAD DE VIDA

La definición del constructo ha sido difícil debido a que abarca un conjunto complejo de factores (González-Celis, 2005), tales como la salud de las personas, su nivel socio económico (incluyendo el grado de riquezas materiales), el conocimiento que poseen, el uso de tiempo libre, autorrealizaciones, libertad y justicia, entre otras. Además de que se debe plantear distintas definiciones para cada sociedad que se aborde, dependiendo, entre otras cosas, de sus propios patrones culturales.

A su vez, para García-Viniegras (2005) la calidad de vida se encuentra estrechamente vinculada con el funcionamiento de la sociedad, las normas y valores que debe adoptar el individuo, aunque resulta más importante la construcción que el propio individuo hace de su bienestar psicológico, es decir de sus aspiraciones y nivel de satisfacción con la vida.

Por lo tanto, se describe en primer lugar el concepto principal que proporciona la OMS y posteriormente, las adaptaciones que se han hecho en México.

#### **Conceptualización**

El concepto principal de calidad de vida es proporcionado por la Organización Mundial de la Salud:

*“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).*

Inevitablemente así comenzó la búsqueda de instrumentos fidedignos, es decir, con validez y confiabilidad de dicho concepto; dos años después, en 1996, en una publicación cuya finalidad es la introducción de una versión abreviada de la primera escala, la definición que se rescata es:

*“La calidad de vida se define como “la percepción de los individuos de su posición en la vida en su contexto cultural y sistemas de valores en los que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (OMS, 1996).*

Osorio, Torrejón y Anigstein en el 2011 realizan una investigación cualitativa con la finalidad de entender el concepto de calidad de vida desde la perspectiva de los adultos mayores. Lo que ellos encontraron es que tal constructo hace referencia a la actitud positiva frente a la vida, la cual es determinada por las condiciones de salud así como las relaciones interpersonales; además de ser influenciada por condiciones estructurales de su comunidad, tales como los derechos, oportunidades y accesibilidad a servicios básicos y sanitarios.

Complementando lo anterior, González-Celis (2005) refiere que “la calidad de vida consiste en el grado de satisfacción de las necesidades humanas, objetiva 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.

En el (2010) la misma autora sostiene que pueden identificarse tres perspectivas acerca de los aspectos centrales de la calidad de vida: en general, relacionada con la salud y la calidad de vida específica para cada enfermedad.

- La calidad de vida en general consiste en la valoración que la persona tiene de su propia vida en relación a la satisfacción de todos los componentes que la integran.
- La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) hace referencia a los aspectos que influyen en su percepción del grado de bienestar con su vida

y su salud, por lo que se consideran algunos aspectos tales como la salud física (incluyendo síntomas), el estado psicológico e interacciones sociales.

- La calidad de vida específica para cada enfermedad se refiere a los aspectos emocionales derivados del mismo proceso de enfermedad y sus efectos secundarios, la adherencia terapéutica, las relaciones familiares, los problemas vinculados con la autoimagen, autoestima, adaptación a la enfermedad, rehabilitación, deterioro e incapacidad, incluso la proximidad de la propia muerte.

Debido a que el concepto calidad de vida es de amplio espectro para la OMS (2015), la definición más pertinente para la presente investigación corresponde a la proporcionada por González-Celis (2010) respecto a la calidad de vida relacionada con la salud, siendo entendida como la percepción individual del grado de bienestar con su propia vida y su salud, teniendo en cuenta una buena salud física y los síntomas relacionados, un estado psicológico óptimo para desenvolverse en su medio y adecuadas interacciones sociales.

### ***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 desde 1994, 1996 y 1997. Se publicó el instrumento WHOQoL- 100, así como el WHOQoL-BREF y WHOQoL-OLD (The WHOQOL Group, 1998); los dos primeros cuentan con seis dimensiones: salud física, salud psicológica/emocional, nivel de independencia, relaciones interpersonales, sociedad y, finalmente, espiritualidad (OMS, 1997), 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, intimidación. De este último instrumento cual se estudiaron sus propiedades psicométricas en población mexicana por Acosta, Vales, Echeverría, Serrano y García (2013) y por las Dras. González-Celis y Gómez (2013).

Por otro lado, en 1987 se desarrollaron las láminas COOP-WONCA para proporcionar un sistema de medición del estado funcional de las personas en la consulta médica; el instrumento cuenta con 7 láminas, cada una con diversos aspectos que competen al estado de salud en el último mes. Se encuentran organizadas en escala tipo Likert, cada una ilustrada con un dibujo que representan un nivel de funcionamiento diferente. Las puntuaciones más altas refieren peores niveles de funcionamiento, de tal forma que la puntuación de cada lámina permite la interpretación directa de cada dimensión que corresponda a la calidad de vida (Lizán & Reig, 2002).

En España, Fernández-Ballesteros y Zamarrón (2007) desarrollan el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECABI) es un cuestionario compuesto autoaplicable por 21 subescalas agrupadas en nueve dimensiones: consta de 180 ítems agrupados de acuerdo a la definición multidimensional de Calidad de Vida expresada por Lawton (1991) (en Fernández-Ballesteros & Zamarrón, 2007) en las siguientes dimensiones: salud (subjetiva, objetiva y psíquica), integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, ingresos y, finalmente, servicios sociales y sanitarios.

Con base en el enfoque de las neurociencias, Díez (2004) sostiene que la mayoría de los adultos mayores sin patología cerebral presentan decrementos mínimos en su funcionamiento neuropsicológico, de igual forma concluye que la experiencia subjetiva de disminución gradual de las funciones cognitivas rebasan un umbral determinado por las condiciones de cada situación particular y todo esto resulta importante al evaluar el estado mental del anciano.

De acuerdo a Martínez (2004), el hecho de que una persona tenga alguna limitación funcional para realizar las tareas de la vida diaria le afectará de manera considerable su calidad de vida, por ello una de las prioridades es establecer

programas cuyos objetivos sean mejorar niveles de salud y bienestar para este sector poblacional.

### ***Investigación sobre Calidad de Vida en Adultos Mayores***

Las investigaciones revisadas respecto al abordaje de la calidad de vida en el adulto mayor arrojan información acerca de los aspectos estudiados en dicha población. Existen dos vertientes en los estudios realizados respecto al tema. Por un lado, los artículos que correlacionan algunos factores socio demográficos con la calidad de vida en poblaciones de adultos con una edad igual o mayor de 60 años, sin deterioro cognitivo y sin enfermedades crónicas; mientras que por otro lado, las intervenciones cuyo objetivo en común es incrementar la calidad de vida de adultos mayores con algún tipo de intervención.

La organización de dicha información en el presente trabajo se presenta de tal forma que primeramente se recaban aspectos teóricos de las personas de la tercera edad con su calidad de vida relacionada con la salud. Posteriormente, se realiza el análisis comparativo de las investigaciones con un diseño descriptivo; y, finalmente, se rescata la bibliografía referente a intervenciones realizadas en las personas adultas mayores.

### ***Aspectos Teóricos de la Calidad De Vida en Adultos Mayores.***

El aspecto más relevante y estudiado en la última década resulta ser la actividad física en adultos mayores, sus beneficios y recomendaciones.

Para la población en general es más notorio que la actividad física es importante para todas las personas de cualquier edad, pero resulta especialmente benéfica para las personas mayores, Ojeda (2010).

El declive de la capacidad física de los adultos mayores se debe principalmente a la inactividad, aburrimiento y supuestas enfermedades. Con el fin de que las personas mayores tengan una mejor calidad de vida y sean autosuficientes en la

medida de lo posible, las capacidades físicas que deben mejorar son las siguientes (Mendoza et al., 2008; Santrock, 2006): resistencia cardiovascular y músculo-esquelética, fuerza, movilidad, velocidad de reacción y coordinación.

Así mismo, los autores definen la diferencia entre actividad física y deporte. Mientras que la actividad física la definen como cualquier movimiento corporal, el ejercicio físico es una modalidad de actividad física de manera específica, libre y voluntaria, con movimientos corporales planeados, estructurados y repetitivos.

Sin importar el tipo de ejercicio adecuado que se opte por practicar, existen dos aspectos que son importantes no excluir: el calentamiento y el enfriamiento. El calentamiento prepara los músculos del cuerpo para realizar ejercicios más vigorosos y reducir el riesgo de lesión, además de que la persona se prepara mentalmente para un desarrollo adecuado de la rutina; mientras que el enfriamiento permite reducir paulatinamente el ritmo cardíaco y la respiración, así como evitar complicaciones del metabolismo (Chávez-Samperio et al, sf).

De acuerdo con Fiatarone (2010), a pesar de que la mayoría de los adultos mayores de 65 años presentan enfermedades crónicas y discapacidades, son capaces de emprender y beneficiarse de una prescripción de ejercicio que se adapte a sus capacidades fisiológicas, comorbilidades, y necesidades neuropsicológicas y comportamentales. Esta misma autora recomienda que las personas mayores realicen ejercicio multimodal, lo cual incluye, ejercicio aeróbico, el fortalecimiento, equilibrio y entrenamiento de la flexibilidad, todo mediante la combinación de actividades y su estilo de vida integrado. Sin embargo, recomiendan empezar con un solo modo de ejercicio y permitir que el individuo incluya en su estilo de vida antes de añadir los demás componentes del ejercicio multimodal, de lo contrario se puede ver influenciada la adaptación de la persona al ejercicio.

Cabe mencionar que *“No hace falta sentir dolor para que el ejercicio físico sea efectivo”* (Ojeda, 2010). Al tratar con adultos mayores, resulta importante que no sufran accidentes al practicar algún ejercicio físico con la intención de que con el

movimiento muscular persista un dolor derivado del mismo. Por lo tanto, es indispensable aclarar ese aspecto.

Existen recomendaciones comunes que se tienen respecto al tema, Ojeda rescata las siguientes: a) realizarse la evaluación médica constantemente, así como antes de practicar ejercicio vigoroso; b) la actividad debe adecuarse a las capacidades individuales; c) elegir la actividad física de su preferencia: caminata diaria, baile, jardinería, yoga, etc.; d) procurar un ambiente agradable en todo momento; e) utilizar ropa y calzado cómodo pero no es necesario comprar aditamentos especializados; f) incorporar 30 minutos de actividad física en su rutina diaria, que forme parte de su vida.

De igual forma, existen recomendaciones propias para los adultos mayores:

Con respecto a las sesiones de actividad física, diversos estudios proponen básicamente tres fases para el ejercicio: calentamiento (por grupos musculares en flexibilidad y en velocidad, con duración de 10 min), fortalecimiento (trabajo muscular del cuerpo en 10 min) y relajación (ejercicios de flexibilidad y equilibrio en 10 min).

Cada una de estas fases tiene beneficios específicos que se relacionan con la calidad de vida: la fase de calentamiento facilita la recuperación muscular, disminuye la tensión muscular, incrementa la velocidad de la transmisión del impulso nervioso, incrementa el nivel metabólico y prepara psicológicamente a la persona para la práctica de alguna actividad física. La fase de fortalecimiento beneficia en la mejora de reflejos, mejora la movilidad, fortalece la musculatura, disminuye la depresión, mejora la digestión, mejora el equilibrio, etc. La fase de relajación trae beneficios en el incremento de seguridad para realizar actividades de la vida diaria, proporciona mayor libertad de movimiento en las actividades de la vida diaria, brinda un efecto relajante y mejora la postura corporal. (Espinosa et al., 2013; Fiatarone, 2010; Rivera, 2009; Chodzko-Zajko et al., 2009).

Todos estos indicadores concuerdan con algunas subcategorías de la definición de la calidad de vida como son: Salud física, nivel de independencia y percepción de la misma persona en su contexto.

Cuando se trata de la calidad de vida relacionada con la salud de adultos mayores, las habilidades sociales son otro aspecto importante.

Resulta indispensable que el adulto mayor posea las habilidades necesarias para fortalecer sus redes de apoyo y facilitar el desarrollo de nuevas relaciones, ya que de esta forma se garantizan algunos recursos sociales, apoyo mutuo, bienestar social e incluso apoyo financiero (García, 2014). Fortalecer su red de apoyo así como sentirse en confianza y entre pares, son los factores más importantes que una persona toma en cuenta al momento de evaluar su calidad de vida (González-Celis, 2010).

Acuña (2012) encontró que el entrenamiento en habilidades sociales posee relación con el incremento en la calidad de vida de 10 adultos mayores, los principales indicadores en el que se intervino fueron: a) hacer peticiones e iniciar conversaciones, b) expresar amor, agrado y afecto, c) dar ayuda, y d) expresar opiniones.

Respecto a la nutrición en el adulto mayor, Gómez y Reuss (2004), Ojeda, (2010) y Pérez y Cruz (2010) nos proporcionan información valiosa.

En primer lugar, es importante retomar que el excesivo consumo de energía aumenta el riesgo de padecer obesidad y sobrepeso, enfermedades crónicas y discapacidades conforme la persona envejece (Ojeda, 2010).

De la misma manera, Pérez y Cruz (2010) sostienen que la alimentación y la nutrición desempeñan funciones importantes para el mantenimiento de la salud y el bienestar en todas las etapas de la vida, en especial, en la tercera edad. Según los autores, su importancia radica no solo en el aporte de nutrientes sino en que resulta una forma placentera de estrechar lazos familiares y sociales.

Cabe agregar que las horas de comida no son solo para ingerir alimentos, comer acompañado es muy agradable, algunas recomendaciones de Pérez y Cruz (2010) son comer con alguien más que esté dispuesto a acompañarlo y divertirse al preparar los alimentos, comer fuera del hogar de vez en cuando en parques o restaurantes cercanos, escribir recetas que gustaban familiares o uno mismo también ayuda.

Se siguen las recomendaciones de Ojeda para una buena nutrición en el adulto mayor, se instruye a las personas mayores a cuidarse para tener una buena calidad de vida:

- Comer porciones de tamaño moderado
- Consumir diariamente verduras y frutas de la estación, así como utilizar condimentos naturales
- Evitar ayunos prolongados, comer de cuatro a seis comidas diarias
- Evitar la grasa de origen animal, consumir sal con moderación y limitar el consumo de azúcares
- Beber mínimo 2 litros de líquidos al día
- Disfrutar el ritual de cada comida, comer sin prisa y en compañía
- Transmitir sus tradiciones alimentarias sanas a su núcleo familiar y social
- Preferir una dieta balanceada

Finalmente, es importante retomar que en los adultos mayores se presentan diversos cambios fisiológicos, tales como la disminución en la percepción sensorial, afectando el olfato y el gusto en primer lugar; lo cual afecta el consumo de alimentos (Aleman & Huerta, 2010), afectando a su vez el estado nutricional del adulto mayor.

Cuando se habla sobre cambios en el adulto mayor, también su aspecto social tiene adaptaciones. Las habilidades sociales en adultos mayores, como en otro sector de la población, es necesario que se entrenen de manera constante (López, 2013), y qué mejor que un programa intergeneracional como Escudero (2013) realiza en Valladolid; la autora concluye que esas intervenciones constituyen una herramienta fundamental para estimular y mejorar las relaciones entre las personas mayores y las generaciones más jóvenes, al tiempo que favorecen su desarrollo personal, social y afectiva

De manera general, el tiempo de ocio para los adultos mayores aumenta considerablemente, por lo que algunas investigaciones dedican su intervención a realizar actividades recreativas con los adultos mayores.

Se tiene en cuenta principalmente la definición de Lande (2004) respecto al tiempo libre, al cual refiere la cantidad de tiempo que sirve para ejercer una libertad personal y de expresión, así como el ocio siendo necesario el tiempo libre y llenando dicho tiempo con una acción de total elección y resultando en un uso voluntario y placentero, teniendo plenitud en sentido personal y/o social.

### **Aspectos Psicosociales y Calidad de Vida en el Adulto Mayor**

Respecto a las investigaciones con diseño *ex – post facto*, es decir que realizan análisis descriptivo-comparativo de los datos sociodemográficos que obtuvieron de población adulta mayor.

El análisis a continuación realizado se desglosa de acuerdo a las variables que conservan una relación directa con la calidad de vida de las personas adultas mayores.

El primer dato sociodemográfico analizado es la edad. Dueñas, Bayarre, Triana y Rodríguez (2009) sostienen que los resultados de su estudio no muestran evidencias para afirmar relación entre el sexo y la calidad de vida percibida, sin embargo, al realizar el análisis de la distribución por grupos de edad existe un predominio de la categoría 'calidad de vida baja', y existen la tendencia, con diferencia estadística significativa, a que la percepción de la calidad de vida sea peor en la medida que se incrementa la edad y viceversa.

Respecto al género y la calidad de vida, algunos estudios (Estrada et al., 2013; Melguizo, Acosta & Castellano, 2012) encuentran diferencias significativamente donde las mujeres son parcialmente más dependientes y con un bajo puntaje en la valoración de la calidad de vida, aunque también reportan que poseen mayor autocuidado y plenitud espiritual mientras que los hombres tienen mejor bienestar físico y psicológico. Tener nivel de escolaridad secundaria o mayor y vivir acompañados parece tener una relación positiva con la CVRS.

R. González y González (2012), Osorio et al., (2011) y Vera (2007), relacionan la calidad de vida con el estado de salud, encontrando que un deficiente estado de

salud, o estado de fragilidad, tiene una correlación positiva con el puntaje en la calidad de vida, esto es que si el estado de salud es deficiente igualmente su puntuación en calidad de vida.

Castaño y Cardona (2015) analizando el estado de salud entendido como concepto subjetivo que depende de la conjunción de efectos de condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social'; su conclusión es que ser mujer, presentar comorbilidad, no recibir tratamiento y poca accesibilidad a los servicios de salud, son factores asociados a una baja autopercepción del estado de salud en adultos mayores. Se cita la definición de los autores con la intención de resaltar los elementos en común a lo que se entiende por calidad de vida en el presente trabajo.

Peña, Terán, Moreno y Bazán (2009) estudian la autopercepción de la calidad de vida y lo que respecta al grado de satisfacción con el estado actual de salud, cerca del 80% de sus 150 encuestados mencionaron sentirse bastante, mucho o algo satisfechos, mientras que la variable "valerse por sí mismo", 62.7% mencionó no tener dificultad para realizar tareas fuera de casa. Por lo que los autores sostienen que si el adulto mayor pueda valerse por sí mismo, se siente satisfecho con su estado de salud y su relación familiar y con el apoyo de amigos o vecinos, la persona mayor es funcional, aun cuando se tenga algún padecimiento; al considerarse útil y no un cargo para la familia y sociedad en la que se desenvuelve.

Así mismo, Corrales, Tardón y Cueto (2000), encuentran alguna relación entre un nivel aceptable pero no óptimo del estado funcional, la dependencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y la depresión dando como resultado a su vez una menor calidad de vida. Aunado a esto, cuando se estudia la depresión en el adulto mayor y su relación con los factores sociodemográficos, Ibarzábal (2003) encuentra que las personas institucionalizadas muestran mayor satisfacción al asistir a centros de día en comparación con los adultos mayores que no forman parte de alguna institución.

Osorio et al. (2011) encontraron en grupos focales que el entorno social es uno de los factores más importantes cuando se trata de la calidad de vida, el cual brinda seguridad y apoyo cuando se encuentra en óptimas condiciones, habiendo una tendencia a percibir buena calidad de vida si el entorno social es óptimo.

Cuando se trata del bienestar subjetivo, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) llevó a cabo una investigación en el 2012 con población Mexicana, de 60 a 70 años haciendo una medición del Bienestar subjetivo. Para la investigación se contó con una muestra probabilística de 1147 adultos mayores de la ciudad de México, indicando que el 54.75% se considera feliz, el 31.75% moderadamente feliz, el 10% poco feliz y el 3.46% no es feliz. Otro dato importante que se reporta es que el 46.5% se siente satisfecho con la vida, el 35.65% es moderadamente satisfecho, el 13.44% está poco satisfecho y un 4.4% está insatisfecho con la vida. Además 61% de los entrevistados se consideran fuertes ante las adversidades de la vida y 70% confían en ellos mismos. Partiendo de estos datos se puede notar que la mayoría de los adultos mayores que se encuentran entre los 60 y 70 años de edad se consideran felices, satisfechos con la vida, fuertes ante las adversidades de la vida y con confianza en sí mismos, porque se consideran con un óptimo bienestar subjetivo.

Existen investigaciones en adultos mayores institucionalizados, es decir en algún asilo o albergue, en los que se analizan variables tales como la depresión, nivel de independencia y bienestar psicológico.

Respecto a la depresión, Estrada et al. (2013) analizan que aspectos como baja puntuación en la calidad de vida, no tener alguna formación académica, presentar algún deterioro funcional, ser mujer y presentar dependencia para la realización de las actividades cotidianas, así como la comorbilidad con procesos de ansiedad se observaron asociados con mayor posibilidad de presentar síntomas depresivos por parte del adulto mayor institucionalizado. Concluyen que la presencia de sintomatología depresiva muestra deterioro de la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados, debido a la pérdida de roles, del contacto con sus seres queridos y el sentirse en un estado de dependencia, son factores facilitan

percepción de vulnerabilidad. Así mismo, los autores sostienen que los adultos mayores que viven con personas ajenas a su núcleo familiar, que cuentan con poco apoyo de sus familias o que no se sienten tan satisfechas con dicho apoyo, tienden a presentar más síntomas de depresión que quienes cuentan con un apoyo familiar satisfactorio.

Molina, Meléndez y Navarro (2008) investigas acerca del bienestar psicológico en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, así como los factores que brindan satisfacción. Aunque para los adultos mayores institucionalizados son más homogéneos los porcentajes de los aspectos que influyen, son sociales y valorativos los factores que tienen mayor porcentaje, mientras que para la personas no institucionalizadas son los familiares, recreativos y de seguridad. Los autores concluyen que dadas las relaciones sociales que se crean en las instituciones, los adultos mayores tienen mayor grado de satisfacción social, a diferencia de los adultos mayores no institucionalizados que presentan mayor percepción de bienestar en el apoyo familiar.

Aunque en México la población adulta mayor dice encontrarse bien, como en la encuesta citada del INEGI, los estudios consultados concentran su trabajo en población sin deterioros considerables ni enfermedades crónicas. Esto puede ser debido a que se vuelve difícil trabajar con adultos con un grado de deterioro físico o psicológico severo. Además el trabajo es en su mayoría preventivo, es debido a lo anterior mencionado que en el presente trabajo se busca una intervención proactiva y con población en su mayoría dependiente. Esto se corroborará con los objetivos del programa de intervención así como con la puntuación obtenida en los instrumentos explicados en el apartado correspondiente.

### ***Mejoramiento de la Calidad de Vida en los Adultos Mayores.***

Respecto a ésta vertiente en investigación del incremento de la calidad de vida, se pueden observar tres líneas de intervención principales: la terapia cognitiva conductual, la terapia ocupacional y la activación física.

En los últimos años se han realizado algunas investigaciones que hacen evidente la influencia que tiene el ejercicio físico en beneficio de los procesos psicológicos básicos y en la calidad de vida (Espinosa et al., 2013; Fiatarone, 2010; Rivera, 2009; Heydarnejad & Hassanpour, 2010; Chodzko-Zajko et al., 2009)

Las intervenciones realizadas consisten en rutinas de ejercicios diseñados para adultos mayores que incluyen calentamiento, ejercicio aeróbico y anaeróbico, y relajación. Se relacionan efectos sobre las rutinas de ejercicio y arrojan evidencia estadísticamente significativa de que hay un beneficio considerable en la calidad de vida. (Bou et al. 2012; Heydarnejad & Hassanpour, 2010; Langlois et al. 2012),

La recomendación de los expertos, según Soto y Toledano (2001), es que toda persona adulta debe realizar 30 minutos o más de actividad física moderada al menos 5 días a la semana, esto aplica igualmente a los adultos mayores. La rutina que más se recomienda es el entrenamiento muscular y la flexibilidad; el entrenamiento de fuerza puede aportar ciertos beneficios para los adultos mayores. Entre ellos se encuentran: la mejoría en receptividad a la insulina, una correcta absorción de energía, incluso hay disminución del riesgo de fractura, teniendo una menor repercusión la descalcificación ósea. Respecto a los beneficios de la flexibilidad muscular, es proporcionar la agilidad necesaria para poder moverse con mayor velocidad y facilita la elasticidad reduciendo el riesgo de lesiones musculares.

No es necesaria emplear una rutina complicada en los 30 minutos que son recomendados. De acuerdo con Ellis, R. (2013), un buen equilibrio ayuda a prevenir caídas, las que representan la principal razón de emergencia de casa habitación en las personas mayores, el entrenamiento muscular también es apoyado por estos autores, quienes sostienen que estudios canadienses comprueban que incluso hay beneficios a nivel celular, contribuyendo a un funcionamiento de las mitocondrias similar al de adultos jóvenes.

La principal línea de intervención basada en el modelo de terapia cognitivo-conductual se dedica a reestructurar algunas ideas o creencias buscando con esto efectos positivos en la forma en que los adultos mayores perciben la vejez, a sí

mismos, las pérdidas en su vida, entre otras. Su objetivo es corregir ideas irracionales, ansiedad y depresión. Samana (2009), obtiene resultados que indican un aumento duradero (seguimientos de 1 y 3 meses) en el bienestar subjetivo debido a la disminución de ideas y comportamientos indeseables.

Otro enfoque de este mismo modelo se basa en la enseñanza de habilidades sociales y fortalecimiento de las redes de apoyo. Su objetivo principal es el de favorecer la percepción positiva de sí mismos, estimular la convivencia con otros adultos mayores, la empatía, la participación, la independencia y mejorar sus relaciones interpersonales. Los resultados de intervenciones con esta perspectiva indican mejoras significativas en la convivencia familiar, en interacción con jóvenes universitarios y entre los mismos adultos mayores, dando lugar a una mejor calidad de vida (Marín & García, 2004; Acuña, 2012; Bravo & Pimentel, 2007).

El segundo modelo de intervención está 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 algo 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 & Sandoval, 2005).

Mazadiego et al. (2011), arroja evidencia de los efectos positivos de la terapia ocupacional, reportando una mejora en la autoestima, comunicación y calidad de vida de adultos mayores. Además encontraron que también aumentó su desempeño en las áreas de autocuidado, productividad y distracción.

Referente a la tercera línea principal de investigación, la nutrición y buena alimentación en adultos mayores los resultados de la investigación documental resulta la descrita a continuación.

La mala nutrición en adultos mayores puede resultar en mal funcionamiento muscular, hospitalización prolongada e incremento del riesgo de mortalidad, entre muchas otras repercusiones. En cambio, cuando existe una alimentación adecuada y se combina con la ejercitación muscular incrementa el índice de masa

muscular, disminuyendo a su vez el riesgo de anemia y hospitalización (Caplan, 2014).

### ***Sistema de Programas Integrados y Salud en el Adulto Mayor***

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. 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.

Lo anterior, aunado a la transición demográfica y epidemiológica, se ha traducido en elevados gastos de atención médica. Situación ante la cual a principios del año 2001 – 2002 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) creó en México una estrategia llamada Programas Integrados de Salud, que integró un conjunto acciones antes dispersas para atender los problemas de salud de la población. Siendo así una estrategia que ordena y sistematiza la prestación de los servicios preventivos a través de cinco grandes programas: Salud del Niño (menores de 10 años), del Adolescente (de 10 a 19 años), de la Mujer (de 20 a 59 años), del Hombre (de 20 a 59 años) y del Adulto Mayor (60 y más años). El contenido de los programas se elaboró con base en la magnitud, trascendencia, impacto y vulnerabilidad de los daños o factores de riesgo a prevenir.

Con lo anterior se cambió el enfoque tradicional de los programas de salud: de la prevención de enfermedades y riesgos específicos, a la protección de la salud de grupos poblacionales (Muñoz-Hernández, 2006). Uno de los aspectos clave en el diseño de estos programas es que puedan ser aplicados en diferentes contextos y que cubran necesidades diferentes. Lo que hace pensar en un diseño de programas lo suficientemente flexible para poder ser adaptado a diferentes situaciones, contextos y necesidades.

Asimismo, de que el Sistema de Programas Integrados (SPI) trata de interrelacionar programas o subprogramas de diversa índole por ejemplo, aquellos programas educativos enfocados a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con objetivos particulares que sumados pueden producir un efecto sinérgico sobre la salud y bienestar de las personas (Bisquerra, 2003). Es decir, es un programa que puede integrar aspectos nutricionales, actividad física, autocuidado, esparcimiento, de educación, entre otros (Grañeras et al., 2009; Pérez & Cruz, 2010).

La recomendación principal de Peña et al (2009) respecto a la intervención con el adulto mayor es que debe centrarse en un enfoque educativo donde las tareas deben ser lo suficientemente viables para que sea capaz de llevarlas a cabo.

Con base en lo anterior, se considera adecuado la intervención mediante programas, ya que el sistema de programas integrados abarca aspectos generales y sus beneficios se interrelacionan para conseguir potencialmente un mejor resultado.

La literatura al respecto supone que todo programa que integre técnicas y ejercicios cuyo beneficio está comprobado potencia su efecto debido al conjunto de acciones que sumadas pueden incrementar o mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas mayores.

Por tanto y de acuerdo con Álvarez et al. (2008) se concluye que el SPI se caracteriza por ser una acción continuada, previamente planificada, encaminada a lograr unos objetivos, con la finalidad de satisfacer necesidades, y/o enriquecer, desarrollar o potenciar determinadas competencias enfocadas al cuidado de la salud.

Las investigaciones analizadas en el presente trabajo con respecto a la calidad de vida en adultos mayores que se citan en los apartados anteriores, intervienen o realizan su análisis en solo algunos aspectos de la calidad de vida de las personas. Sin embargo, la definición de calidad de vida relacionada con la salud refiere que los aspectos involucrados dependen de las relaciones existentes entre

el mismo conjunto de variables; es decir es un concepto de amplio espectro, en el cual se valoran todos los aspectos a la vez.

En lo que respecta al objetivo de la evaluación psicológica con un enfoque en el análisis ecoevaluativo, la Dra. Mikulic (s.f.) refiere que debe comprometerse en buscar formas de entender y evaluar la conducta como un sistema en constante equilibrio adaptativo, y de esta forma lograr que las características del sujeto y las variables contextuales se entiendan como el conjunto que busca dicho equilibrio. Además otro de los objetivos actuales de la evaluación psicológica deberá ser el uso de diferentes técnicas y métodos (tales como la observación, escalas de autoinforme, pruebas objetivas, registros psicofisiológicos, pruebas proyectivas, etc.) de tal forma que se logre determinar en qué medida cada uno de ellos puede aportar información más relevante para explicar una conducta. Es de esa forma que se entiende la evaluación de la CVRS y los adultos mayores en la presente investigación.

Por esta razón se propone una intervención diseñada con base en el *sistema de programas integrados* basado en las investigaciones consultadas en el desarrollo del presente trabajo.

## **JUSTIFICACIÓN**

Sin duda alguna existen algunos factores que influyen en la cantidad de años que viven las personas, aumentando la demanda de servicios tanto médicos como psicológicos.

Se estima que para el año 2050 la población mundial mayor a 60 años alcanzará el 22%, lo que corresponde a 400 millones de adultos mayores a los 60 años (OMS, 2012). Mientras que más de la cuarta parte de la población mexicana será mayor de 60 años, aproximadamente el 26% (INEGI; ONU).

Gozar de buena salud, así como de apoyo social, es fundamental para que las personas mayores mantengan su independencia y puedan tener un lugar en la vida familiar y social.

El INEGI en el 2012 concluyó que los ancianos de entre 60 y 70 años se perciben a sí mismos, felices y satisfechos con la vida, sin embargo Dueñas, et al., 2009; Estrada et al., 2013; Osorio et al., 2011; Peña et al., 2009, concluyeron que a mayor edad menor calidad de vida.

Es decir, existe evidencia de que hay un sector de la población adulta mayor que puede tener ciertas dificultades que deben ser atendidas, pero también que pueden ser superadas y además de eso, ser personas productivas socialmente. La investigación en el área social ha demostrado que existen características que favorecen la calidad de vida de este sector poblacional, tales como relaciones sociales y control de emociones, que disminuyen el riesgo de presentar depresión y aislamiento social; una alimentación balanceada y actividad física regular que garanticen un estado de salud favorable, excluyendo el estado frágil de salud. Por consiguiente resulta importante generar programas de intervención basados en evidencias empíricas de la eficacia de llevar a cabo ciertas actividades que favorecen la calidad de vida, y de esta manera progresar en materia de investigación.

Por tanto, es importante desarrollar un programa de intervención dirigido a la población que se encuentra sin deterioro físico y cognitivo severo, para que su

calidad de vida se mantenga y no disminuya con el paso del tiempo. Es decir que el programa propuesto debe de ser de carácter preventivo (proactivo).

Para evitar retroceder replicando lo que ya está científicamente comprobado, el presente trabajo plantea conjuntar dichas evidencias en subprogramas que en conjunto se obtendrá la sinergia planteada por el Sistema de Programas Integrados, favoreciendo la probabilidad de incrementar la calidad de vida en adultos mayores.

Además, las ventajas de adquirir un enfoque preventivo en atención con personas adultas mayores permiten alcanzar un nivel óptimo de salud, identificar a los individuos en riesgo así como seleccionar racionalmente el tratamiento adecuado para la persona tomando en cuenta su estado de salud así como las capacidades funcionales presentes y futuras de la persona (Ojeda, 2010).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los efectos sobre la calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de adultos mayores entre 60 y 70 años de edad que recibieron una intervención basada en el Sistemas de Programas Integrados?

## OBJETIVOS

### **General:**

- Describir los resultados obtenidos acerca de la calidad de vida relacionada con la salud autoreportada de un grupo de adultos mayores de 60 a 70 años de edad antes y después de una intervención basada en el Sistemas de Programas Integrados.

### **Particulares:**

1. Diseñar una intervención basada en el Sistemas de Programas Integrados para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de un grupo de adultos mayores entre 60 y 70 años.
2. Implementar una intervención basada en el Sistemas de Programas Integrados para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de un grupo de adultos mayores entre 60 y 70 años.
3. Comparar la calidad de vida relacionada con la salud percibida antes y después de la intervención basada en el Sistemas de Programas Integrados.

## MÉTODO

### ***Diseño de Investigación***

Se utilizó un diseño cuasi experimental, de un solo grupo con pre y post test. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

### ***Participantes***

Participó una muestra intencional y voluntaria de 15 adultos mayores entre 60 y 70 años de edad, residentes del Estado de México y que asistían a la Clínica Universitaria de Atención a la Salud “Los Reyes” de la FES Zaragoza, UNAM. De los cuales solo 5 fueron incluidos en el análisis de datos debido a que el resto presentaron dificultades para asistir al programa de intervención tales como: cuidar de una persona en casa (nietos o un enfermo), disponibilidad de tiempo, actividades laborales, problemas de salud, entre otros motivos.

- **Criterios de inclusión:** de 60 a 70 años, alfabetizados, con nivel de independencia alto, con enfermedades crónico-degenerativas nulas o leves y un deterioro cognitivo casi nulo, que les permita realizar actividades cotidianas.
- **Criterios de exclusión:** edad menor a 60 años, analfabetos, con deterioro cognitivo moderado o severo, con nivel de dependencia alto, con enfermedades crónico degenerativas de moderadas a graves no controladas.

### ***Escenario***

Clínica Universitaria de Atención a la Salud “Los Reyes” de la FES Zaragoza, UNAM. Ubicada en calle Universidad, Col. Ancón de los Reyes, CP. 56410, municipio Los Reyes Acaquilpan, Estado de México. La clínica ha proporcionado una atención integral para el adulto mayor desde hace aproximadamente 15 años.

## **Instrumentos**

Para llevar a cabo la evaluación psicológica se integró un cuadernillo de aplicación con los siguientes instrumentos (Ver Anexos 2 y 4):

1. **Ficha de Identificación y datos sociodemográficos.** Es un instrumento redactado para la presente investigación, consta de un conjunto de 8 preguntas referentes a la información del participante. Los datos requeridos son edad, sexo, estado civil, tiempo aproximado que tiene ese estado civil, con cuántas personas vive actualmente, con quién vive actualmente, su nivel máximo de estudios y el nivel socioeconómico en que la persona considere estar, éste último basado en el índice de Niveles Socio Económicos (NSE) creado por la Asociación Mexicana de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI), es normativo. Se basa en un análisis estadístico, que permite agrupar y clasificar a los hogares mexicanos en siete niveles, según su capacidad para satisfacer las necesidades de los integrantes en los siguientes ámbitos: vivienda, salud, energía, tecnología, prevención y desarrollo intelectual. Según la AMAI (2017) “... *La satisfacción de estas dimensiones determina su calidad de vida y bienestar.*”

Instrumento utilizado únicamente en la evaluación previa a la implementación del programa de intervención *ProMeCaVi*.

2. **Hoja de Respuestas Mini-Mental adaptada del Mini Examen Mental de Folstein (modificado)** para evaluar deterioro cognitivo de la Dra. Ana Luisa González-Celis. Revalidado y estandarizado de la primera versión en español del MMSE en población geriatra, por Lobo et al. (1999), el instrumento cumple con los criterios de factibilidad, validez de contenido, validez de procedimiento y validez de constructo. La fiabilidad test-retest: kappa ponderado = 0,637. MEC-30 (punto de corte 23/24), sensibilidad = 89,8%, especificidad = 75,1% (80,8% con el corte a 22/23), y la curva ROC, AUC = 0,920. Los coeficientes de las distintas partidas fueron satisfactorios y la especificidad aumenta en MEC-35 (83,9%). Otras versiones españolas del MMSE no han mejorado estos coeficientes. Utilizado únicamente en la

evaluación previa a la implementación del programa de intervención *ProMeCaVi*, para determinar si la persona padecía algún nivel de deterioro cognitivo respecto a la orientación, siendo la primer función cognitiva que mide el del *Mini Examen Mental de Folstein (modificado)*, siendo un autoreporte sencillo de contestar en un tiempo bastante breve.

3. **Cuestionario de Actividades Físicas de Nagi (1976)** (según Mendoza, 2008). Evalúa nueve actividades de funcionalidad física, en donde se califica si la persona es capaz de realizarla sin dificultad, con dificultad o no es capaz de realizarlo. Este instrumento solo fue utilizado para seleccionar la muestra de estudio.
4. **Láminas COOP-WONCA**. El instrumento utilizado para la evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Contempla siete dimensiones, cada una medida con una única pregunta (ver tabla 1). El puntaje global del instrumento va de 7 puntos (uno por cada dimensión) hasta 35 (cinco en cada dimensión); las puntuaciones más altas refieren peores niveles de funcionamiento, de tal forma que la puntuación de cada lámina permite la interpretación directa de cada dimensión que corresponda a la calidad de vida (Lizán & Reig, 2002).

<b>Tabla 1. Dimensiones de las láminas COOP-WONCA. Elaborada para la presente investigación</b>	
<b>DIMENSIÓN</b>	<b>PREGUNTA EMPLEADA EN EL INSTRUMENTO PARA MEDIR LA DIMENSIÓN</b>
Forma física	Durante las 2 últimas 2 semanas.... ¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?
Sentimientos	Durante las 2 últimas 2 semanas.... ¿en qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?
Actividades cotidianas	Durante las 2 últimas 2 semanas.... ¿cuánta dificultad ha tenido al realizar actividades o tareas habituales, tanto

<b>Tabla 1. Dimensiones de las láminas COOP-WONCA. Elaborada para la presente investigación</b>	
	dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?
Actividades sociales	Durante las 2 últimas 2 semanas.... ¿su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos o grupos?
Cambio en el estado de salud	¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?
Estado de salud	Durante las 2 últimas 2 semanas.... ¿cómo calificaría su salud en general?
Dolor	Durante las 2 últimas 2 semanas.... ¿cuánto dolor ha experimentado?

5. *Cuestionario de Calidad del Programa de Mejoramiento de la Calidad de Vida "ProMeCaVi"*, se utilizó en la evaluación posterior al programa. Los asistentes al programa calificaron la calidad del servicio que recibieron a lo largo de las sesiones de intervención. El instrumento no cuenta con respuestas correctas o incorrectas, por lo que solo se registran sus comentarios como propuestas para mejorar el programa.

### **Procedimiento**

El programa de intervención y la evaluación psicológica de los participantes se llevó a cabo del 3 de octubre al 5 de diciembre del 2016 en las instalaciones de la Clínica Universitaria de Atención a la Salud (CUAS) "Los Reyes" de la FES Zaragoza, UNAM ya que es una clínica universitaria de Atención Integral para el Adulto Mayor. El protocolo de este programa se llevó a cabo a partir de los siguientes pasos:

1. Se accedió a la Clínica Universitaria de Atención a la Salud "Los Reyes". Se presentó la propuesta de intervención a la Coordinadora de la Clínica quien aprobó su operación. Se hizo la invitación a las personas que asistían al

grupo de actividad física y se presentó la propuesta del “*ProMeCaVi*” y se les invitó a participar. Aquellos que aceptaron voluntariamente se les pidió firmaran la Carta de Consentimiento Informado (Anexo 1).

2. Los adultos mayores que aceptaron y dieron su consentimiento se les realizó la evaluación pre-tratamiento en la cual participaron 15 adultos mayores. Se aplicó la Ficha de Identificación e Información Socio-demográfica, el Mini-Mental, el Cuestionario de Actividades Físicas de Nagi y las Láminas COOP-WONCA (Anexo 2).
3. Se aplicó el Programa de Intervención (del 3 de octubre al 5 de diciembre del 2016), que consistió en 6 sesiones con una duración de 60 minutos (Anexo 3).
  - Sesión 1: presentación y bienvenida a “*ProMeCaVi*”. De manera grupal se practicó la actividad Body Scanning. Se llevó a cabo la evaluación previa. Firma del Consentimiento informado
  - Sesión 2: entrenamiento autogénico (subprograma relajación autogénica), la motivación para el cambio (subprograma manejo de las emociones) y se retoma información acerca de la importancia de la buena nutrición, el plato del buen comer y recomendaciones alimenticias (subprograma alimentación balanceada).
  - Sesión 3: revisión de los componentes cognitivos de las habilidades sociales (subprograma habilidades sociales), se realizaron los primeros pasos de un encuadrado tipo biblioteca (subprograma recreación) y se practicó entrenamiento autogénico (subprograma relajación autogénica).
  - Sesión 4: representación de situaciones de ansiedad y miedo (subprograma manejo de emociones), se continuó con el encuadrado tipo biblioteca (subprograma recreación), se retomó la importancia de la higiene de los alimentos, los cambios en la dieta asociados con la edad y las recomendaciones dietéticas (subprograma alimentación balanceada).

- Sesión 5: práctica de las respuestas conductuales de las habilidades sociales (subprograma habilidades sociales), se concluyó con el encuadrado tipo biblioteca (subprograma recreación) y se practicó entrenamiento autogénico (subprograma relajación autogénica).
  - Sesión 6: evaluación posterior a la intervención.
4. Una vez concluidas las sesiones de intervención se llevó a cabo la evaluación psicológica post-tratamiento que incluyó la aplicación de las láminas COOP-WONCA y el Cuestionario de Calidad del *programa de mejoramiento de la calidad de vida "ProMeCaVi"* (Anexo 4).

### **Consideraciones éticas**

Los adultos mayores participantes fueron informados de los objetivos, contenidos y alcances del programa de intervención "*ProMeCaVi*" basado en el Sistema de Programas Integrados para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud. Se solicitó su consentimiento por escrito (ver Anexo 1) para participar en el mismo destacando que su participación es de carácter totalmente voluntario. Se hizo hincapié que los resultados serán únicos y exclusivamente con fines de investigación, y de carácter confidencial. Además de que su participación en el mismo no pone en riesgo su salud y bienestar psicológico.

## RESULTADOS

### A. Características Sociodemográficas

Participaron inicialmente 15 adultos mayores, 73% mujeres (11) y 27% hombres (4) de los cuales, solo se analizaron los datos del 33% (5 personas) ya que estos cumplieron con la evaluación pre y postratamiento, así como las sesiones de intervención.

En la Tabla 2 se presentan las características sociodemográficas de la muestra total inicial (n=15), y en la Tabla 3 las correspondientes a los participantes que completaron exitosamente la evaluación y el programa de intervención.

Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra total inicial de estudio ( n=15)

Característica	Porcentaje (frecuencia) o media ( $\bar{X}$ )
<b>Sexo</b>	
Hombres	27% ( 4)
Mujeres	73% (11)*
<b>Edad</b>	$\bar{X}$ = 64
<b>Estado Civil</b>	
Soltero	6.6% (1)
Casado	60% (9)*
Con pareja	6.6% (1)
Divorciado	13.3% (2)
Viudez	13.3% (2)
<b>Tiempo de Edo. Civil</b>	
Soltero	$\bar{X}$ =63 años
Casado	$\bar{X}$ =42.6 años
Con pareja	$\bar{X}$ =40 años
Divorciado	$\bar{X}$ =12.5 años
Viudez	$\bar{X}$ =5.5 años
<b>Con quién vive</b>	
Pareja	33.3% (5)*
Hijos	6.6% (1)
Hermanos	6.6% (1)
Madre	6.6% (1)
Pareja e hijos	6.6% (1)
Pareja, hijos y nietos	20% (3)
Pareja, hijos y hermanos	6.6% (1)
Hijos y nietos	13.3% (2)
<b>Escolaridad</b>	
Primaria	60% (9)*
Secundaria	13.3% (2)
Bachillerato	13.3% (2)
Superior	13.3% (2)

Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra total inicial de estudio ( n=15)

Característica	Porcentaje (frecuencia) o media ( $\bar{X}$ )
<b>Nivel Socioeconómico*</b>	
C+	6.6% (1)
C	20% (3)
C-	40% (6)
D+	13.3% (2)
No contestaron	20% (3)

\*De acuerdo con el índice de Nivel Socioeconómico de la Asociación Mexicana de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI, 2017).

Tabla 3. Características sociodemográficas de la muestra que cumplió con las evaluaciones y el programa de intervención (n=5).

Característica	Porcentaje (frecuencia) o media ( $\bar{X}$ )
<b>Sexo</b>	
Mujeres	100% (5)
<b>Edad</b>	$\bar{X}$ = 63.8
<b>Estado Civil</b>	
Casado	60% (3)
Con pareja	20% (1)
Viudez	20% (1)
<b>Tiempo de Edo. Civil</b>	
Casado	$\bar{X}$ =42 años
Con pareja	$\bar{X}$ =40 años
Viudez	$\bar{X}$ =6 años
<b>Con quién vive</b>	
Pareja	20% (1)
Hijos y nietos	20% (1)
Pareja e hijos	20% (1)
Pareja, hijos y nietos	40% (2)
<b>Escolaridad</b>	
Primaria	100% (5)
<b>Nivel Socioeconómico*</b>	
C	20% (1)
C-	40% (2)
D+	20% (1)
No contestó	20% (1)

\*De acuerdo con el índice de Nivel Socioeconómico de la Asociación Mexicana de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI, 2017).

Los resultados de la aplicación del Mini Examen Mental de Folstein se encuentran en la Tabla 4. El cual se aplicó para asegurar que los aspirantes al programa no presentaban síntomas de deterioro cognitivo. Los resultados muestran ausencia

de esta condición lo que les permitía realizar actividades cotidianas, y de orientación.

Tabla 4. Nivel de deterioro cognitivo según Hoja de respuestas del Mini Examen Mental de Folstein ( n=15)

<b>Función cognitiva</b>	<b>Porcentaje de respuesta correcta (frecuencia)</b>
<b>Orientación</b>	
Fecha	100% (15)
Año	80% (12)
Mes	100% (15)
Día del mes	86.6% (13)
Día de la semana	93.3% (14)
Hora aproximada	100% (15)
Lugar	93.3% (14)
País	100% (15)
Estado	100% (15)
Colonia	100% (15)
<b>Promedio de respuestas incorrectas por persona</b>	$\bar{X}$ :0.4

El Cuestionario de Actividades Físicas de Nagi, se aplicó para determinar el nivel de independencia de la persona y asegurar que cumplía con uno de los cinco criterios de inclusión. únicamente en la evaluación previa a la implementación del programa de intervención *ProMeCaVi*, la tabla 5 describe los resultados de los 15 participantes que asistieron a la evaluación previa al programa de intervención. Pudiendo observar que estos son personas mayores físicamente independientes ( $\bar{X}$ :23.8) y capaces de realizar actividades cotidianas.

Tabla 5. Nivel de independencia según Cuestionario de Actividades Físicas de Nagi ( n=15)

<b>Actividad</b>	<b>Porcentaje (frecuencia)</b>
<b>Extender los brazos por debajo de los hombros.</b>	
Capaz de realizarla sin dificultad	86.6% (13)
Capaz de realizarla con dificultad	13.3% (2)
No la realiza	0% (0)
<b>Extender los brazos por arriba de los hombros.</b>	
Capaz de realizarla sin dificultad	86.6% (13)
Capaz de realizarla con dificultad	13.3% (2)
No la realiza	0% (0)
<b>Levantar objetos de un peso menor de 5 kg.</b>	

Tabla 5. Nivel de independencia según Cuestionario de Actividades Físicas de Nagi ( n=15)

Capaz de realizarla sin dificultad	73.3% (11)
Capaz de realizarla con dificultad	20% (3)
No la realiza	6.6% (1)
<b>Permanecer sentado por más de una hora.</b>	
Capaz de realizarla sin dificultad	66.6% (10)
Capaz de realizarla con dificultad	20% (3)
No la realiza	13.3% (2)
<b>Tomar (agarrar y sostener) pequeños objetos.</b>	
Capaz de realizarla sin dificultad	93.3% (14)
Capaz de realizarla con dificultad	6.6% (1)
No la realiza	0% (0)
<b>Permanecer parado por más de quince minutos.</b>	
Capaz de realizarla sin dificultad	86.6% (13)
Capaz de realizarla con dificultad	6.6% (1)
No la realiza	6.6% (1)
<b>Mover objetos grandes.</b>	
Capaz de realizarla sin dificultad	46.6% (7)
Capaz de realizarla con dificultad	33.3% (5)
No la realiza	20% (3)
<b>Levantar objetos de un peso mayor de 5 kg.</b>	
Capaz de realizarla sin dificultad	60% (9)
Capaz de realizarla con dificultad	20% (3)
No la realiza	20% (3)
<b>Encorvarse, agacharse y arrodillarse.</b>	
Capaz de realizarla sin dificultad	66.6% (10)
Capaz de realizarla con dificultad	13.3% (2)
No la realiza	20% (3)
<b>Nivel total de independencia</b>	$\bar{X}$ :23.8

El *Cuestionario de Calidad del Programa de Mejoramiento de la Calidad de Vida "ProMeCaVi"* se empleó para evaluar la eficacia del programa. En la Tabla 6 se resumen las respuestas de las participantes que completaron las sesiones del programa de intervención. Calificándolo como excelente (60%), útil (100%), de fácil comunicación con el coordinador/a (100%), suficiente en su duración (80%), satisfactorio (60%), y con expectativas cubiertas (100%).

Tabla 6. Respuestas al Cuestionario de Calidad del Programa de Mejoramiento de la Calidad de Vida "ProMeCaVi" ( n=5)

Aspectos a evaluar	Porcentaje (frecuencia)
<b>Atención Recibida</b>	
Excelente	60% (3)*
Buena	20% (1)
Regular	20% (1)

Tabla 6. Respuestas al Cuestionario de Calidad del Programa de Mejoramiento de la Calidad de Vida "ProMeCaVi" ( n=5)

<b>Información</b>	
Útil	100% (5)*
Necesaria	0% (0)
Irrelevante	0% (0)
<b>Comunicación</b>	
Fluida y de fácil acceso	100% (5)*
Difícil y compleja	0% (0)
<b>Duración del Programa</b>	
Suficiente	80% (4)*
Insuficiente	20% (1)
<b>Grado de Satisfacción</b>	
Muy satisfecho	60% (3)
Satisfecho	20% (1)
Regularmente satisfecho	20% (1)
Insatisfecho	0% (0)
Totalmente insatisfecho	0% (0)
<b>Expectativas</b>	
Se cumplieron	100% (5)
No se cumplieron	0% (0)
<b>Asistencia a las sesiones grupales de ejercicio</b>	
Sí	100% (5)
No	0% (0)
<b>Subprograma de mayor ayuda</b>	
Relajación Autógena	20% (1)
Alimentación Balanceada	20% (1)
Habilidades Sociales	40% (2)*
Manejo de emociones	0% (0)
Recreación/encuadernación	20% (1)

En cuanto a las sugerencias y recomendaciones los participantes manifestaron agradecimiento por la información recibida interés en que los temas sean atendidos con mayor profundidad y de continuidad semana (40%).

### **B. Calidad de Vida Relacionada con la Salud (COOP-WONCA).**

El puntaje de la CVRS tiene un amplio rango de evaluación, donde 5 indica una excelente CVRS y 35 hace referencia a una percepción de la CVRS bastante deficiente en todas las dimensiones. Las participantes reportaron su percepción de la CVRS tanto antes como después; mientras que el pretest tiene una media de  $\bar{x}= 15$ , con una desviación estándar de  $s= 1.141280425$ , la media de la CVRS del posttest resulta  $\bar{x}= 16.8$ , con una desviación estándar de  $s= 1.438953868$ . También

se muestra el puntaje total reportado por cada una de las cinco participantes, también se incluye el promedio por cada momento de evaluación (Tabla 7).

Tabla 7. Puntajes de la CVRS pre y post de las participantes.

Participante	CVRS Pre	CVRS Post
esh60	14	9
mec66	23	22
mpr60	21	16
sbf63	8	26
tg70	9	11
	$\bar{X}= 15$	$\bar{X}= 16.8$

Se presentan las respuestas reportadas por las 5 participantes, antes y después de la intervención. Se puede observar que en su mayoría, la respuesta más frecuente (moda) resulta el 1 en la escala del 1 al 5. Dicho puntaje hace referencia a que durante las últimas dos semanas las participantes reportan: haber realizado actividad física muy intensa, que los problemas emocionales no le molestan nada, en absoluto; poseer ninguna dificultad al realizar actividades cotidianas; su salud física y estado emocional no han limitado en absoluto sus actividades sociales; su estado de salud es mucho mejor en comparación a dos semanas atrás; poseen un estado de salud excelente y no ha experimentado nada de dolor (Tabla 8).

Tabla 8. Respuestas pre y postest de las participantes en las Láminas COOP-Wonca

Pre-test								
Particip.	Puntaje Total	Forma Física	Sentimientos	Actividades Cotidianas	Actividades Sociales	Cambio en el Estado de Salud	Estado de Salud	Dolor
Esh60	14	3 actividad física moderada	3 los problemas emocionales le molestan moderadamente	1 ninguna dificultad al realizar actividades cotidianas	1 su salud física y estado emocional no han limitado en absoluto sus actividades sociales	1 su estado de salud es mucho mejor en comparación a dos semanas atrás	2 su estado de salud muy bueno	3 ha experimentado o dolor ligero

Mec66	23	4 actividad física ligera	3 los problemas emocionales le molestan moderadamente	3 dificultad moderada al realizar actividades cotidianas	3 su salud física y estado emocional han limitado moderadamente sus actividades sociales	2 su estado de salud es un poco mejor en comparación a dos semanas atrás	4 su estado de salud es regular	4 ha experimentado dolor moderado
Mpr60	21	2 actividad física intensa	4 los problemas emocionales le molestan bastante	2 Un poco de dificultad al realizar actividades cotidianas	2 su salud física y estado emocional han limitado ligeramente sus actividades sociales	3 su estado de salud es igual, por el estilo en comparación a dos semanas atrás	4 su estado de salud es regular	4 ha experimentado dolor moderado
Sbf63	8	1 actividad física muy intensa	1 los problemas emocionales no le molestan nada, en absoluto	1 ninguna dificultad al realizar actividades cotidianas	1 su salud física y estado emocional no han limitado en absoluto sus actividades sociales	1 su estado de salud es mucho mejor en comparación a dos semanas atrás	1 su estado de salud es excelente	2 ha experimentado dolor muy leve
Tg70	9	1 actividad física muy intensa	2 los problemas emocionales le molestan un poco	1 ninguna dificultad al realizar actividades cotidianas	1 su salud física y estado emocional no han limitado en absoluto sus actividades sociales	1 su estado de salud es mucho mejor en comparación a dos semanas atrás	2 su estado de salud muy bueno	1 no ha experimentado o nada de dolor
<b>Pos-test</b>								
Participante	Puntaje Total	Forma Física	Sentimientos	Actividades Cotidianas	Actividades Sociales	Cambio en el Estado de Salud	Estado de Salud	Dolor
Esh60	9	3 actividad física moderada	1 los problemas emocionales no le molestan nada, en absoluto	1 ninguna dificultad al realizar actividades cotidianas	1 su salud física y estado emocional no han limitado en absoluto sus actividades sociales	1 su estado de salud es mucho mejor en comparación a dos semanas atrás	1 su estado de salud es excelente	1 no ha experimentado o nada de dolor
Mec66	22	4 actividad física ligera	3 los problemas emocionales le molestan moderadamente	2 un poco de dificultad al realizar actividades cotidianas	3 su salud física y estado emocional han limitado moderadamente sus actividades sociales	2 su estado de salud es un poco mejor en comparación a dos semanas atrás	4 su estado de salud es regular	4 ha experimentado dolor moderado

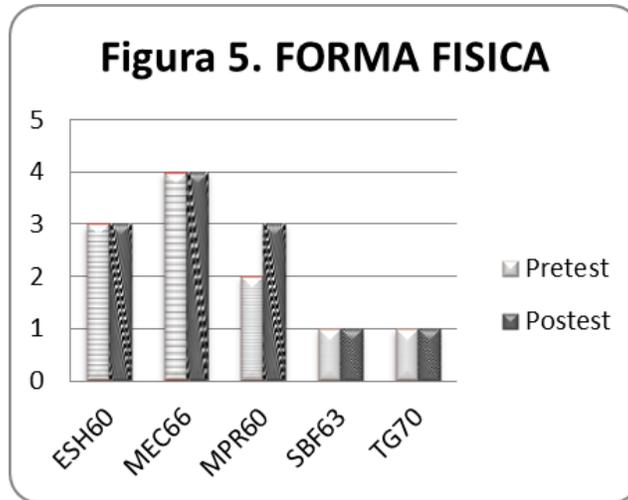
Mpr60	16	3 actividad física moderada	2 los problemas emocionales le molestan un poco	1 ninguna dificultad al realizar actividades cotidianas	1 su salud física y estado emocional no han limitado en absoluto sus actividades sociales	2 su estado de salud es un poco mejor en comparación a dos semanas atrás	3 su estado de salud bueno	4 ha experimentado dolor moderado
Sbf63	26	1 actividad física muy intensa	5 los problemas emocionales le molestan intensamente	5 total dificultad al realizar actividades cotidianas no he podido hacer nada	5 su salud física y estado emocional han limitado muchísimo sus actividades sociales	1 su estado de salud es mucho mejor en comparación a dos semanas atrás	4 su estado de salud es regular	5 ha experimentado dolor muy intenso
Tg70	11	1 actividad física muy intensa	2 los problemas emocionales le molestan un poco	1 ninguna dificultad al realizar actividades cotidianas	1 su salud física y estado emocional no han limitado en absoluto sus actividades sociales	1 su estado de salud es mucho mejor en comparación a dos semanas atrás	2 su estado de salud muy bueno	3 ha experimentado dolor ligero

**Descripción de los datos reportados por las participantes en las Figuras 5 a 12.**

A continuación se describen los datos de cada participante previo y posterior a la intervención. Se retoman cada una de las 7 láminas del instrumento COOP-WONCA por Figura.

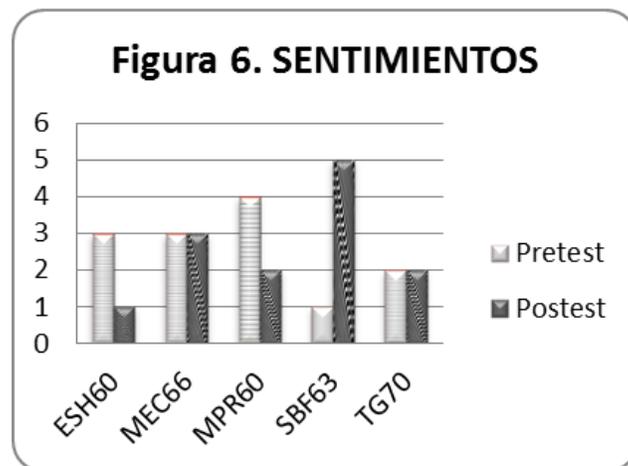
i. Forma física

En la Figura 5 se puede observar que las participantes ESH60, MEC66, SBF63 Y TG70 mantuvieron el mismo nivel. Mientras que la participante MPR60, mostró un aumento en la forma física, lo que significa que se percibe con dificultad para realizar actividad física.



ii. Sentimientos

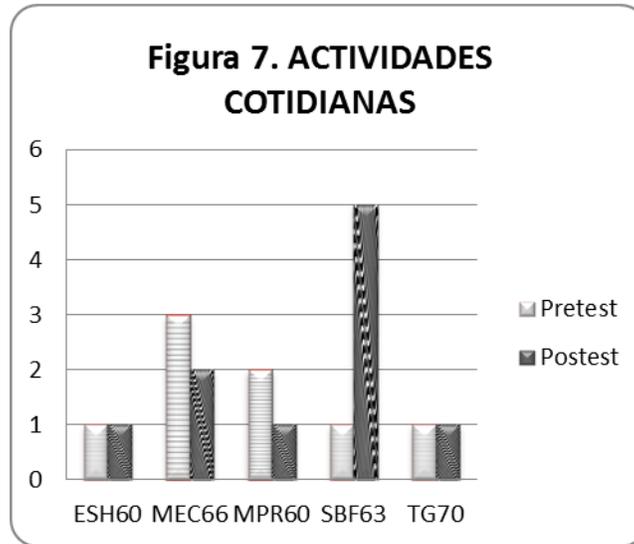
En la Figura 6 los datos apuntan a que hubo dos participantes que mejoraron con la intervención, ESH60 y MPR60, disminuyeron un punto su respuesta, mostrando un mejoramiento. Dos participantes mantuvieron su percepción de la molestia de los problemas emocionales en su vida cotidiana. Sólo una mostró un aumento bastante notable en ésta dimensión.



iii. Actividades Cotidianas

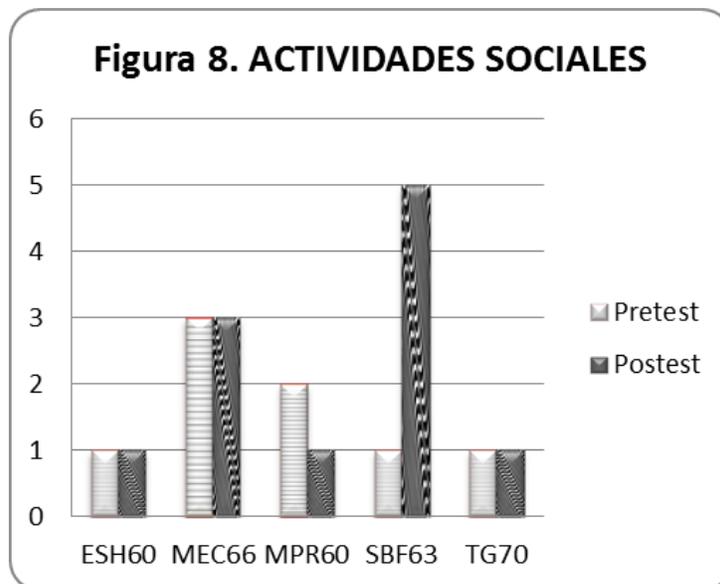
La Figura 7 llama la atención que el caso SBF63 a diferencia del resto, mostró un cambio inverso al reportarse con mayor dificultad para realizar actividades cotidianas después de su participación en el *ProMeCaVi*. Lo que respecta a las

demás participantes, ESH60 y TG70 se mantuvieron sin ninguna dificultad para realizar actividades cotidianas previa y posteriormente a la intervención. Dos participantes favorecieron la realización de sus actividades cotidianas, MEC66 y MPR60.



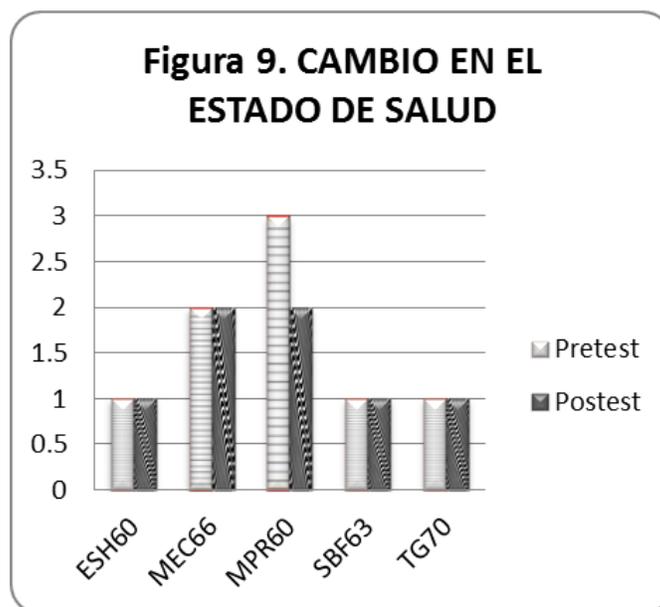
#### iv. Actividades Sociales

Los datos reportados por las 5 participantes referentes a las limitaciones en sus actividades sociales se muestran en la Figura 8. Nótese que tres participantes reportaron la misma respuesta previa y posteriormente a la intervención, mientras que MPR60 mostró mejoría. La participante SBF63 reportó un cambio no favorable en las limitaciones, pasando de ninguna limitación en absoluto a muchísima limitación.



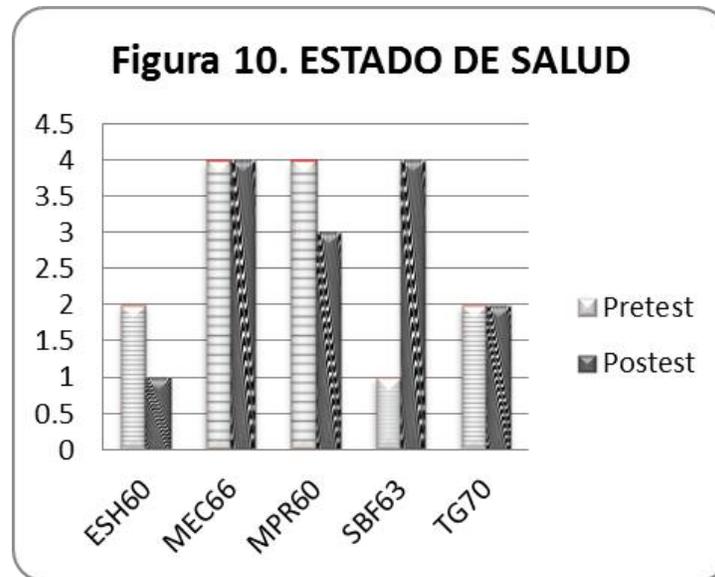
v. Cambio en el Estado de Salud

La Figura 9 muestra los cambios que las participantes reportaron en su percepción respecto al cambio en su estado de salud. En su mayoría, cuatro de cinco, muestra un mantenimiento en su cambio de salud en general. La participante MPR60 mostró mejoría con respecto a la respuesta autoreportada previa.



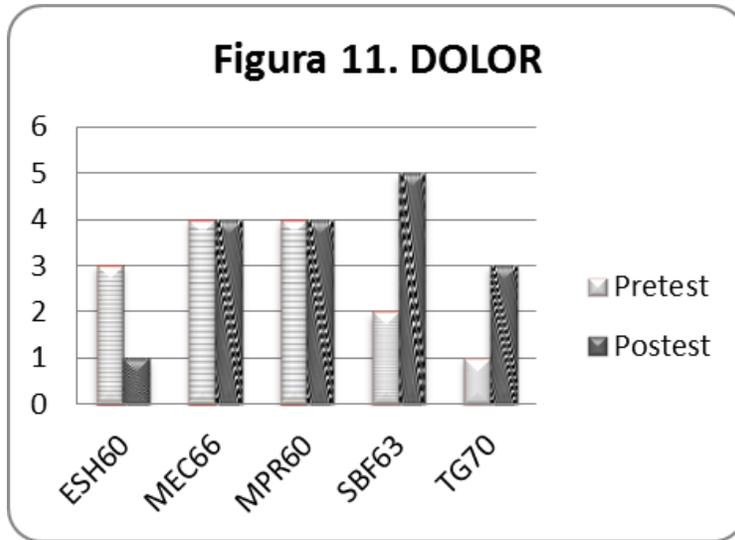
vi. Estado de Salud

En la Figura 10, se observa que las participantes MEC66 y TG70 se perciben con un estado de salud invariable antes y después de participar en el programa de intervención. Hubo mejoría en las participantes ESH60 y MPR60. Por otro lado, empeoró bastante el estado de salud reportado por SBF63 posterior a la intervención.



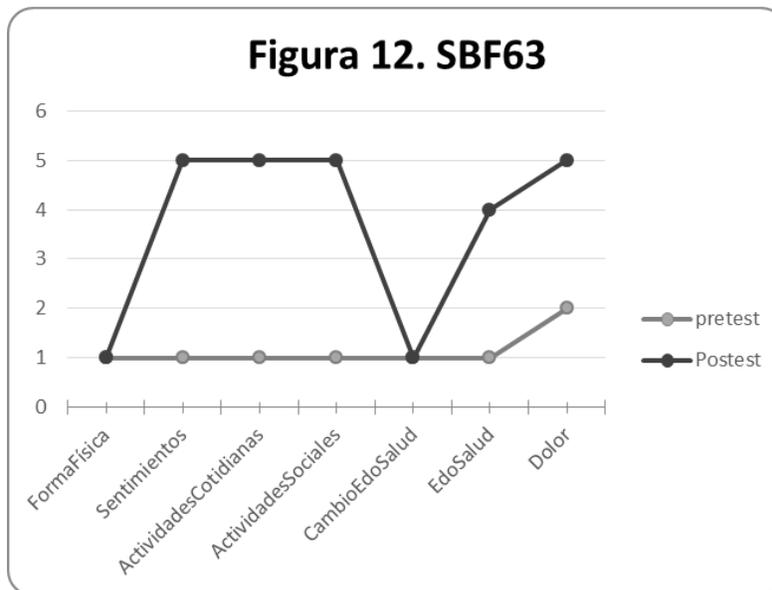
vii. Dolor

Por último, en la Figura 11, se puede ver que el dolor reportado que experimentaron las participantes MEC66 y MPR60 es moderado y se mantiene en la respuesta posttest. La participante esh60 mostró mejoría pasando de dolor ligero a nada de dolor. Finalmente, dos participantes incrementaron su percepción del dolor experimentado al finalizar la intervención.



viii. Reporte de los resultados de la participante SBF63

Como puede notarse, dentro de los resultados se presentó un extraño comportamiento de los resultados de una de las cinco participantes, sbf63. Las figuras previas mostraron en general bastante diferencia entre los datos reportados previos y posteriores al programa. En la figura 12 se muestran las respuestas pretest y postes de las 7 láminas COOP-WONCA. Puede notarse que en cinco de siete factores hay una disminución en su percepción favorable de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) previa a la intervención.



**Tamaño del efecto (*d* de Cohen)**

Se calculó la *d* de Cohen para estimar el tamaño del efecto de la intervención en los resultados previos y posteriores a “ProMeCaVi” (Shaughnessy, Zechmeister y Zechmeister, 2007). El valor de la *d* de Cohen es de 1.38, la cual se puede interpretar como un gran magnitud del efecto de la intervención en los resultados obtenidos.

Para poder interpretar correctamente el tamaño del efecto los puntos de corte se encuentran en la Tabla 9 (González-Celis y Raya, 2017).

Tabla 9. Puntos de corte en *d* de Cohen

Tamaño del efecto	Interpretación de la magnitud
$d < 0.20$	Irrelevante
$d \geq 0.20 - d < 0.50$	Pequeño
$d \geq 0.50 - d < 0.80$	Moderado
$d \geq 0.80$	Grande

Retomado de González-Celis, A. y Raya, L. (2017) Generatividad en adultos mayores mexicanos: asociación entre interés y comportamientos generativos. en *Psicología y Salud*, Vol. 27, Núm. 1: 79-88

## DISCUSIÓN

El proceso de envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga social de la enfermedad y en la calidad de vida de las personas mayores (Botero de Mejía & Pico, 2007).

De acuerdo con la literatura, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en los adultos mayores se ha estudiado utilizando medidas de resultado y estadísticas correspondientes a la morbilidad y la expectativa de vida, no obstante, se conocen poco otros aspectos involucrados, como la percepción sobre su salud, el conocimiento de las redes de apoyo social, la protección social y los servicios de salud, entre otros (Fernández-Ballesteros, 2009).

La calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. El primero, depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, socio-psicológica, cultural y política) que interactúan con él. Mientras que el segundo, está dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos. En este sentido, es importante la manera en como es entendido el envejecimiento y por tanto la manera de estudiarlo.

Cabe rescatar de la literatura revisada que el INEGI reporta en el 2012 resultados del BIARE, concluyendo que los ancianos de entre 60 y 70 años se perciben a sí mismos, felices y satisfechos con la vida, sin embargo Dueñas, et al., 2009; Estrada et al., 2013; Osorio et al., 2011; Peña et al., 2009, concluyeron que a mayor edad menor calidad de vida. En la presente investigación se retoma que los adultos mayores de ese periodo de edad aún son bastante funcionales, no bien teniendo enfermedades crónicas pero controladas. Por lo que se considera que cuando rebasan los 70 años, es cuando los adultos mayores empiezan a tener una disminución en su CVRS.

Al analizar la población que se interesó en formar parte del programa, cabe indicar que reportaron poseer un estado de salud aceptable para el adulto mayor, tener total capacidad de atenderse a sí mismo, además, no reportaron problemas para desarrollarse con plenitud en su ámbito familiar y social; como consecuencia de lo anterior, los adultos mayores que formaron parte de la muestra pueden llevar a cabo el desempeño de actividades de la vida diaria de una manera dinámica. De ahí que se puede concluir que la población goza de un envejecimiento saludable; al ser la funcionalidad una expresión derivada de las dimensiones bio-psico-sociales del adulto mayor, se considera un indicador de salud en esta población (Mendoza et al., 2008).

Al respecto, se considera que el Envejecimiento Activo es la aproximación más apropiada para comprender lo que ocurre con el envejecimiento y la calidad de vida. Ya que el envejecimiento es un proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Ya que percibe al envejecimiento no solo desde la atención sanitaria, sino que incorpora factores de las áreas social, económica y cultural que afectan al envejecimiento de las personas.

Esta postura del envejecimiento activo, se representa con los participantes en el presente estudio ya que se reportaron saludables, independientes para llevar a cabo tareas de la vida diaria, sin deterioro cognitivo, con participación social, integrados a una red social familiar donde aún viven con la pareja. Comparten con otros adultos mayores en actividades grupales y de convivencia. Además de que cuentan con servicios de salud integral a través de la Clínica Universitaria de Atención a la Salud "Los Reyes" de la FES Zaragoza, UNAM. Aunado a eso, su funcionalidad no se ha visto afectada, mantienen buenas condiciones de salud incluyendo algunas subjetivas, como la sensación de bienestar y de buen funcionamiento independientemente conforma el avance de su edad cronológica y de las circunstancias cambiantes de la vida. Como resultado, es pertinente indicar que se tuvo acceso a población con un envejecimiento saludable y exitoso.

La intervención que se llevó a cabo favoreció la percepción de la CVRS en las participantes desde diferentes ámbitos ya que se presentó una mejora importante en el análisis posttest, dos participantes se mantuvieron ya que no presentaron cambios notables, mientras que únicamente una persona tuvo un decaimiento en la percepción de su CVRS.

Al analizar cada dimensión se puede notar que en la forma física se mantuvo la máxima actividad física que reportan realizar por al menos 2 minutos, ya que las participantes resolvieron dudas respecto a las actividades físicas recomendadas. Complementando lo anterior, la basta participación activa e información del subprograma alimentación balanceada permitió que las participantes conocieran las recomendaciones de alimentos favorables y no favorables para mejorar la salud.

Lo que respecta a los problemas emocionales que molestaron en la vida cotidiana de los participantes se favorecieron, es decir, disminuyeron algunos malestares de las respuestas previas a las respuestas posteriores a la intervención ya que en el reporte posterior las respuestas predominantes son moderadamente, un poco y nada en absoluto. Para el manejo de las emociones, en el subprograma homónimo se motivó para el cambio, se elaboró un plan de cambio de conductas que afectan la salud, se explicó el modelo de etapas de cambio, y se practicaron ejercicios para enfrentar ansiedad y miedos. Además de que se fortalecieron habilidades sociales retomando las ideas irracionales y los seis elementos de nuestra vida.

La dificultad que reportan tener las participantes al realizar actividades cotidianas se mantiene siendo ninguna en dos de las cinco. Dos participantes favorecieron la realización de sus actividades cotidianas, pasando de tener moderada o ligera limitación a ligera y ninguna respectivamente. Por otro lado, una participante reporta tener ninguna dificultad para realizar actividades cotidianas previas a la intervención, pero reporta tener total dificultad en los resultados posteriores. Queda claro que las otras cuatro participantes respondieron favorablemente con los subprogramas que componen la intervención. El programa favorece su salud física con ejercicio físico y alimentación balanceada. Complementando su estado

emocional con el entrenamiento autógeno, la práctica de habilidades sociales y el conocimiento y práctica del reconocimiento y manejo de sus emociones.

Al hacer un breve análisis de las limitaciones en las actividades cotidianas que se reportan, tres participantes mantuvieron la misma respuesta previa y posteriormente a la intervención, siendo bueno el mantenimiento de su salud física y estado emocional siendo nula la limitación en sus actividades cotidianas. El cambio que reporta otra participante es favorable, debido a que muestra mejoría ya que previamente reporta una ligera limitación y posteriormente su salud física y estado emocional no limitan en absoluto sus actividades cotidianas. Claramente una participante atravesó por alguna situación personal que permeó de manera significativa su salud física y estado de salud limitando muchísimo sus actividades cotidianas.

Ya que los seis subprogramas actúan de manera sinérgica para lograr que la realización actividades habituales tanto dentro como fuera de la casa no se vea afectada debido a su salud física o por problemas emocionales.

Cuando las participantes comparan el cambio en su estado de salud pretest y postes las participantes mantuvieron su percepción, las cuáles fueron mucho mejor y un poco mejor. Y respecto a la participante número 3 su respuesta mejoró, pasando de “su estado de salud es igual, por el estilo en comparación a dos semanas atrás” a “su estado de salud es un poco mejor en comparación a dos semanas atrás”. Se concluye que hubo mejoría constante en su estado de salud, ya que las respuestas muestran total correspondencia respecto a las de tres meses atrás. Lo anterior comprueba que la intervención permitió que la CVRS reportada por las participantes debido al efecto de sinergia que tienen los subprogramas que integran la intervención diseñada en la presente investigación. Las participantes evaluaron su estado de salud en general antes y después de la intervención, pasando de muy bueno a excelente y de regular a bueno. En dos personas se mantuvo en regular y en muy bueno. Se obtuvo un cambio negativo pasando de un estado de salud excelente a regular, es probable que la razón sea una situación de salud personal, o un cambio en su vida personal que

involucraban sus hábitos saludables, consecuentemente percibiendo un agravamiento en su estado de salud en general.

Por último, la dimensión referente al dolor que han experimentado obtuvo un mejoramiento pasando de experimentar dolor ligero a nada de dolor; dos personas mantuvieron su respuesta, dolor moderado y hubo aumento en el dolor reportado por dos personas, por un lado se obtuvieron las respuestas muy leve y nada de dolor, mientras que por el otro, en el postest se obtuvieron dolor intenso y moderado, respectivamente. Para combatir el dolor la intervención cuenta con el subprograma de actividad física, contando con ejercicios retomados de bibliografía especializada. Así mismo contribuye el subprograma de entrenamiento autogénico, para relajar el cuerpo a través de frases.

Se les pidió comentario o recomendación para la intervención en la que participaron. Las participantes agradecieron la intervención y solicitaron continuidad semanal y clases más a fondo. Ya que en el diseño del programa se intercalan en las sesiones los diferentes subprogramas, se concluye que no agradó la manera en que se planeó la secuencia de las actividades a lo largo de las sesiones.

Otra respuesta que se obtuvo fue la solicitud de más programas, lo cual deja evidente la necesidad de intervenir con mayor frecuencia en dicha población. Las personas necesitan atención del personal capacitado para ayudarlos además de las instituciones de salud pública.

Después de analizar los datos obtenidos de cada dimensión de la CVRS y los comentarios realizados por las participantes, un tema que se sugiere incluir en programas como este es el de Tanatología ya que resultó de gran interés y demandado por los adultos mayores, pues ven en ellos la necesidad de desarrollar alternativas que sirvan de pautas para la mejor forma de ayudar a las pérdidas que se tienen a esa edad. Si bien la muerte de sus seres querido es una situación frecuente, igualmente resulta importante la pérdida de la propia salud, la participación social, el nido vacío e incluso la pérdida de roles dentro de su familia. De mantenerse las condiciones favorables en este grupo de adultos mayores jóvenes, hace pensar en la probabilidad de una reducción significativa de los

riesgos de discapacidad y muerte prematura. Por lo que es importante, mantener una constancia en la práctica de comportamientos saludables, fortalecimiento del apoyo social, participación e involucramiento social y tener acceso a los servicios de salud.

Con respecto a los posibles factores que influyeron en la deserción de los participantes que no concluyeron el programa de intervención, se pueden mencionar los compromisos personales que de alguna forma resultan imprevistos; los cambios en su estado de salud o en personas de las cuales son cuidadores primarios. Ciertamente, la adherencia terapéutica a algún tratamiento del que se forma parte es de vital importancia para el bienestar y es parte de su estado de salud (Palop & Martínez, 2004). Se puede concluir que los participantes no lograron una adherencia terapéutica al programa de intervención.

A pesar de que el grupo ya se encontraba previamente organizado, cabe la posibilidad de que los tiempos de traslado a dicho lugar sean un factor que determine su permanencia en la clínica, por lo que los adultos mayores seguían asistiendo al grupo de ejercicio matutino pero ya no tenían tiempo disponible para concluir las sesiones del programa. Peralta y Carbajal (2008) resaltan varios métodos para medir la no adherencia, uno de los cuales es la asistencia-ausencia a las citas médicas programadas, aunque concluyen que “no implica que los pacientes que acuden a citas sean cumplidores, ni tampoco los que no acuden sean incumplidores”.

Por supuesto que los temas tratados a lo largo de las sesiones pudieron no resultar relevantes a algunas personas, al ser adultos mayores con un envejecimiento exitoso sus preocupaciones e intereses son diferentes, la motivación por asistir es primordial para el cumplimiento del tratamiento (Amador & Esteban, 2015). Incluso reconozco haber recibido comentarios de personas que asistían intermitentemente a las sesiones sobre el interés en temas diferentes. Programas integrales como este podrán evitar o reducir las discapacidades físicas y mentales en la vejez y alcanzar así el equilibrio entre el autocuidado de los mayores, el apoyo de los cuidadores "informales" y los cuidados profesionales. Cabe destacar la petición de que a los cuidadores "informales", en su mayoría

mujeres, que cuiden de un nieto/a o una persona enferma o con discapacidad, se les preste una atención especial, por el riesgo elevado de enfermarse apoyándoles con formación y servicios de atención a la salud física y mental.

Una manera de fomentar el envejecimiento activo en este y otros grupos de adultos mayores es implementar que los sistemas sanitarios y sociales públicos y privados colaboren en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, estableciendo programas integrales de atención a la salud que incluyan educación nutricional, salud bucal, actividad física para el mantenimiento o recuperación de la movilidad y la fuerza, así como también actividades de esparcimiento y recreación en escenarios seguros y de fácil acceso. Tal es el caso de la CUAS “Los Reyes” que permitió la operación del programa de intervención integral “ProMeCaVi”. En el cual se incluyeron algunas recomendaciones de Pérez y Cruz (2010) para tener un envejecimiento exitoso, tales como identificar prioridades, definir límites, prestar atención a uno mismo (necesidades del cuerpo y espíritu), continuar enseñando y aprendiendo, planear actividades manuales para el tiempo libre, permitirse llorar y reír, aprender a manejar situaciones de cambios, planear con tiempo el aspecto económico de la jubilación, escribir una autobiografía, comprometerse en alguna actividad, tener esperanza en el futuro próximo, relacionarse con otras personas, tener una dieta adecuada y actividad física, así como reconocerse mortal y afrontar de manera positiva y aceptar la muerte.

## **CONCLUSIONES**

El programa diseñado en la presente investigación tuvo un gran efecto en la percepción de la CVRS de las adultas mayores de 60 a 70 años de edad.

Los subprogramas lograron un impacto preventivo y favorecen al mantenimiento de los aspectos a evaluar de la CVRS en las láminas COOP-WONCA.

Al diseñar programas de intervención debe tenerse cuenta la participación activa de los adultos mayores a quien está dirigida la intervención, ya que las necesidades pueden variar de acuerdo a la situación económica, social, política y personal de las personas que conformen el grupo interesado.

Las actividades físicas, el entrenamiento autogénico para relajación, la adecuada alimentación, el reconocimiento y manejo de las emociones, la práctica de habilidades sociales, así como la recreación ayudan a las personas de 60 a 70 a mantener y en algunos casos favorecer la CVRS que perciben subjetivamente.

Tener en cuenta la Tanatología como tema central de la intervención podría ser funcional y atractivo a las personas que atraviesan por situaciones que ameriten ayuda profesional, tales como duelos.

Los programas basados en el Sistemas de Programas Integrados fomentan el envejecimiento activo y por ende un menor coste de los servicios de salud, mejor salud física, mental y psicológica.

Las intervenciones basadas en Sistemas de Programas Integrados ordenan y sistematizan la atención de los adultos mayores a través de programas preventivos que impactan el estilo de vida de las personas mayores (nutrición, ejercicio, habilidades de comunicación, etc.).

La funcionalidad de las personas mayores fue una de las características más relevantes de la muestra de estudio. Debido a que podían realizar de forma independiente actividades necesarias de la vida diaria y sin deterioro cognitivo.

Para que los adultos mayores mantengan una buena CVRS es necesario mantener una vejez activa, participativa y saludable.

Como en otras etapas de la vida, la sociedad debe proporcionar a las personas mayores oportunidades necesarias para ser más independientes, gozar de buena salud y ser productivos.

Las actividades grupales, como las realizadas en “*ProMeCaVi*” entre los adultos mayores promueven el bienestar y la participación social creando entornos ambientales más propicios y favorables para el aprendizaje y retroalimentación entre los integrantes.

El envejecimiento activo debe considerarse un objetivo primordial de las instituciones de salud, intentando mejorar la autonomía, la salud y la productividad de los mayores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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. En *Psicología y Salud*, Vol. 23, Núm. 2. Recuperado de: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Christian%20Oswaldo%20Acosta%20Quiroz.pdf>
- 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://132.248.9.195/ptd2013/agosto/099014647/099014647.pdf#search=%22fortalecimiento de las redes%22>
- Albala, C., Lebrão, M., León, E., Ham-Chande, R., Hennis, A., Palloni, A., Peláez, M. y Pratts, O. (2005). Encuesta salud, bienestar y envejecimiento (SABE): Metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev. Panam Salud Publica*. 7(5). 307-322. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26268.pdf>
- Alemán, H. y Huerta R. (2010) Nutrición del adulto mayor. Cap. 22, en Gutiérrez, L. y cols. *Gerontología y nutrición del adulto mayor*. México: McGraw Hill.
- Álvarez, M., Riart, J., Martínez, M. y Bisquerra, R. (2008). El modelo de programas. En R. Bisquerra. *Modelos de orientación e intervención psicopedagógica* (6a. ed.). España: Wolters Kluwer.
- Amador, L.; y Esteban, M. (2015). Calidad de vida y formación en hábitos saludables en la alimentación de personas mayores. *Revista de Humanidades*, núm. 25, artículo 7, ISSN 2340-8995. Recuperado de: [www.unav.edu/matrimonioyfamilia/.../33242\\_Amador-Esteban\\_RH2015\\_Calidad.pdf](http://www.unav.edu/matrimonioyfamilia/.../33242_Amador-Esteban_RH2015_Calidad.pdf)
- Asociación Mexicana de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI) (2017). Índice de Niveles Socio Económicos (NSE). México. Recuperado de <http://nse.amai.org/nseamai2/>

- Beade, A. (2012). Los Adultos Mayores y la salud. PROFECO, Secretaría de Economía. Recuperado de: [http://www.profeco.gob.mx/encuesta/brujula/bruj\\_2012/bol214\\_amayor\\_salud.asp](http://www.profeco.gob.mx/encuesta/brujula/bruj_2012/bol214_amayor_salud.asp)
- Berger, K. (2009). Psicología del desarrollo. Adultez y Vejez. 7a. edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bermejo, L. (2010) Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores. Guía de buenas prácticas. España: Editorial Médica Panamericana.
- Bisquerra, A. (2003). Modelos de orientación e intervención psicopedagógica. Barcelona: Praxis.
- Botero de Mejía, B.E., y Pico, M. E.E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12: 11 – 24.
- Bou, A. et al. (2012). Efectos del entrenamiento físico en el adulto mayor. *Revista del Hospital J. M. Ramos Mejía, Edición Electrónica*. 17(1), pp. 1-43. Recuperado de [https://p0zqgg-ch3302.files.1drv.com/y3md97b8Piq4mSqlirwfazzjpRRxn-15JNorPjv5ljwleGzR0b8ZgvCLrVXWHlw8tWuLN4Jolm3tajB7rc3y5dJLxsvmbZoGXVNL\\_wRG9aHT7y5j86SzTzKtKh0q6QMpOACDarkcRjuGL0ywwliB63MRTpW7\\_90dmiX2Doi0fa8Tf8Y/EFFECTOS%20DEL%20ENTRENAMIENTO%20F%20C%20DSIC%20EN%20EL%20ADULTO%20MAYOR.pdf?psid=1](https://p0zqgg-ch3302.files.1drv.com/y3md97b8Piq4mSqlirwfazzjpRRxn-15JNorPjv5ljwleGzR0b8ZgvCLrVXWHlw8tWuLN4Jolm3tajB7rc3y5dJLxsvmbZoGXVNL_wRG9aHT7y5j86SzTzKtKh0q6QMpOACDarkcRjuGL0ywwliB63MRTpW7_90dmiX2Doi0fa8Tf8Y/EFFECTOS%20DEL%20ENTRENAMIENTO%20F%20C%20DSIC%20EN%20EL%20ADULTO%20MAYOR.pdf?psid=1)
- 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>
- Caplan, G. (2014) Geriatric Medicine. Australia: IP Communications. Pp. 216-226. Recuperado de: [https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=AfnwAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA216&dq=nutrition+and+older+people&ots=eLYdkx7zs1&sig=BNtm3zRX5QlxdFyB2v\\_nwgfmU#v=onepage&q=nutrition%20and%20older%20people&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=AfnwAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA216&dq=nutrition+and+older+people&ots=eLYdkx7zs1&sig=BNtm3zRX5QlxdFyB2v_nwgfmU#v=onepage&q=nutrition%20and%20older%20people&f=false)
- Castaño, D y Cardona, D. (2015). Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. *Revista de Salud Pública*, 17(2), pp. 171-183. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n2.30730>

- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. (2012). Principios del abordaje gerontológico en la persona adulta mayor e intervenciones básicas. Secretaría de Salud: Programa de Salud en el Adulto y el Anciano. Recuperado de: [http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/principios\\_abordaje.pdf](http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/principios_abordaje.pdf)
- 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](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7516.pdf)
- Chodzko-Zajko, W. et al. (2009). Exercise and Physical activity for older adults. *Medicine & Science in sports & exercise*. American College of Sport medicine. DOI: 10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c
- Corrales, E.; Tardón, A. & Cueto, A. (2000). Estado funcional y Calidad de Vida en mayores de setenta años. En *Psicothema*, Vol. 12, núm. 2. Universidad de Oviedo. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=272>
- Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud, OMS. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Regalado, P. [Trad.] *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. 37(S2), pp. 74-105. Recuperado de [http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms\\_envejecimiento\\_activo.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf)
- Diez, O. (2004). Cerebro, funcionamiento cognoscitivo y calidad de vida en la vejez. En Asili, N. (Ed.) *Vida plena en la vejez, un enfoque multidisciplinario*. México: Ediciones Pax: México.
- Dueñas, D.; Bayarre, H.; Triana, E.; y Rodríguez, V. (2009). Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de matanzas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Vol. 25. No. 2. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252009000200002&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252009000200002&script=sci_arttext)
- Dulcey-Ruiz, E.; Quintero, G. Calidad de vida y envejecimiento. En: Rocabrundo J.C..(1999). *Tratado de Gerontología y geriatría Clínica*. La Habana: Academia; pp. 128-136.
- Escudero, S. (2013). Programa intergeneracional de alojamiento compartido: Propuesta de entrenamiento en habilidades sociales. Trabajo Fin de Master en

Psicopedagogía. Valladolid: Universidad de Valladolid. Recuperado de:  
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/3814/1/TFM-G%20196.pdf>

Estrada, A.; Cardona, D.; Segura, A.; Ordóñez, J.; Osorio, J.; y Chavarriaga, L. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), pp. 81-94. Pontificia Universidad Javeriana: Bogotá, Colombia. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/pdf/647/64728729009.pdf>

Ellis, R. (editor in Chief) (2013). 7 years younger. California: Hearst Communications, Inc.  
Espinosa, G.; López, V.; Escobar, D.; Conde, M.; Trejo, G. y González, B. (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), pp. 562-573. Recuperado de  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im135l.pdf>

Fernández-Ballesteros, R. (2000) Gerontología social. Madrid: Editorial Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2004). Una perspectiva psicosocial. Promoción del envejecimiento activo. En L. Salvador-Carulla, A. Cano y JR Cabo-Soler: Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida. AECES. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología. España: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. & Zamarrón, M.D. (2007). Cuestionario Breve para la Calidad de Vida. Madrid: TEA Ediciones. Recuperado de:  
[http://www.uam.es/personal\\_pdi/psicologia/rfb/CVINGLES.pdf](http://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/rfb/CVINGLES.pdf)

Fiatarone, M. (2010). Exercise comes of age as Medicine for older adults. *Research Digest*. 10(3), pp. 1-13. Recuperado de:  
<https://www.presidentschallenge.org/informed/digest/docs/june2010digest.pdf>

Folstein, M.; Folstein, S.; McHugh, P. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), pp. 189-198. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

- García, R. (2014). El envejecimiento activo: Programa en competencia social con personas mayores. Trabajo fin de Máster en Psicopedagogía. Valladolid: Universidad de Valladolid. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/7795/1/TFM-G%20321.pdf>
- García-Viniegras, C. (2005). El bienestar psicológico: Dimensión subjetiva de la calidad de vida. En Revista Electrónica de Psicología Iztacala, Vol. 8, Núm. 2. México. Recuperado de: <http://revistas.unam.mx/index.php/repi/article/viewFile/19260/18262>
- Gómez, C.; Reuss, J. (2004). Manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos. Barcelona: Editores Médicos, S.A. Recuperado de [https://issuu.com/cuidardeidosos/docs/manual\\_de\\_recomendaciones\\_nutricionales\\_en\\_pacient](https://issuu.com/cuidardeidosos/docs/manual_de_recomendaciones_nutricionales_en_pacient)
- González, R. y González, A. (2012). Fragilidad: prevalencia, características sociodemográficas y de salud, y asociación con calidad de vida en adultos mayores. *Atención Familiar*, 19(1), 1-6. Recuperado de [http://www.fmposgrado.unam.mx/atencion\\_familiar/19-1.pdf](http://www.fmposgrado.unam.mx/atencion_familiar/19-1.pdf)
- 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 Mendoza, A. (editor) (2009c). Evaluación en Psicogerontología. México: Manual Moderno.
- González-Celis, A. (2010). Calidad de vida en adultos mayores. En Instituto de Geriatria. Envejecimiento Humano: Una visión transdisciplinaria, pp.365-377.
- González-Celis, A. y Gómez, J. (2013). Quality of life in the elderly: Psychometric properties of the WHOQOL-OLD module in Mexico. Recuperado de: <https://unam.academia.edu/AnaLuisaGonz%C3%A1lezCelisRangel>
- Grañeras, M. (coor). (2009) Orientación educativa: fundamentos teóricos, modelos institucionales y nuevas perspectivas. 2ª edición. España: Secretaría General Técnica, Subdirección General de Información y Publicaciones. Recuperado de [http://www.apega.org/attachments/article/379/orientacion\\_educativa.pdf](http://www.apega.org/attachments/article/379/orientacion_educativa.pdf)

- Gutiérrez, M.; Serra, E.; y Zacarés, J. (2006) Envejecimiento óptimo. Perspectivas desde la psicología del desarrollo. Valencia, España: Editorial Promolibro.
- Hernández, M. (16 de marzo de 2017). Calidad al final de la vida. Presentan la segunda edición de la plataforma Cuidados Paliativos. *Gaceta UNAM*. Recuperado de <http://www.gaceta.unam.mx/20170316/presentan-la-segunda-edicion-de-la-plataforma-cuidados-paliativos/>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P.; (2014). Metodología de la investigación. Sexta Edición México: McGraw-Hill/ Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Heydarnejad, S. & Hassanpour, A. (2010). The effect of an exercise program on the health-quality of life in older adults. *Danish Medical Bulletin* 57/1:A4113. The Danish Medical Association: Denmark. Recuperado de: [http://www.danmedj.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwwpob\\_page.show?\\_docname=4214605.PDF](http://www.danmedj.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwwpob_page.show?_docname=4214605.PDF)
- Ibarzábal, A. (2003) Personas mayores institucionalizadas versus no institucionalizadas: aspectos diferenciales en ansiedad ante la muerte, depresión y satisfacción con la vida. *MAPFRE MEDICINA*, 14(4), pp. 258-264. Recuperado de <http://sid.usal.es/idoocs/F8/ART8678/personas.pdf>
- INAPAM (2010). Por una cultura del envejecimiento. SEDESOL: México.
- INEGI. (2010). Población total por entidad federativa, 1895 a 2010. Recuperado de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo148&s=est&c=29192>
- INEGI. (2010). Índice de envejecimiento por entidad federativa según sexo, 2000, 2005 y 2010. Censo de Población y Vivienda. Recuperado de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo151&s=est&c=29257>
- INEGI. (2010). Pirámide de población, 2005 y 2010. Distribución por edad y sexo. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/temasv2/contenido/DemyPob/epobla28.asp?s=est&c=17509>

- INEGI. (2012). Bienestar subjetivo. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/investigacion/experimentales/bienestar/presentacion.aspx>
- INEGI. (2013). Conociendo México. Tercera edición. Recuperado de: [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod\\_serv/contenidos/espagnol/bvinegi/productos/estudios/conociendo/mexico3er.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod_serv/contenidos/espagnol/bvinegi/productos/estudios/conociendo/mexico3er.pdf)
- 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>
- INEGI (2014c). Perfil sociodemográfico de adultos mayores. Recuperado de: [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espagnol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil\\_socio/adultos/702825056643.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espagnol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf)
- Jaime, A; 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>
- Lande, H. Vejez y ocio. En Schoenfeld, M. (2004). Vida plena en la vejez. México: Editorial Pax
- Langlois, F., Vu, T. T. M., Chassé, K., Depuis, G. Kergoat, M.J. & Bherer, L. (2012). Benefits of Physical Exercise on training on cognition and Quality of life in frail older adults. Journals of gerontology series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 68 (3). 400-401. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22929394>
- Lizán, L.; y Reig, A. (2002). La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. En *Atención Primaria*. 29(6) pp. 378-384. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC). Recuperado de: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?f=10&pid=13029752&pid](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pid=13029752&pid)

[ent\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=27&ty=65&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v29n06a13029752pdf001.pdf](#)

- Lobo, A., et al. (1999). Revalidation and standarization of the Cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population. *Medicina Clínica*, 112(20), pp. 767-774. Recuperado de: <http://europepmc.org/abstract/med/10422057>
- López, J. (2013). Programa de habilidades sociales con personas mayores. Proyecto fin de Máster. Facultad de Educación Trabajo Social: México. Recuperado de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/3822>
- Mantilla, G.; Márquez A.U. (1996). Envejecimiento. Experiencias y perspectivas. Bogotá: AIG.
- 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: [http://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es\\_es/images/vol15-n3-art3-calidad-3edad\\_tcm164-5045.pdf](http://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/images/vol15-n3-art3-calidad-3edad_tcm164-5045.pdf)
- Martínez, F. (2004). Salud y autocuidado. En Asili, N. Vida plena en la vejez. México: Editorial Pax México.
- Mazadiego, T.; Calderón, J.; Solares, C.; Zárate, M.; Torres, L. & Coto, A. (2011). Incremento de la autoestima en los adultos mayores de un hogar de jubilados. En *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 16, núm 1, enero-junio. México: Consejo Nacional para la enseñanza en Investigación en Psicología. Recuperado de: [http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP\\_16\\_1/Infante.pdf](http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP_16_1/Infante.pdf)
- Melguizo, E., Acosta, A y Castellano, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. En *Revista Salud Uninorte*. Vol. 28. No. 2. España. Pp. 251-263. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81724957008>
- Mendoza, V. (coor). (2008). Manual para la evaluación gerontológica integral en la comunidad. Segunda edición. UNAM: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Mendoza, V.; Martínez, M. y Vargas, L. (2008). Gerontología comunitaria. 4° Ed. Hidalgo, México: Secretaría de Desarrollo Social, Instituto para la Atención de los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo.

- Mikulic, I. (s. f.) La evaluación psicológica y el análisis ecoevaluativo. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Recuperado de: <http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20HUMANAS%20DSTICAS%20Y%20SOCIALES/CARRERA%20DE%20PSICOLOG%20C3%8DA%20CL%20C3%8DNICA/07/Psicodiagnostico/La%20evaluacion%20psicologica.pdf>
- Molina, C.; Meléndez, J. & Navarro, E. (2008). Bienestar y Calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, Vol. 4, Núm. 2. Universidad de Valencia. Pp. 312-319. Recuperado de: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/42861/41171>
- Montes, B. y González, A. (2012). Envejecimiento de la población en México: Perspectivas y retos desde los derechos humanos. Instituto Mexicano de Derechos Humanos y Democracia, A.C.: México.
- Muñoz-Hernández, O.; (2006). Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS). *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 44, núm. 1, pp. S1-S2 Instituto Mexicano del Seguro Social: Distrito Federal, México. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745537001.pdf>
- Nagi, S. (1976). An Epidemiology of Disability among Adults in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, Vol. 54, No. 4. Recuperado de: [http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/2897626717/Nagi\\_1976\\_MMFQ.pdf](http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/2897626717/Nagi_1976_MMFQ.pdf)
- Ojeda, M. (2010) Promoción de la salud y medicina preventiva en las personas adultas mayores. Cap. 2, en Gutiérrez, L. et al. *Gerontología y nutrición del adulto mayor*. México: McGraw Hill.
- 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](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](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)

- OMS. (1997). WHOQOL. Measuring Quality of Life. Geneva: WHO, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
- OMS. (2007). Ciudades globales amigables con los mayores: Una guía. Recuperado de: <http://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012). Envejecimiento y ciclo de vida. Datos y cifras. Recuperado de: [http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing\\_facts/es/](http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/)
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). Ageing. Health topics. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/ageing/en/>
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS, 2012). Estrategias de la OPS para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Recuperado de: [http://www.paho.org/par/index.php?option=com\\_content&view=article&id=678:estrategias-ops-calidad-vida-adultos-mayores&Itemid=255](http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=678:estrategias-ops-calidad-vida-adultos-mayores&Itemid=255)
- Osorio, Torrejón y Anigstein, M. (2011). Calidad de vida en personas mayores en Chile. En *Revista Mad*. No. 24. Universidad de Chile. Pp. 61-75. Recuperado de: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/24/osorio03.pdf>
- Palop, V.; y Martínez, I. (2004). Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, vol. 28, núm. 5. Recuperado de [https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28\\_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf](https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf)
- Papalia, D. (2010). Desarrollo humano. México: McGraw Hill.
- Peña, B.; Terán, M.; Moreno, F.; y Bazán, M. (2009). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, vol. 14, núm. 2. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47312308002.pdf>
- Peralta, M.; y Carbajal, P. (2008). Adherencia a tratamiento. *Revista del Centro Dermatológico Pascua*, vol. 17, núm. 3. México. Recuperado de:

<http://promsalud.udenar.edu.co/wp-content/uploads/2014/08/adherencia-revision.pdf>

Pérez, A. y Cruz, L. (2010). Aspectos prácticos de la alimentación y la nutrición del adulto mayor. Cap. 20, en Gutiérrez, L. y cols. Gerontología y nutrición del adulto mayor. México: McGraw Hill.

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. Recuperado de:

<http://www.planamasd.es/sites/default/files/programas/medidas/actuaciones/WEB-GUIA-MASP.pdf>

Quintero, G. Calidad de vida y envejecimiento. En: Prieto, O.; Vega, E. (1996) Temas de Gerontología. Ciudad de la Habana: Científica Técnica.

Rayan, B. y Crawford, P. (2004). Grupos de apoyo para los ancianos ante las pérdidas. En Henry, S., East J. y Schmitz, C. Trabajo Social con Grupos. Modelos de intervención. Madrid: Editorial Narcea.

Rivera, D. (17 de noviembre de 2009). Programa de actividad física en el adulto mayor independiente [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <http://www.efisioterapia.net/articulos/programa-actividad-fisica-el-adulto-mayor-independiente>

Rodrigo, M. J. & Palacios, J. (2001) Conceptos y dimensiones en el análisis evolutivo-educativo de la familia. En: Rodrigo, M. J. & Palacios, J. Familia y desarrollo humano. (Cap. 2). España: Alianza editorial.

Romero-Martínez, M.; et al. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: diseño y cobertura. *Salud Pública de México*. Vol. 55, Sup. 2. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a33.pdf>

Samana, L. (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>

Santrock, J. (2006). Psicología del desarrollo. El ciclo vital. España: McGraw Hill.

- Secretaría de Salud. (2011). Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. Dirección General de Epidemiología.
- Soto, F & Toledano, J. (2001). En forma después de los 50. Guía práctica de ejercicio y salud para adultos y mayores. Madrid: Editorial Gymnos.
- The WHOQOL Group (1998) The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Soc. Sci. Med. 46, 1569-1585. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/whoqol/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/)
- United Nations (2012). World Population Prospects: The 2012 Revision (Medium variant). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Recuperado de: <http://esa.un.org/unpd/wpp/>
- Vera (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. En *Anales de la Facultad de medicina*. No. 68. Vol. 3. Pp. 284-290. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>
- Ware, J.E. y Sherbourne, C.D. (2012) SF-36 sobre el estado de salud. Recuperado de: <http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/PSICOLOGIAMEDICA/2012-13/23PM-CALIDAD-VIDA-CVRS.pdf>
- Worden, A. y Seymour, L. (1994). Psychodynamic group therapy for older adults: The life experiences group. *Journal of Psychosocial Nursing and mental health services*. Vol. 32 (7) Pp. 19-24

## **ANEXOS**

## Anexo 1

### Consentimiento Informado

#### **Declaro en forma libre y voluntaria lo siguiente:**

1. Se me ha informado de las condiciones (duración, horarios, dinámica de trabajo) bajo las cuales se me proporcionará el Programa de Intervención (*ProMeCaVi*), por lo que doy mi consentimiento para que las entrevistas en que involucran sean observadas por los profesionales de la institución (Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM) y/o profesionales externos, invitados para observar su trabajo.
2. Entiendo que la responsable del trabajo de tesis *Ma. de Jesús Cruz Peralta*, la FES-Z, UNAM y sus profesionales son los responsables del uso confidencial y ético del material y/o información contenida en cada caso. Además, se eliminarán de las grabaciones de audio y video, y de cualquier fuente de información la identificación personal del o de los pacientes.
3. Así mismo, doy mi consentimiento para que la entrevista y las sesiones sean grabadas en audio y en video, y que sus transcripciones o partes seleccionadas, así como las notas clínicas y demás datos clínicos sean utilizados con fines de investigación para la evaluación de la propuesta de intervención del presente trabajo de tesis titulado *Mejoramiento de la calidad de vida en adultos mayores*.

4. Entiendo que es importante mi adherencia al tratamiento y que de no cumplir con las indicaciones que me sean dadas, la terapeuta reconsiderará la atención que se me brinda e incluso, de ser necesario, se me canalice o refiera a otro servicio de salud.
5. Queda entendido que mi consentimiento es voluntario y que puedo retirar mi participación y compromiso terapéutico en cualquier momento

Fecha:

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del paciente:

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Profesional responsable:

\_\_\_\_\_

Nombre y firma de la terapeuta:

\_\_\_\_\_

## **Anexo 2**

### **Cuadernillo de Evaluación**



### **Previa a la Intervención**

## Ficha de Identificación y Datos Sociodemográficos

Nombre \_\_\_\_\_

1. ¿Cuántos años tiene?					
2. Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino			
3. ¿Cuál es su estado civil?	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Con pareja	<input type="checkbox"/> Separado	
	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viudo			
4. Tiempo aproximado que tiene con ese estado civil					
5. ¿Con cuántas personas vive actualmente?					
6. ¿Con quién vive actualmente? Puede seleccionar más de una opción	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Pareja/ Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/> Nietos	<input type="checkbox"/> Hermanos
	<input type="checkbox"/> Amigos	<input type="checkbox"/> Alguien más ¿Qué relación tiene con esa persona?			
7. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios?	<input type="checkbox"/> Analfabeta	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> Superior
8. ¿En qué nivel socioeconómico se considera?	<input type="checkbox"/> A/B – alto: suficiente para ahorrar		<input type="checkbox"/> C+ medio alto: cubre todas las necesidades básicas	<input type="checkbox"/> C medio: cuenta con infraestructura básica y tecnología	<input type="checkbox"/> C – medio bajo: cubre necesidades de espacio y sanidad
	<input type="checkbox"/> D+ bajo: solo cubre las necesidades sanitaria		<input type="checkbox"/> D – muy bajo: con vivienda pero carece de algunos servicios básicos	<input type="checkbox"/> E muy muy bajo: carece de todos los servicios básicos	

Instrumento diseñado *exprofeso* para la presente investigación

## HOJA DE RESPUESTAS MINI-MENTAL

<b>Nombre</b>	
¿Qué fecha es hoy?	
¿En qué año estamos?	
¿En qué mes estamos?	
¿Qué día del mes es hoy?	
¿Qué día de la semana?	
¿Qué hora es aproximadamente?	
¿En dónde nos encontramos ahora? (Casa, consultorio, hospital, etc.)	
¿En qué país?	
¿En qué estado?	
¿En qué colonia, delegación o municipio?	
<b>Copiar modelo</b>	

Instrumento diseñado *exprofeso* para la presente investigación

# **CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES FÍSICAS DE NAGI**



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES “ZARAGOZA”  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA  
CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES FÍSICAS DE NAGI**



ACTIVIDAD	CAPAZ DE REALIZARLA SIN DIFICULTAD (3 PUNTOS)	CAPAZ DE REALIZARLA CON DIFICULTAD (2 PUNTOS)	NO LA REALIZA (1 PUNTO)
1. Extender los brazos por debajo de los hombros. (Demostrativo)			
2. Extender los brazos por arriba de los hombros. (Demostrativo)			
3. Levantar objetos de un peso menor de 5 kg. (Demostrativo, de 2 a 4 kg aproximadamente)			
4. Permanecer sentado por más de una hora. (Autoreporte, no es demostrativo)			
5. Tomar (agarrar y sostener) pequeños objetos. (Demostrativo)			
6. Permanecer parado por más de 15 minutos. (Autoreporte, no es demostrativo)			
7. Mover objetos grandes. (Autoreporte, no es demostrativo)			
8. Levantar objetos de un peso mayor de 5 kg. (Demostrativo, máximo 10 kg)			
9. Encorvarse, agacharse y arrodillarse. (Demostrativo, si no puede, no forzar la ejecución)			

**Evaluador (a)** \_\_\_\_\_ **Puntaje total** \_\_\_\_\_

**Supervisor (a)** \_\_\_\_\_

Instrumento retomado de: Mendoza, V. (coor). (2008). Manual para la evaluación gerontológica integral en la comunidad. Segunda edición. México: D.G.A.P.A., CONACYT, I.A.A.M.E.H.

# **Láminas COOP-WONCA**

### Forma física

Durante las 2 últimas semanas...  
¿cuál ha sido la máxima actividad física  
que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?

Muy intensa (por ejemplo, correr de prisa)		1
Intensa (por ejemplo, correr con suavidad)		2
Moderada (por ejemplo caminar a paso rápido)		3
Ligera (por ejemplo, caminar despacio)		4
Muy ligera (por ejemplo, caminar lentamente o no poder caminar)		5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA  
Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

### Sentimientos

Durante las 2 últimas semanas...  
¿en qué medida le han molestado problemas  
emocionales tales como sentimientos de ansiedad,  
depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

Nada, en absoluto		1
Un poco		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Intensamente		5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA  
Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

**Actividades cotidianas**

Durante las 2 últimas semanas...  
¿cuánta dificultad ha tenido al realizar actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad		1
Un poco de dificultad		2
Dificultad moderada		3
Mucha dificultad		4
Toda, no he podido hacer nada		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA  
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

**Actividades sociales**

Durante las 2 últimas semanas...  
¿su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos o grupos?

No, nada, en absoluto		1
Ligeradamente		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Muchísimo		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA  
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

**Cambio en el estado de salud**

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?

Mucho mejor	↑↑ ++	1
Un poco mejor	↑ +	2
Igual, por el estilo	↔ =	3
Un poco peor	↓ -	4
Mucho peor	↓↓ --	5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA  
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

**Estado de salud**

Durante las 2 últimas semanas...  
¿cómo calificaría su salud en general?

Excelente		1
Muy buena		2
Buena		3
Regular		4
Mala		5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA  
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

### Dolor

Durante las 2 últimas semanas...  
¿cuánto dolor ha experimentado?

Nada de dolor		1
Dolor muy leve		2
Dolor ligero		3
Dolor moderado		4
Dolor intenso		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA  
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

HEMOS CONCLUIDO EXITOSAMENTE LA EVALUACIÓN.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SON TOTALMENTE  
CONFIDENCIALES.

## ANEXO 3

# Programa de Mejoramiento de la Calidad de Vida

*ProMeCaVi*



PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

**“PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS  
MAYORES: ProMeCaVi”**

CRUZ PERALTA MARÍA DE JESÚS

RESPONSABLE DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION

ÁREA PSICOLOGÍA CLINICA Y DE LA SALUD

I.	Introducción	2
II.	Justificación del programa	5
III.	Objetivos del programa	6
IV.	Meta	7
V.	Usuarios	7
VI.	Escenario	7
VII.	Instrumentos/Materiales	8
VIII.	Programa Guía	10
IX.	Fase I. Evaluación	14
X.	Fase II. Intervención	15
	Subprogramas	15
	a. Actividad física	15
	b. Relajación autogénica	24
	c. Alimentación balanceada	26
	d. Habilidades sociales	29
	e. Manejo de emociones	32
	f. Recreación	37
XI.	Fase III. Postevaluación	38

## **Introducción**

Son bastantes los factores que determinan cierta relación de los adultos mayores con su percepción de la calidad de vida. Algunos de estos son la edad, el género, el estado de salud, el entorno social, el estar o no institucionalizados, tener depresión, así como su bienestar psicológico y de salud.

En la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad. Esto es el intento de vivir más años y en mejores condiciones físicas, sociales y psicológicas. La nueva cultura de la longevidad, implica el estudio del envejecimiento, el cual no puede reducirse a un mero proceso biológico, pues deben tomarse en cuenta los factores presentes en el contexto en que se produce: factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, espirituales e incluso ambientales.

El envejecimiento es un proceso individual pero condicionado por diversos aspectos, como la sociedad, el estilo y la calidad de vida, entre otros factores.

González-Celis (2005) refiere que la calidad de vida consiste en el grado de satisfacción de las necesidades humanas, tanto objetivas como subjetivas, individuales y sociales, en función del medio ambiente donde se encuentra circunscrito a un tiempo y a un espacio.

Sin embargo, es importante agregar que existen algunos factores cuya interacción influye en la percepción de la calidad de vida de todo individuo. Tales factores importantes a considerar son: el grado de autonomía, relaciones sociales, participación social, condiciones económicas, vivienda, entorno físico o ambiental, tiempo de recreación y de ocio, relación con cuidadores y capacidad de tomar decisiones al final de la vida.

En este programa se parte de la definición de González-Celis (2010) respecto a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), siendo entendida como la percepción individual del grado de bienestar con su propia vida y su salud, teniendo en cuenta una buena salud física y los síntomas relacionados, un estado psicológico óptimo para desenvolverse en su medio y adecuadas interacciones sociales, y por lo tanto se consideran estos factores como los indicadores.

El propósito del Programa de Mejoramiento de la Calidad de Vida en Adultos Mayores *ProMeCaVi* es promover el mejoramiento en la calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas mayores de 60 años y menores de 70 años, tomando como indicadores el tiempo de actividad física que realizan, la relajación corporal, las hábitos alimenticios y prácticas nutricionales, las habilidades sociales que emplea en sus interacciones, así como un óptimo manejo de emociones, y finalmente, las actividades de recreación que emplean en su actividad de tiempo libre.

A su vez, los indicadores son retomados en el programa por cada uno de los seis subprogramas que lo integran, siendo éstos: 1. Actividad física, 2. Relajación autogénica, 3. Alimentación balanceada, 4. Habilidades sociales, 5. Manejo de emociones, y 6. Recreación. El programa se basa en el empleo de técnicas como el modelamiento de la conducta, el role playing, la reestructuración cognitiva, entrenamiento autogénico y el reforzamiento conductual (verbal).

### **Los alcances que se plantean**

- Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de 5 adultos mayores de 60 a 70 años de edad.
- Que los participantes adopten conductas favorables para la calidad de vida relacionada con la salud.
- Promover en el grupo de 5 adultos mayores el proceso de toma de decisiones a favor de su calidad de vida relacionada con la salud.
- Fortalecer las redes de apoyo del grupo de adultos mayores para que las conserven.
- Generar una nueva red de apoyo en el grupo de *ProMeCaVi*.

## Descripción

*ProMeCaVi* contempla un total de 9 horas, está dividido en tres fases, se conforma de seis subprogramas y consta en total de siete sesiones grupales (una por semana) con una duración de 55 a 90 minutos cada sesión. Las tres fases se describen a continuación. Posteriormente, se incluye el programa guía en una tabla organizada por fase, el objetivo, el número de sesiones que abarca, las actividades, el tiempo programado, los materiales y las tareas, si es el caso. Finalmente, se incluye una tabla que describe la planeación del programa organizado por sesiones.

**F1. Evaluación – Sesión 1.** El objetivo principal de esta fase es evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los participantes previa a la intervención. También se realizará una dinámica de integración grupal, la presentación general del programa, lo cual incluye el número total de sesiones, la duración, los temas que se abordarán, así como la manera de hacerlo, las tareas en casa y sus compromisos. Se firmará el consentimiento informado.

**F2. Intervención – Sesiones 2 – 6.** El objetivo en esta segunda fase es la aplicación satisfactoria de todos los subprogramas que conforman *ProMeCaVi*. La implementación de todas las actividades de manera secuencial y contemplando todos los objetivos particulares, esto es: mejorar la coordinación, equilibrio, flexibilidad, resistencia y fuerza muscular; facilitar la adquisición de la técnica de relajación autogénica; promover la alimentación balanceada; fortalecer las habilidades sociales; favorecer el manejo de emociones; así como organizar las actividades de ocio para ocupar el tiempo libre de los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi*.

**F3. Postevaluación – Sesión 7.** La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud posterior a la intervención se llevará a cabo en esta fase. Se realizará en la última sesión del programa y no en una sesión posterior para disminuir el riesgo de muerte experimental.

*Cierre del programa* – En la sesión 7 los participantes realizarán una autoevaluación de las actividades y subprogramas incluidos en *ProMeCaVi* para su mejorar su calidad de vida relacionada con la salud.

*Actividad recompensa de cierre.* Se considera parte del cierre del programa y consistirá en una actividad acordada por todos los participantes en la cual el objetivo será la convivencia de los participantes.

### **Justificación del Programa**

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 el mejoramiento de la calidad de vida relacionada con la salud de personas mayores de 60 años.

Cabe agregar que el programa diseñado en comparación con las intervenciones realizadas hasta al momento plantea la inclusión de dos aspectos psicológicos relevantes en las personas: el aspecto comportamental y el cognitivo. La propuesta de intervención aquí señalada posee un carácter preventivo, al estar dirigido a una población que recientemente es parte del sector poblacional conocido como personas adultas mayores, sin embargo, aún poseen la mayor parte de su independencia. Por lo que se proporcionan herramientas necesarias para la prevención de la disminución de su calidad de vida relacionada con la salud.

Además de que en la presente investigación se consideran las redes de apoyo como un aspecto social que contribuye al mantenimiento y aumento de la percepción de salud y bienestar, aunado a su valoración de calidad de vida.

## Objetivos del Programa

### **General**

Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores de 60 años que participen en *ProMeCaVi*, a través de la adopción de comportamientos saludables tales como la práctica de la actividad física, la relajación autogénica, la alimentación balanceada, el fortalecimiento de sus habilidades sociales, el manejo de las emociones y la recreación.

### **Particulares**

1. Mejorar la flexibilidad, resistencia, fuerza, equilibrio y coordinación de los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi*.
2. Facilitar la adquisición de la técnica de relajación autogénica en los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi*.
3. Promover los hábitos alimenticios adecuados para la nutrición de los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi*.
4. Fortalecer las habilidades sociales de los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi*.
5. Favorecer el manejo de emociones de los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi*.
6. Optimizar la organización de las actividades de ocio para ocupar su tiempo libre de los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi*.

## Meta

Los adultos mayores de 60 años adoptarán de manera paulatina comportamientos saludables que mejoren su calidad de vida relacionada con la salud y tendrán información necesaria y referente a la existencia de diversos factores que favorecen su percepción de bienestar y calidad de vida.

Se espera que las personas beneficiadas con *ProMeCaVi* compartan lo aprendido entre su red de apoyo, para de esta forma expandir el impacto del programa en los adultos mayores.

## Usuarios

Participarán adultos mayores hombres y mujeres residentes del Estado de México que asisten a la Clínica Universitaria de Atención a la Salud (CUAS) “Los Reyes la Paz”, de entre 60 y 70 años de edad, sin deterioro cognitivo ni enfermedades crónico-degenerativas que comprometan su autonomía.

## Escenario

Clínica Universitaria de Atención a la Salud (CUAS) “Los Reyes la Paz”. Ubicada en calle Universidad, Col. Ancón de los Reyes, CP. 56410, municipio Los Reyes Acaquilpan, Estado de México. La clínica ha proporcionado una atención integral para el adulto mayor desde hace aproximadamente 10 años.

## Instrumentos / Materiales

Para llevar a cabo la evaluación psicológica se integró un cuadernillo de aplicación con los siguientes instrumentos (Ver Anexos 2 y 4):

- **Ficha de Identificación y datos sociodemográficos.** Es un instrumento redactado para la presente investigación, consta de un conjunto de 8 preguntas referentes a la información del participante. Los datos requeridos son edad, sexo, estado civil, tiempo aproximado que tiene ese estado civil, con cuántas personas vive actualmente, con quién vive actualmente, su nivel máximo de estudios y el nivel socioeconómico en que la persona considere estar, éste último basado en el índice de Niveles Socio Económicos (NSE) creado por la Asociación Mexicana de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI), es normativo. Se basa en un análisis estadístico, que permite agrupar y clasificar a los hogares mexicanos en siete niveles, según su capacidad para satisfacer las necesidades de los integrantes en los siguientes ámbitos: vivienda, salud, energía, tecnología, prevención y desarrollo intelectual. Según la AMAI (2017) “... *La satisfacción de estas dimensiones determina su calidad de vida y bienestar.*”

Instrumento utilizado únicamente en la evaluación previa a la implementación del programa de intervención *ProMeCaVi*.

- **Hoja de Respuestas Mini-Mental adaptada del Mini Examen Mental de Folstein (modificado)** para evaluar deterioro cognitivo de la Dra. Ana Luisa González-Celis. Revalidado y estandarizado de la primera versión en español del MMSE en población geriatra, por Lobo et al. (1999), el instrumento cumple con los criterios de factibilidad, validez de contenido, validez de procedimiento y validez de constructo. La fiabilidad test-retest: kappa ponderado = 0,637. MEC-30 (punto de corte 23/24), sensibilidad = 89,8%, especificidad = 75,1% (80,8% con el corte a 22/23), y la curva ROC, AUC = 0,920. Los coeficientes de las distintas partidas fueron satisfactorios y la especificidad aumenta en MEC-35 (83,9%). Otras versiones españolas

del MMSE no han mejorado estos coeficientes. Utilizado únicamente en la evaluación previa a la implementación del programa de intervención *ProMeCaVi*, para determinar si la persona padecía algún nivel de deterioro cognitivo respecto a la orientación, siendo la primer función cognitiva que mide el del *Mini Examen Mental de Folstein (modificado)*, siendo un autoreporte sencillo de contestar en un tiempo bastante breve.

- **Cuestionario de Actividades Físicas de Nagi (1976)** (según Mendoza, 2008). Evalúa nueve actividades de funcionalidad física, en donde se califica si la persona es capaz de realizarla sin dificultad, con dificultad o no es capaz de realizarlo. Este instrumento solo fue utilizado para seleccionar la muestra de estudio.
- **Láminas COOP-WONCA.** El instrumento utilizado para la evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Contempla siete dimensiones, cada una medida con una única pregunta (ver tabla 1). El puntaje global del instrumento va de 7 puntos (uno por cada dimensión) hasta 35 (cinco en cada dimensión); las puntuaciones más altas refieren peores niveles de funcionamiento, de tal forma que la puntuación de cada lámina permite la interpretación directa de cada dimensión que corresponda a la calidad de vida (Lizán & Reig, 2002).

<b>Tabla 1. Dimensiones de las láminas COOP-WONCA. Elaborada para la presente investigación</b>	
<b>DIMENSIÓN</b>	<b>PREGUNTA EMPLEADA EN EL INSTRUMENTO PARA MEDIR LA DIMENSIÓN</b>
Forma física	Durante las 2 últimas 2 semanas.... ¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?
Sentimientos	Durante las 2 últimas 2 semanas.... ¿en qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

Actividades cotidianas	Durante las 2 últimas 2 semanas.... ¿cuánta dificultad ha tenido al realizar actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?
Actividades sociales	Durante las 2 últimas 2 semanas.... ¿su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos o grupos?
Cambio en el estado de salud	¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?
Estado de salud	Durante las 2 últimas 2 semanas.... ¿cómo calificaría su salud en general?
Dolor	Durante las 2 últimas 2 semanas.... ¿cuánto dolor ha experimentado?

- *Cuestionario de Calidad del Programa de Mejoramiento de la Calidad de Vida “ProMeCaVi”*, se utilizó en la evaluación posterior al programa. Los asistentes al programa calificaron la calidad del servicio que recibieron a lo largo de las sesiones de intervención. El instrumento no cuenta con respuestas correctas o incorrectas, por lo que solo se registran sus comentarios como propuestas para mejorar el programa.
- **Materiales:**
  - Mobiliario:
    - Sillas con respaldo alto
    - Mesa(s)
  - Material de papelería
    - Plumas
    - Material para encuadernado: cartón comprimido, pegamento, brochas, hojas blancas, papel para forro y tela para forrar las pastas, reglas, hilo encerado, agujas de canevá.
  - Caja con artículos pequeños (granos de arroz y frijol, lentejuelas y chaquiras).

- Bandeja con 3 kg de semillas.
- Bandeja con 8 kg de semillas.
- 1 Reproductor de música
- Discos de música popular
- 1 Bocina
- 6 Pelotas de goma o espuma
- 1 Paquete de palillos chinos (juego de mesa)
- 6 Pinzas de tender ropa
- 6 Bandas elásticas
- Folletos ilustrativos con los ejercicios, las técnicas y las recomendaciones que se revisarán a lo largo de las sesiones.
- Hojas de actividades

## Programa Guía organizado por Fases

### “PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES: *ProMeCaVi*”

**Objetivo general: Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores de 60 años que participen en *ProMeCaVi*, a través de la adopción de comportamientos saludables tales como la práctica de la actividad física, la relajación, la alimentación balanceada, fortalecimiento de sus habilidades sociales, el manejo de las emociones y la recreación.**

FASE	OBJETIVO(S) PARTICULARES	SESION/ES	ACTIVIDAD/ES	TIEMPO	MATERIAL/ES	TAREA/S
F1. Evaluación	1. Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los participantes previo a la intervención.	1	1. Dar la bienvenida al grupo.	5 mins.	7 Cuadernillos de Evaluación. Plumas 7 Sillas de respaldo alto. Mesa grande. Bandeja con 3 kg de semillas. Bandeja con 8 kg de semillas. Caja con artículos pequeños. Folletos ilustrativos con la técnica del Body Scanning	Practicar el Body Scanning en casa por lo menos una vez por día. Llenar autoreporte de cumplimiento de tareas.
			2. Realizar dinámica de integración grupal.	15 mins.		
			3. Presentar el programa.	10 mins		
	2. Realizar la presentación general del programa.		4. Body Scanning	10 mins.		
	5. Aplicar del cuadernillo de evaluación psicológica.		30 mins.			
	6. Cierre de la sesión		20 mins.			
F2. Intervención: a. Actividad Física	1. Mejorar la coordinación, equilibrio, flexibilidad, resistencia y fuerza muscular de los adultos mayores que participen en <i>ProMeCaVi</i> .	2-6	-Modelar y reproducir ejercicios de coordinación.	30 mins.	Folletos ilustrativos con ejercicios de coordinación. 7 Sillas de respaldo alto. 7 pelotas de goma o espuma. 1 paq. de palillos chinos Reproductor de música Bocinas	Practicar en casa los ejercicios aprendidos en la sesión por lo menos 1 vez por día. Llenar autoreporte de
			-Modelar y reproducir ejercicios de equilibrio.	30 mins.		

					7 pelotas de goma o espuma. Reproductor de música Bocinas Cinta masquin	cumplimiento de tareas.
			-Modelar y reproducir ejercicios de flexibilidad.	30 mins.	Folletos ilustrativos con ejercicios de flexibilidad. 7 Sillas de respaldo alto. 7 pelotas de goma o espuma. Reproductor de música Bocinas.	
			-Modelar y reproducir ejercicios de resistencia.	30 mins.	Folletos ilustrativos con ejercicios de resistencia. 7 Sillas de respaldo alto. 7 pelotas de goma o espuma. Reproductor de música Bocinas	
			-Modelar y reproducir ejercicios de fuerza muscular.	30 mins.	Folletos ilustrativos con ejercicios de fuerza muscular. 7 Sillas de respaldo alto. 7 pelotas de goma o espuma. Reproductor de música Bocinas 7 Pinzas p/ tender ropa 7 Bandas elásticas.	

F2. Intervención: b. Relajación autogénica	1. Facilitar la adquisición de la técnicas de relajación autogénica en los adultos mayores que participen en <i>ProMeCaVi</i> .	2, 3, 5	-Entrenamiento autogénico	15 mins.	Folleto ilustrativos con las indicaciones entrenamiento autogénico (Payne, 2005).	Practicar en casa los ejercicios aprendidos en la sesión por lo menos 1 vez por día. Llenar autoreporte motivos de estrés.
F2. Intervención: c. Alimentación balanceada	1. Promover la alimentación balanceada de los adultos mayores que participen en <i>ProMeCaVi</i> .	3, 5	- Información acerca de la importancia de la buena nutrición. - Plato del buen comer - Recomendaciones alimenticias	15 mins.	Folleto ilustrativos con la información adecuada de la promoción de alimentación balanceada de los adultos mayores. 1 lámina sobre el plato del bien comer Comida para escenografía	Explicar lo aprendido en las sesiones al menos a una persona. Llenar autoreporte de ingesta diaria de alimentos.
			- Importancia de la higiene de los alimentos - Cambios en la dieta asociados a la edad - Recomendaciones dietéticas	15 mins.	Folleto ilustrativos con la información adecuada de la promoción de alimentación balanceada de los adultos mayores.	
F2. Intervención: d. Habilidades Sociales	1. Fortalecer habilidades sociales de los adultos mayores que participen en <i>ProMeCaVi</i> .	3, 5	-Los seis elementos de nuestra vida -Ideas irracionales	30 mins.	Folleto informativo con las ideas irracionales.	Llenar autoreporte de ideas irracionales.
			-Respuestas conductuales	20 mins.	Folleto ilustrativo con las respuestas verbales.	
F2. Intervención: e. Manejo de las Emociones	1. Favorecer el manejo de emociones de los adultos mayores que participen en <i>ProMeCaVi</i> .	2, 4	-Motivación para el cambio. -Elaborar un plan de cambio.	30 mins.	Folleto informativo con el modelo de etapas del cambio. 7 formatos del plan de cambio.	Llenar autoreporte de balance decisional
			-Enfrentando ansiedad y	15 mins.	7 Sillas de respaldo alto.	

			miedos.		7 Fichas de registro de recursos. 7 Hojas de la tabla de Forma alternativa de pensar las cosas. 7 Hojas de la tabla de Abanico de posibilidades.	tabla de Forma alternativa de pensar las cosas.
F2. Intervención: f. Recreación	1. Optimizar la organización de las actividades de ocio para ocupar su tiempo libre de los adultos mayores que participen en <i>ProMeCaVi</i> .	3, 4, 5	Encuadernación tipo biblioteca	20 mins.	Hojas blancas, reglas, plumas, agujas Hilo encerado	Disfrutar de una actividad recreativa en casa.
				30 mins.	Cartón comprimido 1 m2 de tela tipo manta Resistol para encuadernación 7 pinceles anchos	
				20 mins.	Papel y tela para forro Pegamento para encuadernación 7 pinceles anchos	
F3. Postevaluación	1. Realizar la evaluación subjetiva de cumplimiento de objetivos y mejora de actividades del programa 2. Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los participantes previo a la intervención. 3. Que los participantes realicen una autoevaluación de las actividades y subprogramas incluidos en <i>ProMeCaVi</i>	7	1. Dar la conclusión al grupo. 2. Aplicar del cuadernillo de evaluación psicológica. 3. Realizar la actividad recompensa de cierre. 4. Cierre del programa.	60 mins.	7 Cuadernillos de evaluación.	

**Programa Guía organizado por Sesiones**

<b>Sesión</b>	<b>Fase</b>	<b>Subprograma</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>
<b>1</b>	1 Evaluación		Bienvenida y presentación del programa. Body Scanning Aplicar el cuadernillo de evaluación	90 min	7 Cuadernillos de Evaluación. 7 Plumas 7 Sillas de respaldo alto. Mesa grande. Bandeja con 3 kg de semillas. Bandeja con 8 kg de semillas. Caja con artículos pequeños. Folletos ilustrativos con la técnica del Body Scanning
<b>2</b>	2. Intervención	a. Actividad Física	-Modelar y reproducir ejercicios de coordinación.	30 mins.	Folletos ilustrativos con ejercicios de coordinación. 7 Sillas de respaldo alto. 7 pelotas de goma o espuma. 1 paq. de palillos chinos Reproductor de música Bocinas
		b. Relajación autogénica	Entrenamiento autogénico	15 min	Folletos ilustrativos con las indicaciones entrenamiento autogénico
		e. Manejo de las emociones	Motivación para el cambio	30 min	Folletos informativos con el modelo de etapas del cambio. 7 formatos del plan de cambio. 7 Formatos de medición subjetiva de la actitud ante el cambio

		c. Alimentación balanceada	Información acerca de la importancia de la buena nutrición. Plato del buen comer Recomendaciones alimenticias	15 min	Folletos ilustrativos con la información adecuada de la promoción de alimentación balanceada de los adultos mayores. 1 lámina sobre el plato del bien comer Comida para escenografía
<b>3</b>	2. Intervención	a. Actividad física	-Modelar y reproducir ejercicios de equilibrio.	30 mins.	Folletos ilustrativos con ejercicios de equilibrio. 7 Sillas de respaldo alto. 7 pelotas de goma o espuma. Reproductor de música Bocinas Cinta masquin
		d. Habilidades sociales	Componentes cognitivos	30 min	Folleto informativo con las ideas irracionales.
		f. Recreación	Encuadernando	20 min	Hojas blancas Reglas Plumas Agujas Hilo mercerizado No. 4
		b. Relajación autogénica	Entrenamiento autogénico	15 min	Folletos ilustrativos con las indicaciones entrenamiento autogénico
<b>4</b>	2 Intervención	a. Actividad física	-Modelar y reproducir ejercicios de flexibilidad.	30 mins.	Folletos ilustrativos con ejercicios de flexibilidad. 7 Sillas de respaldo alto. 7 pelotas de goma o espuma. Reproductor de música Bocinas.
		e. Manejo de las emociones	Enfrentando ansiedad y miedos	15 min	7 Sillas de respaldo alto. 7 Fichas de registro de recursos. 7 Hojas de la tabla de Forma alternativa de pensar las cosas.

					7 Hojas de la tabla de Abanico de posibilidades.
		f. Recreación	Encuadernando	30 min	Cartón comprimido 1 m2 de tela tipo manta Resistol para encuadernación 7 pinceles anchos
		c. Alimentación balanceada	Importancia de la higiene de los alimentos Cambios en la dieta asociados a la edad Recomendaciones dietéticas	15 min	Folleto ilustrativo con la información adecuada de la promoción de alimentación balanceada de los adultos mayores.
<b>5</b>	2 Intervención	a. Actividad física	-Modelar y reproducir ejercicios de resistencia.	30 mins.	Folleto ilustrativo con ejercicios de resistencia. 7 Sillas de respaldo alto. 7 pelotas de goma o espuma. Reproductor de música Bocinas
		d. Habilidades sociales	Respuestas conductuales	20 min	Folleto ilustrativo con las respuestas verbales.
		f. Recreación	Encuadernando	20 min	Papel para forro Resistol para encuadernación 7 pinceles anchos
		a. Relajación autogénica	Entrenamiento autogénico	15 min	Folleto ilustrativo con las indicaciones entrenamiento autogénico
<b>6</b>	3 Post evaluación		Aplicar el cuadernillo de evaluación Actividad recompensa del cierre	60 min	7 Cuadernillos de evaluación.

## Fase 1. Evaluación

- Esta fase se llevará a cabo en una sesión grupal, contando con 3-6 personas, duración total de 90 minutos.

### Objetivos

1. Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los participantes previo a la intervención.
2. Realizar la presentación general del programa

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 90 min.
<b>Evaluación</b>	7 Cuadernillos de Evaluación 7 Sillas de respaldo alto Mesa grande Plumas 7 Folletos ilustrativos de la técnica Body Scanning Bandeja con 3 kg. de semillas Bandeja con 8 kg. de semillas Caja con artículos pequeños.	1. Dar la bienvenida al grupo. (Grupal) – Reforzamiento conductual / Reestructuración cognitiva Agradecer su asistencia; mencionar la importancia del cuidado de uno mismo; felicitar por acciones realizadas a favor de su persona.	10 mins.
		2. Realizar una dinámica de integración grupal. (Grupal) – Reforzamiento conductual Presentación de la moderadora y de los participantes, retomando características positivas de cada uno; se hace una lista con canciones que les gusta bailar (se retoma en la fase de calentamiento del subprograma de actividad física; mencionar compromisos para con el programa. Se comentará sobre la actividad recompensa de cierre.	15 mins.
		3. Presentar el programa. (Grupal) Describir brevemente los objetivos tanto generales como por subprograma, así la estructura de las sesiones; firma del consentimiento informado (Anexo 1).	20 mins.
		4. Body Scanning. (Grupal) – Moldeamiento conductual / Modelamiento conductual Posición – Sentados, ojos cerrados, respiración lenta. Instrucción – Al inhalar prestar atención a diferentes partes del cuerpo, al exhalar sentir que la tensión desaparece. Sin ejercer fuerza alguna durante el ejercicio.	30 mins.
		5. Aplicación del cuadernillo de evaluación. (Individual y Grupal) Los participantes contestarán en orden el cuadernillo de evaluación.	10 mins.
		6. Cierre de la sesión. (Grupal) Reiterar agradecimiento, mencionar las actividades programadas para la siguiente sesión.	5 mins.
<b>Indicadores de cumplimiento</b>			
- <b>Elaboración de lista de asistencia.</b>			
- <b>Llenado completo de los cuadernillos de evaluación psicológica.</b>			

## **Fase 2. Intervención**

### **Objetivo**

1. Llevar a cabo satisfactoriamente todos los subprogramas que conforman *ProMeCaVi*.

### **Sesiones**

- Esta fase se llevará a cabo en seis sesiones grupales, contando con 3-6 personas, con duración de 55 a 60 minutos cada una.
- Todas las sesiones cuentan con cinco minutos de revisión de tarea, formatos (Anexo 6), cinco minutos de cierre de la sesión.

## **SUBPROGRAMAS**

### **a. Actividad Física**

Se recomiendan los siguientes objetivos y actividades para cumplirlos en caso de no contar con previa experiencia y apoyo de un especialista.

#### **Objetivo General:**

Mejorar la coordinación, equilibrio, flexibilidad, resistencia y fuerza muscular de los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi*.

#### **Objetivos Particulares:**

1. Facilitar actividades de coordinación adaptados a adultos mayores.
2. Facilitar actividades de equilibrio adaptados a adultos mayores.
3. Facilitar actividades de flexibilidad adaptados a adultos mayores.
4. Facilitar actividades de resistencia adaptados a adultos mayores.
5. Facilitar actividades de fuerza muscular adaptados a adultos mayores.
6. Que los participantes realicen ejercicio por al menos 30 minutos al día.

### Sesiones

- Este subprograma tendrá una duración de cinco sesiones grupales (con 3 personas mínimo y máximo 6), cada una con duración de 30 minutos.
- Cada sesión cuenta con tres etapas: calentamiento, fortalecimiento y relajación.

### Sesión 1

Tema	Materiales	Actividades	Tiempo Total 30 min.
Coordinación	7 Sillas de respaldo alto 1 Reproductor de música 1 Bocina 7 Pelotas de goma o espuma 1 Paquete de Palillos chinos Folletos ilustrativos con los ejercicios de coordinación	1. Ejercicios de calentamiento. (Grupal) – Modelamiento conductual Ejercicio 1. Posición – De pie Instrucción – Hacer movimientos laterales y circulares de cuello y extremidades, alternando.	(10 min.)
		Ejercicio 2. Posición – De pie Instrucción – Andando con la música, de pie, los brazos en posición del paso de baile, si conoce la letra cantarla para asegurar la respiración fluida.	2 min. 8 min.
		2. Ejercicios de coordinación. (Grupal) – Modelamiento conductual Ejercicio 1. Posición- Sentados. Instrucción - lanzar la pelota hacia arriba con ambas manos y atraparla con ambas manos, después alternando manos.	(10 min.) 2 min.
		Ejercicio 2. Posición – Sentados Instrucción - lanzar la pelota hacia arriba, dar una palmada y atraparla con ambas manos.	2 min. 2 min.
		Ejercicio 3. Posición- Sentados Instrucción- Pasar la pelota debajo de una pierna y después por debajo de la otra.	2 min.
		Ejercicio 4. Posición – Sentados Instrucción – Poner los palillos chinos sobre la mesa, cada quien sujeta los palillos de un color diferente, respetando turnos.	2 min.
		Ejercicio 5. Posición – Sentados Instrucción - Mover los dedos, con la yema del dedo pulgar toca la yema de los demás dedos, alternando, extendiéndolos.	2 min.

	<b>Materiales</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo Total 30 min.</b>
<b>Coordinación</b>	7 Sillas de respaldo alto 1 Reproductor de música 1 Bocina 7 Pelotas de goma o espuma 1 Paquete de Palillos chinos Folletos ilustrativos con los ejercicios de coordinación	3. Ejercicios de relajación. (Grupal) – Modelamiento conductual Ejercicio 1. Posición - de pie Instrucción - Colocar una la pelota entre las dos manos, presionar la pelota y relajar, 8 repeticiones. Ejercicio 2. Posición – Sentados Instrucción - Con la pelota entre las rodillas presionar la pelota y relajar, 8 repeticiones. Ejercicio 3. Posición – Sentados Instrucción - Muecas, con ojos cerrados realizar diferentes ejercicios musculares faciales: fruncir el ceño, levantar las cejas, apretar mandíbulas y relajar, pronunciar letras del alfabeto de forma pausada.	(10 min.)  4 min.  4 min.  2 min.
<b>Indicadores de cumplimiento</b>			
- Autorregistro de cumplimiento de tareas en casa. - Mínimos errores en los ejercicios de coordinación. - Realizar al menos el 80% de los ejercicios indicados.			

## Sesión 2

<b>Tema</b>	<b>Recursos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo Total 30 min.</b>
<b>Equilibrio</b>	7 Sillas de respaldo alto Reproductor de música Bocina Pelotas de	1. Ejercicios de calentamiento. (Grupal) – Modelamiento conductual Ejercicio 1. Posición – De pie Instrucción – Hacer movimientos laterales y circulares de cuello y extremidades, alternando. Ejercicio 2. Posición – De pie	(10 min.)  2 min.  8 min.

goma o espuma Cinta masquin Mesa Folletos ilustrativos con los ejercicios de equilibrio	Instrucción – Andando con la música, de pie, los brazos en posición del paso de baile, si conoce la letra cantarla para asegurar la respiración fluida.	
	2.Ejercicios de equilibrio. (Grupal) – Modelamiento conductual Ejercicio 1. Posición – Sentados Instrucción- Tocar el suelo con la punta del pie, después con el talón, alternando. Ejercicio 2. Posición - De pie Instrucción- Caminar sobre una línea recta marcada en el suelo con cinta masquin: 8 pasos alternando punta y talón, 8 pasos levantando rodillas, 8 pasos, 8 pasos bajando y subiendo brazos. Ejercicio 3. Posición - De pie junto a una mesa Instrucción- Primero de puntillas y bajando talones; después levantando rodillas, alternando; siguiente, levantando rodillas y pie, alternando, 3 repeticiones con respiraciones profundas por cada ejercicio.	(10 min.)  2 min.  5 min.  3 min.
	3.Ejercicios de relajación. (Grupal) – Modelamiento conductual Ejercicio 1. Posición - de pie Instrucción - Colocar una la pelota entre las dos manos, presionar la pelota y relajar, 8 repeticiones. Ejercicio 2. Posición – Sentados Instrucción - Con la pelota entre las rodillas presionar la pelota y relajar, 8 repeticiones. Ejercicio 3. Posición – Sentados Instrucción - Muecas, con ojos cerrados realizar diferentes ejercicios musculares faciales: fruncir el ceño, levantar las cejas, apretar mandíbulas y relajar, pronunciar letras del alfabeto de forma pausada.	(10 min.)  4 min.  4 min.  2 min.
<b>Indicadores de cumplimiento</b>		
- Autorregistro de cumplimiento de tareas en casa. - Mantener la mayor parte del tiempo la espalda recta y mirada al frente.		

**Sesión 3**

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 30 min.
<b>Flexibilidad</b>	7 Sillas de respaldo alto Reproductor de música Bocina Pelotas de goma o espuma Folletos ilustrativos con los ejercicios de flexibilidad	1.Ejercicios de calentamiento. (Grupal) – Modelamiento conductual	(10 min.)
		Ejercicio 1.	2 min.
		Posición – De pie	
		Instrucción – Hacer movimientos laterales y circulares de cuello y extremidades, alternando.	8 min.
		Ejercicio 2.	
		Posición – De pie	
		Instrucción – Andando con la música, de pie, los brazos en posición del paso de baile, si conoce la letra cantarla para asegurar la respiración fluida.	(10 min.)
		2.Ejercicios de flexibilidad. (Grupal) – Modelamiento conductual	
		Ejercicio 1.	2 min.
		Posición – Sentados	
Instrucción – Agarrándose ambas manos, estirarlas a un lado y a otro, alternando, 3 repeticiones	2 min.		
Ejercicio 2.			
Posición – Sentados			
Instrucción – Pasar una mano por debajo y la otra sobre el hombro, tratando de alcanzar ambas manos por la espalda.	2 min.		
Ejercicio 3.			
Posición – De Pie			
Instrucción – Caminar con punta de los pies, regresar caminando sobre talones.	2 min.		
Ejercicio 4.			
Posición – De Pie			
Instrucción - En parejas, de pie frente a frente, a distancia, intentar tocar las manos sin dar paso, 8 repeticiones.			
Ejercicio 5.			
Posición – De Pie			
Instrucción - Frente a la pared, colocar los brazos como apoyo y las piernas separadas a la altura de los hombros, levantar la pierna al frente, tocar la pared con la punta del pie, regresar el pie a la posición original, alternar. 8 repeticiones cada pierna.	2 min.		

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 30 min.	
<b>Flexibilidad</b>	7 Sillas de respaldo alto Reproductor de música Bocina Pelotas de goma o espuma Folletos ilustrativos con los ejercicios de flexibilidad	3.Ejercicios de relajación. (Grupal)– Modelamiento conductual Ejercicio 1. Posición - de pie Instrucción - Colocar una la pelota entre las dos manos, presionar la pelota y relajar, 8 repeticiones. Ejercicio 2. Posición – Sentados Instrucción - Con la pelota entre las rodillas presionar la pelota y relajar, 8 repeticiones. Ejercicio 3. Posición – Sentados Instrucción - Muecas, con ojos cerrados realizar diferentes ejercicios musculares faciales: fruncir el ceño, levantar las cejas, apretar mandíbulas y relajar, pronunciar letras del alfabeto de forma pausada.	(10 min.)  4 min.  4 min.  2 min.	
		<b>Indicadores de cumplimiento</b>		
		- Autorregistro de cumplimiento de tareas en casa. - Flexionar correctamente las extremidades. - Realizar al menos el 80% de los ejercicios indicados.		

**Sesión 4**

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 30 min.		
<b>Resistencia Física</b>	7 Sillas de respaldo alto Reproductor de música Bocina Pelotas de goma o espuma Folletos ilustrativos con los ejercicios de resistencia física	1.Ejercicios de calentamiento. (Grupal) – Modelamiento conductual Ejercicio 1. Posición – De pie Instrucción – Hacer movimientos laterales y circulares de cuello y extremidades, alternando. Ejercicio 2. Posición – De pie Instrucción – Andando con la música, de pie, los brazos en posición del paso de baile, si conoce la letra cantarla para asegurar la respiración fluida.	(10 min.)  2 min.  8 min.		
		2.Ejercicios de resistencia física. (Grupal) – Modelamiento conductual Ejercicio 1. Posición – De pie Instrucción - Caminata Ejercicio 2. Posición – De pie Instrucción – Marchar sin moverse de lugar, incrementar la velocidad de manera paulatina, una vez alcanzado el máximo tolerado, disminuir gradualmente hasta detenerse.	(10 min.)  2 min.  3 min.  5 mins.		
		3.Ejercicios de relajación. (Grupal) – Modelamiento conductual Ejercicio 1. Posición - de pie Instrucción - Colocar una la pelota entre las dos manos, presionar la pelota y relajar, 8 repeticiones. Ejercicio 2. Posición – Sentados Instrucción - Con la pelota entre las rodillas presionar la pelota y relajar, 8 repeticiones. Ejercicio 3. Posición – Sentados Instrucción - Muecas, con ojos cerrados realizar diferentes ejercicios musculares faciales: fruncir el ceño, levantar las cejas, apretar mandíbulas y relajar, pronunciar letras del alfabeto de forma pausada.	(10 min.)  4 min.  4 min.  2 min.		
		<b>Indicadores de cumplimiento</b>			

- Autorregistro de cumplimiento de tareas en casa.  
 - Realizar al menos el 80% de los ejercicios indicados.

**Sesión 5**

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 30 min.
<b>Fuerza Muscular</b>	7 Sillas de respaldo alto Reproductor de música Bocina Pelotas de goma o espuma 7 pinzas de tender ropa 7 bandas elásticas Folletos ilustrativos con los ejercicios de Fuerza Muscular	1.Ejercicios de calentamiento. (Grupal) – Modelamiento conductual Ejercicio 1. Posición – De pie Instrucción – Hacer movimientos laterales y circulares de cuello y extremidades, alternando. Ejercicio 2. Posición – De pie Instrucción – Andando con la música, de pie, los brazos en posición del paso de baile, si conoce la letra cantarla para asegurar la respiración fluida.	(9 min.)  2 min.  7 min.
		2.Ejercicios de fuerza muscular. (Grupal) – Modelamiento conductual Ejercicio 1. Posición – De pie Instrucción - Con una banda elástica, estirar los brazos de forma vertical y contraer, 8 repeticiones	(11 min.)  2 min.
		Ejercicio 2. Posición – De pie Instrucción - Con una banda elástica, estirar los brazos de forma horizontal y contraer, 8 repeticiones	2 min.
		Ejercicio 3. Posición – Sentado Instrucción - Tomar la banda elástica con ambas manos y estirarlo con el pie, alternar, 8 repeticiones con cada uno.	2 min.
		Ejercicio 4. Posición – De pie Instrucción - Con la pelota y de pie, elevar la pelota con los brazos de forma lateral, alternando por arriba de la cabeza, 8 repeticiones.	2 min.
		Ejercicio 5. Posición – De pie Instrucción - Con la pelota y de pie, elevar la pelota con los brazos de forma lateral, alternando por debajo de la pierna, alternando, 8 repeticiones.	2 min.
		Ejercicio 6. Posición – Sentados Instrucción - Con una pinza de tender ropa, mantener abierta la pinza durante 5 segundos, alternando el dedo	1 min.

	que presiona junto al pulgar	
--	------------------------------	--

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 30 min.
Fuerza Muscular	7 Sillas de respaldo alto Reproductor de música Bocina Pelotas de goma o espuma 7 pinzas de tender ropa 7 bandas elásticas Folletos ilustrativos con los ejercicios de Fuerza Muscular	3.Ejercicios de relajación. (Grupal) – Modelamiento conductual Ejercicio 1. Posición - de pie Instrucción - Colocar una la pelota entre las dos manos, presionar la pelota y relajar, 8 repeticiones.	(10 min.) 4 min.
		Ejercicio 2. Posición – Sentados Instrucción - Con la pelota entre las rodillas presionar la pelota y relajar, 8 repeticiones.	4 min.
		Ejercicio 3. Posición – Sentados Instrucción - Muecas, con ojos cerrados realizar diferentes ejercicios musculares faciales: fruncir el ceño, levantar las cejas, apretar mandíbulas y relajar, pronunciar letras del alfabeto de forma pausada.	2 min.
<b>Indicadores de cumplimiento</b>			
- Autorregistro de cumplimiento de tareas en casa. - Realizar al menos el 80% de los ejercicios indicados.			

## Referencias

1. Chávez-Samperio, J.; Lozano, M.; Lara, A. y Velázquez, O. (s.f.). La actividad física y el deporte en el adulto mayor. Bases fisiológicas.
2. 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.

**b. Relajación Autogénica**

**Objetivo General:**

Facilitar la adquisición de la técnica de relajación autogénica en los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi*.

**Objetivos Particulares:**

1. Que los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi* adquieran la técnica del entrenamiento autogénico.

**Sesiones**

- Este subprograma tendrá una duración de tres sesiones grupales (con 3 personas mínimo y máximo 6), cada una con duración de 15 minutos.
- Cada sesión consta de la lectura del protocolo con las frases del entrenamiento autogénico (Anexo 5).

**Sesión 1**

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 15 min.
Entrenamiento autogénico	7 Sillas de respaldo alto 1 Reproductor de audio Música relajante* Folletos ilustrativos con indicaciones del entrenamiento autogénico	1. Entrenamiento autogénico. (Grupal) – Entrenamiento autogénico. Posición – Sentados, con ojos cerrados Instrucción- “Siéntase cómodo, concéntrese en las sensaciones de relajación, paz y calma. Repita mentalmente las sensaciones y sentimientos que yo vaya describiendo en su cuerpo. Permanezca atento a mi voz en todo momento.” Las frases descritas en orden se encuentran en el anexo 5.	(15 min.)
<b>Indicadores de cumplimiento</b>			
- Autorregistro de cumplimiento de tareas en casa - Mantener los ojos cerrados durante la actividad. - Autoreporte de síntomas corporales.			

## Sesión 2

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 15 min.
Entrenamiento autogénico	7 Sillas de respaldo alto 1 Reproductor de audio Música relajante* Folletos ilustrativos con indicaciones del entrenamiento autogénico	1. Entrenamiento autogénico. (Grupal) – Entrenamiento autogénico. Posición – Sentados, con ojos cerrados Instrucción- “Siéntase cómodo, concéntrese en las sensaciones de relajación, paz y calma. Repita mentalmente las sensaciones y sentimientos que yo vaya describiendo en su cuerpo. Permanezca atento a mi voz en todo momento.” Las frases descritas en orden se encuentran en el anexo 5.	(15 min.)
<b>Indicadores de cumplimiento</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorregistro de cumplimiento de tareas en casa</li> <li>- Mantener los ojos cerrados durante la actividad.</li> <li>- Autoreporte de síntomas corporales.</li> </ul>			

## Sesión 3

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 15 min.
Entrenamiento autogénico	7 Sillas de respaldo alto 1 Reproductor de audio Música relajante* Folletos ilustrativos con indicaciones del entrenamiento autogénico	1. Entrenamiento autogénico. (Grupal) – Entrenamiento autogénico. Posición – Sentados, con ojos cerrados Instrucción- “Siéntase cómodo, concéntrese en las sensaciones de relajación, paz y calma. Repita mentalmente las sensaciones y sentimientos que yo vaya describiendo en su cuerpo. Permanezca atento a mi voz en todo momento.” Las frases descritas en orden se encuentran en el anexo 5.	(15 min.)
<b>Indicadores de cumplimiento</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorregistro de cumplimiento de tareas en casa</li> <li>- Mantener los ojos cerrados durante la actividad.</li> <li>- Autoreporte de síntomas corporales.</li> </ul>			

## Referencias

1. Payne, R.A. (2005). Técnicas de relajación. Guía práctica. Barcelona: Paidotribo. (pp.225-278).

### c. Alimentación balanceada

Se recomiendan los siguientes objetivos y actividades para cumplirlos en caso de no contar con la plática informativa de un especialista.

#### **Objetivo General:**

Promover la alimentación balanceada de los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi*.

#### **Objetivos Particulares:**

1. Que los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi* conozcan la importancia de la buena nutrición.
2. Promover el plato del buen comer en los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi*.
3. Que los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi* adquieran conocimiento acerca de los alimentos y sus componentes, así como los alimentos favorables, recomendables y no favorables.
4. Fomentar la higiene de los alimentos en los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi*.
5. Establecer las verdades y los mitos respecto a los cambios en la dieta asociados a la edad con los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi*.
6. Examinar las recomendaciones dietéticas para el cuidado de la salud del adulto mayor a través de una alimentación balanceada.

#### **Sesiones**

- Este subprograma tendrá una duración de dos sesiones grupales (con 3 personas mínimo y máximo 6), cada una con duración de 15 minutos.
- Cada sesión cuenta con tres actividades dirigidas a la promoción de los hábitos alimenticios adecuados para la nutrición de los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi*

**Sesión 1**

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 15 min.
<b>Alimentación Balanceada I</b>	7 Sillas de respaldo alto 1 lámina sobre el plato del bien comer	1. Información acerca de la importancia de la buena nutrición. (Grupal) – Reforzamiento conductual Lluvia de ideas acerca de la importancia de la nutrición; influencia en la no adquisición de enfermedades; las ventajas de la dieta sin desórdenes alimenticios.	(5 min.)
		2. Plato del bien comer. (Grupal) – Reestructuración cognitiva; Role playing. Ejercicio 1. Posición - sentados Instrucción – Revisión del plato del bien comer y su distribución recomendable para una dieta equilibrada Ejercicio 2. Posición - de pie Instrucción – Representar en parejas una conversación acerca de los mitos del plato del bien comer, así como la reestructuración de lo que es recomendable de ingesta diaria.	(5 min.)
		3. Recomendaciones alimenticias. (Grupal) – Reestructuración cognitiva. Alimentos que contienen carbohidratos, alimentos que contienen proteínas. Favorables, para consumo diario; recomendables, para consumo moderado; y las no favorables, para un consumo mínimo.	(5 min.)
<b>Indicadores de cumplimiento</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorregistro de cumplimiento de tareas en casa.</li> <li>- Participación en la lluvia de ideas acerca de la importancia de la buena nutrición.</li> <li>- Representación de al menos un mito del plato del bien comer.</li> <li>- Colaboración en las recomendaciones alimenticias.</li> </ul>			

## Sesión 2

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 15 min.
Alimentación Balanceada II	7 Sillas de respaldo alto	1. Importancia de la higiene de los alimentos. (Grupal) – Reestructuración cognitiva. Ejercicio 1. Analizar en grupo el impacto social; la contaminación de los alimentos; recomendaciones.	(5 min.)
		2. Cambios en la dieta asociados con la edad. (Grupal) – Role playing. Representación por equipos de las creencias populares y sus verdaderas recomendaciones; alimentos contraindicados.	(5 min.)
		3. Recomendaciones dietéticas. (Grupal) – Reforzamiento conductual. Lluvia de ideas acerca de las cantidades recomendadas, restricciones y prácticas favorables.	(5 min.)
<b>Indicadores de cumplimiento</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorregistro de cumplimiento de tareas en casa.</li> <li>- Participación en las recomendaciones para la higiene de los alimentos.</li> <li>- Representación de las creencias populares y sus verdaderas recomendaciones.</li> <li>- Aportación en la lluvia de ideas.</li> </ul>			

## Referencias

1. Chávez-Samperio, J.; Lozano, M.; Lara, A. y Velázquez, O. (s.f.). La actividad física y el deporte en el adulto mayor. Bases fisiológicas, pp. 58-59.
2. Fundación del Empresario Chihuahuense, A.C. (s.f.) Comer bien para sentirse bien. Guía de orientación para el cuidado de la salud del adulto mayor a través de una alimentación balanceada.
3. Mendoza, V.; Martínez, M. y Vargas, L. (2008). Gerontología comunitaria. 4° Ed. Hidalgo, México: Secretaría de Desarrollo Social, Instituto para la Atención de los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo.

#### d. Habilidades Sociales

##### **Objetivo General:**

Fortalecer las habilidades sociales de los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi*.

##### **Objetivos Particulares:**

1. Que los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi* identifiquen sus respuestas cognitivas ante situaciones interpersonales.
2. Promover que los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi* comuniquen verbalmente sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones y derechos sin presentar ansiedad excesiva y de manera no aversiva.

##### **Sesiones**

- Este subprograma tendrá una duración de 2 sesiones grupales (con 3 personas mínimo y máximo 6), cada una con duración de 30 y 20 minutos, respectivamente.
- Cada sesión contiene actividades que favorecen la dimensión cognitiva y conductual de las habilidades sociales.

### Sesión 1

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 30 mins.
<b>Dimensión cognitiva</b>	7 Sillas de respaldo alto. Folleto informativo con las ideas irracionales.	1. Los seis elementos de nuestra vida. (Individual / Grupal) – Reestructuración cognitiva; reforzamiento conductual.	(5 mins.)
		Ejercicio 1.	2 mins.
		Posición – Sentados	
		Instrucción – Individualmente, hacer una lista con los elementos que conforman su vida.	3 mins.
		Ejercicio 2.	
		Posición – Sentados	
		Instrucción – Partiendo de la lista que elaboró cada persona, se realiza la lluvia de ideas y se explican los elementos retomados en Beriso, Plans-Beriso, Sánchez y Sánchez-Guerra (2007).	(10 mins.)
		2. Pensamientos razonables y no razonables. (Grupal) – Reestructuración cognitiva.	3 mins.
		Ejercicio 1.	
		Posición – Sentados	
Instrucción – Elaboración grupal de la tabla de pensamientos razonables y no razonables, retomados de Beriso, Plans-Beriso, Sánchez y Sánchez-Guerra (2007).	4 mins.		
Ejercicio 2.			
Posición – Sentados	3 mins.		
Instrucción – Elaborar lista de las distorsiones de la percepción de la realidad más comunes.			
Ejercicio 3.			
Posición – Sentados			
Instrucción – Ejercicio de identificación de distorsiones.	(15 mins.)		
3. Ideas irracionales. (Grupal) – Reestructuración cognitiva.	10 mins.		
Ejercicio 1.			
Posición – Sentados			
Instrucción – Análisis de 11 ideas irracionales y sus comportamientos derivados.			
Ejercicio 2.			
Posición – Sentados			
Instrucción – Retroalimentación grupal acerca de las ideas irracionales, con apoyo del formato de preguntas de ayuda para cuestionar los pensamientos irracionales (Vergara-Lope y González-Celis, 2011).			
<b>Indicadores de cumplimiento</b>			
<b>- Autorregistro de cumplimiento de tareas en casa.</b>			

- Presentación de la lista de elementos que conforman su vida.
- Elaboración de la lista de percepciones de la realidad más comunes.
- Participación en el análisis de las ideas irracionales.

## Sesión 2

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 20 min.
Dimensión conductual	7 Sillas de respaldo alto. Folleto ilustrativo con las respuestas verbales revisadas.	1.Las respuestas verbales. (Grupal) – Reestructuración cognitiva; Role playing.	(20 mins.)
		Ejercicio 1. Posición – Sentados Instrucción – Construcción grupal de las respuestas comúnmente aceptadas dentro de la conducta socialmente habilidosa, basado en la revisión previa de la literatura.	10 mins.
		Ejercicio 2. Posición – de pie. Instrucción – En parejas, representar 2 de las 12 respuestas comúnmente aceptadas dentro de la conducta socialmente habilidosa.	10 mins.
<b>Indicadores de cumplimiento</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorregistro de cumplimiento de tareas en casa.</li> <li>- Participación en la lluvia de ideas acerca de las conductas socialmente habilidosas.</li> <li>- Representación de al menos 2 respuestas conductuales dentro de las habilidades sociales.</li> </ul>			

## Referencias

1. Beriso, Gómez-Escalonilla, A.; Plans-Beriso, B.; Sánchez, P. y Sánchez-Guerra, R. (2007). Cuadernos de psicoterapia cognitivo conductual. Una orientación pedagógica e integradora. 1.Estrategias cognitivas para sentirse bien. Madrid: EOS.
2. Vergara-Lope, S. y González-Celis, A. (2011). Terapia cognitivo-conductual de grupo en la atención del adulto mayor. Guía práctica para terapeutas. México: UNAM, FES Iztacala.

### e. Manejo de emociones

#### **Objetivo General:**

Favorecer el manejo de emociones de los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi*.

#### **Objetivos Particulares:**

1. Facilitar y motivar el comportamiento saludable en los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi*.
2. Que los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi* realicen un balance decisional sobre el cambio de su conducta de riesgo.
3. Promover las etapas del cambio y su motivación en los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi*.

#### **Sesiones**

- Este subprograma tendrá una duración de 2 sesiones grupales (con 3 personas mínimo y máximo 6), cada una con duración de 30 y 15 minutos, respectivamente.
- La primera sesión contiene elementos de la entrevista motivacional como estrategia para el cambio.
- La segunda sesión contiene actividades para favorecer el manejo de emociones.

**Sesión 1**

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 30 mins.
<b>Motivación para el manejo de emociones</b>	7 Sillas de respaldo alto. Folleto informativo con el modelo de etapas del cambio. 7 Formatos del plan de cambio 7 Formatos de medición subjetiva de la actitud ante el cambio	1.Motivación para el cambio. (Grupal) – Reestructuración cognitiva.	(30 mins.)
		Ejercicio 1. Posición – Sentados Instrucción – Realizar un balance decisional sobre aquella conducta o comportamiento que en los últimos meses esté poniendo en riesgo su salud debido a la falta de manejo de las emociones.	10 mins.
		Ejercicio 2. Posición – Sentados Instrucción – Conocer las cinco etapas del modelo de etapas del cambio, incluyendo la posibilidad de recaída y su posibilidad para renovar la determinación.	5 mins.
		Ejercicio 3. Posición – Sentados Instrucción – Elaborar un plan de cambio. Con base en las preguntas del formato, elaborar el plan de cambio sobre aquella conducta o comportamiento que en los últimos meses esté poniendo en riesgo su salud debido a la falta de manejo de las emociones.	10 mins.
		Ejercicio 4. Posición – Sentados Instrucción – Medición subjetiva de la actitud ante el cambio. Utilizar las escalas subjetivas del formato del plan de cambio, señalando la importancia que tiene para esa persona cambiar esa conducta o comportamiento que en los últimos meses esté poniendo en riesgo su salud debido a la falta de manejo de las emociones.	5 mins.
<b>Indicadores de cumplimiento</b>			
- <b>Autorregistro de cumplimiento de tareas en casa.</b> - <b>Realizar el balance decisional con al menos dos costos y dos beneficios.</b> - <b>Aceptar que en las etapas de cambio existe la posibilidad de recaída y entenderlo como algo positivo.</b> - <b>Elaborar el plan de cambio con la medición subjetiva de la actitud ante el cambio.</b>			

## Sesión 2

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 15 mins.
<b>Manejo de emociones</b>	7 Sillas de respaldo alto.	1.Enfrentando ansiedad y miedos. (Grupal) – Reestructuración cognitiva.	(15 mins.)
	7 Fichas de registro de recursos.	Ejercicio 1. Posición – Sentados Instrucción – Realizar lluvia de ideas acerca de lo que es ansiedad, sus sensaciones físicas y comportamientos.	3 mins.
	7 Hojas de la tabla de Forma alternativa de pensar las cosas.	Ejercicio 2. Posición – Sentados. Instrucción – Realizar lluvia de ideas acerca de lo que es el miedo, sus sensaciones físicas y comportamientos.	3 mins.
	7 Hojas de la tabla de Abanico de posibilidades	Ejercicio 3. Posición – Sentados. Instrucción – Llenar individualmente la ficha de registro de recursos. Al finalizar, se realiza retroalimentación grupal.	3 mins.
		Ejercicio 4. Posición – Sentados. Instrucción – Llenar individualmente la tabla de Forma alternativa de pensar las cosas. Al finalizar, se realiza retroalimentación grupal.	3 mins.
<b>Indicadores de cumplimiento</b>			
- Autorregistro de cumplimiento de tareas en casa. -Participar en la lluvia de ideas. -Llenar todas las hojas de actividades.			

## Referencias

1. Bunge, E.; Gomar, M. y Mandil, J. (2014). Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos. 3ra. Edición. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
2. Ramos-del Río, B. (2007). La entrevista motivacional: una estrategia para el cambio en psicología y salud. En García, M.M. Estrategias de evaluación e intervención en psicología. (pp.189-233). México: Miguel Ángel Porrúa.

## f. Recreación

### **Objetivo General:**

Optimizar la organización de las actividades de ocio para ocupar su tiempo libre de los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi*.

### **Objetivos Particulares:**

1. Facilitar la expresión de emociones y sentimientos a través del dibujo en los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi*.
2. Promover la organización del tiempo que los adultos mayores que participen en *ProMeCaVi* destinan a pasar tiempo con su familia

### **Sesiones**

- Este subprograma tendrá una duración de tres sesiones grupales (con 3 personas mínimo y máximo 6), cada una con distintos tiempos, de 20 a 30 minutos, dependiendo de las actividades programadas.

### Sesión 1

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 20 min.
Recreación	Hojas blancas, reglas, plumas, agujas Hilo encerado	<p>1. Comenzar el encuadernado (Individual) – Modelamiento conductual.</p> <p>Posición – Sentados junto a una mesa amplia</p> <p>Instrucción – Coser las hojas con las agujas, la técnica se explica en persona, paso a paso. Se reparten 20 hojas tamaño carta por persona. Se permite el trabajo en equipo.</p>	(20 min.)
<b>Indicadores de cumplimiento</b>			
<b>- Realización del cuaderno de 20 hojas cocidas con aguja e hilo.</b>			

### Sesión 2

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 30 min.
Recreación	Cartón comprimido 1 m2 de tela tipo manta Resistol para encuadernación 7 pinceles anchos	<p>1. Continuar el encuadernado: Ponerle la pasta (Individual) – Modelamiento conductual.</p> <p>Posición – Sentados junto a una mesa amplia</p> <p>Instrucción – Llevar a cabo el cortado y pegado del cartón comprimido.</p>	(30 min.)
<b>Indicadores de cumplimiento</b>			
<b>- Completar el empastado del cuaderno.</b>			

### Sesión 3

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 20 min.
<b>Recreación</b>	Papel y tela para forro Pegamento para encuadernación 7 pinceles anchos	<p>1. Terminar el encuadernado: Forrarlo (Individual) – Modelamiento conductual.</p> <p>Posición – Sentados junto a una mesa amplia Instrucción – Recortar el papel con el tamaño adecuado, así como la tela que se colocará por fuera del cartón.</p>	(20 min.)
<b>Indicadores de cumplimiento</b>			
<b>- Autorregistro de cumplimiento de tareas en casa</b>			

### Referencias

1. Jaime, A. y Sandoval, A. (2005). Efecto 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 Licenciatura en psicología, FES Iztacala, UNAM.
2. Lizano, M. (2014). La actividad lúdica y su influencia en el adulto mayor en el hogar de ancianos “Sagrado corazón de Jesús” congregación de madres Doroteas, cantón Ambato, ciudadela España. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación.

**Fase 3. Postevaluación**

- Esta fase se llevará a cabo en una sesión grupal, contando con 3-6 personas, duración total de 55 minutos.

**Objetivos**

1. Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los participantes posterior a la intervención.
2. Realizar el cierre del programa

Tema	Recursos	Actividades	Tiempo Total 55 min.
<b>Postevaluación</b>	7 Cuadernillos de Evaluación 7 Sillas de respaldo alto Mesa grande Plumas	1. Dar la conclusión al grupo. (Grupal) Agradecer su asistencia; mencionar la importancia del cuidado de uno mismo; felicitar por acciones realizadas a favor de su persona a lo largo del programa.	10 mins.
		2. Aplicar de cuadernillo de evaluación psicológica. (Individual y Grupal) Los participantes contestarán en orden el cuadernillo de evaluación.	10 mins.
		3. Realizar la actividad recompensa de cierre. (Grupal) Se realizará la actividad de convivio como los participantes acordaron.	30 mins.
		4. Cierre del programa. Reiterar agradecimiento. Entrega de reconocimiento impreso.	5 mins.
<b>Indicadores de cumplimiento</b>			
<b>- Llenado completo de los cuadernillos de evaluación psicológica</b>			

## **Anexo 4**

### **Cuadernillo de Evaluación**



### **Posterior a la Intervención**

# Láminas COOP-WONCA

### Forma física

Durante las 2 últimas semanas...  
¿cuál ha sido la máxima actividad física  
que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?

Muy intensa (por ejemplo, correr de prisa)		1
Intensa (por ejemplo, correr con suavidad)		2
Moderada (por ejemplo caminar a paso rápido)		3
Ligera (por ejemplo, caminar despacio)		4
Muy ligera (por ejemplo, caminar lentamente o no poder caminar)		5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA  
Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

### Sentimientos

Durante las 2 últimas semanas...  
¿en qué medida le han molestado problemas  
emocionales tales como sentimientos de ansiedad,  
depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

Nada, en absoluto		1
Un poco		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Intensamente		5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA  
Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

### Actividades cotidianas

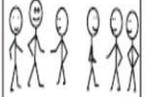
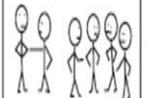
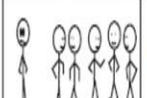
Durante las 2 últimas semanas...  
¿cuánta dificultad ha tenido al realizar actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad		1
Un poco de dificultad		2
Dificultad moderada		3
Mucha dificultad		4
Toda, no he podido hacer nada		5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA  
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

### Actividades sociales

Durante las 2 últimas semanas...  
¿su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos o grupos?

No, nada, en absoluto		1
Ligeradamente		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Muchísimo		5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA  
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

**Cambio en el estado de salud**

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?

Mucho mejor	↑↑ ++	1
Un poco mejor	↑ +	2
Igual, por el estilo	↔ =	3
Un poco peor	↓ -	4
Mucho peor	↓↓ --	5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA  
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

**Estado de salud**

Durante las 2 últimas semanas...  
¿cómo calificaría su salud en general?

Excelente		1
Muy buena		2
Buena		3
Regular		4
Mala		5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA  
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

### Dolor

Durante las 2 últimas semanas...  
¿cuánto dolor ha experimentado?

Nada de dolor		1
Dolor muy leve		2
Dolor ligero		3
Dolor moderado		4
Dolor intenso		5

Dartmouth/Coop Functional Assessment Charts/WONCA  
Copyright© Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"



<b>CUESTIONARIO DE CALIDAD DEL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA "ProMeCaVi"</b>	
Fecha: __ / __ / ____	Folio:

**Datos del paciente**

<b>Nombre:</b>			
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
<b>Sexo:</b>	( ) Femenino	( ) Masculino	<b>Edad:</b>

**Instrucciones:** Como asistente al *Programa de Mejoramiento de la Calidad de Vida*, es importante califique la calidad del servicio que recibió durante este tiempo. No hay respuestas buenas o malas, sus respuestas ayudarán a mejorar el programa.

1. ¿A cuántas sesiones del programa asistió? \_\_\_\_\_
2. ¿Cómo califica usted la atención recibida por la tesista en Psicología Ma. de Jesús Cruz Peralta?
  - a. ( ) Excelente
  - b. ( ) Buena
  - c. ( ) Regular
3. Considera que la información fue:
  - a. ( ) Útil
  - b. ( ) Necesaria
  - c. ( ) Irrelevante
4. La comunicación con la tesista fue:
  - a. ( ) Fluida y de fácil acceso
  - b. ( ) Difícil y compleja

5. Usted considera que el tiempo que duró el programa fue:
  - a.  Suficiente
  - b.  Insuficiente
6. Evalúe su grado de satisfacción en las sesiones de trabajo del programa:
  - a.  Muy satisfecho
  - b.  Satisfecho
  - c.  Regularmente satisfecho
  - d.  Insatisfecho
  - e.  Totalmente insatisfecho
7. Sus expectativas o lo que esperaba acerca del programa:
  - a.  Se cumplieron
  - b.  No se cumplieron
8. ¿Usted asistía a las sesiones grupales de ejercicio por las mañanas?
  - a.  Sí
  - b.  No
9. De los 5 subprogramas que componen el programa, ¿cuál le pareció de más ayuda?
  - a.  Relajación autógena
  - b.  Alimentación balanceada
  - c.  Habilidades Sociales
  - d.  Manejo de las emociones
  - e.  Recreación / encuadernación
10. Dada su experiencia en el programa, ¿cuáles son sus sugerencias / recomendaciones para mejorar esta propuesta de intervención?

Nombre y Firma de Directora de Propuesta de Intervención

\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de Tesista responsable de Propuesta de Intervención

\_\_\_\_\_

Instrumento diseñado *exprofeso* para la presente investigación

HEMOS CONCLUIDO EXITOSAMENTE LA EVALUACIÓN.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SON TOTALMENTE  
CONFIDENCIALES.

# **ANEXO 5**

## **Guía de Entrenamiento Autogénico**

**Retomado de:**

**Payne, R.A. (2005). Técnicas de relajación. Guía práctica. Barcelona: Paidotribo. (pp.225-278).**

**Instrucciones iniciales:**

“Siéntase cómodo, concéntrese en las sensaciones de relajación, paz y calma. Repita mentalmente las sensaciones y sentimientos que yo vaya describiendo en su cuerpo. Permanezca atento a mi voz en todo momento.”

1. Me estoy comenzando a sentir calmado...  
Me siente cada vez más y más calmado...  
Nada me distrae, mantengo mi atención centrada en las sensaciones de mi cuerpo
2. Estoy en calma... absolutamente calmado...  
Mi respiración es tranquila, profunda y regular...  
Mi mente está clara y lúcida...  
Mi atención está enfocada en las frases de relajación...  
Estoy totalmente tranquilo...
3. Siento un calor agradable expandirse rápidamente sobre mi cuerpo...  
Este calor me brinda relajación...  
El calor hace que me sienta ligero...  
Con una ligereza agradable y una relajación comfortable...  
Estoy completamente calmado... y relajado
4. Estoy calmado... completamente calmado...  
Me estoy concentrando en las frases de relajación...

Siento un calor agradable que está envolviendo mis pies...

Mis pies están tibios... Relajados... Cómodamente relajados... y confortablemente tibios...

5. Estoy en absoluta calma...

Mis pies están relajados, cómodos y tibios... cómodamente relajados...

Siento un calor agradable que sube a mis piernas...

Los músculos de mi pantorrilla se están sintiendo tibios y relajados...

Este calor está envolviendo mis rodillas...

El calor sube a mis muslos...

Mis piernas se sienten relajadas, cómodas y calientes...

Cómodamente relajadas... Cómodamente calientes...

6. Estoy en absoluta calma...

Siento un calor que sube por todo mi cuerpo, recorriéndolo hasta mi abdomen...

\*Mi abdomen está cómodamente relajado, cómodo y caliente...

El calor envuelve mis caderas...

Mi cintura empieza a calentarse...

Este calor recorre mi espalda...

Va hacia atrás de mi cuello y cabeza...

Mi espalda se siente tibia... Relajada...

- Mi espalda y hombros están relajados, cómodos y calientes...      Cómodamente      relajados...  
Cómodamente calientes...
- Mi cuello y mi cabeza están relajados, cómodos y tibios...  
Todo mi cuerpo está tibio y relajado... Caliente y agradablemente relajado...
7. Estoy completamente calmado...  
Mi cuerpo está caliente y relajado...  
Siento un calor agradable envolviendo mis manos...  
Mis manos están empezando a calentarse... y a relajarse...  
Siento mis manos cómodamente relajadas...  
Cómodamente calientes...  
Puedo sentir el calor de mi sangre fluyendo por mis dedos...  
Mis manos están relajadas, cómodas y calientes...  
Estoy completamente tranquilo...
8. Mis manos están calientes y relajadas...  
El calor envuelve mis antebrazos...  
El calor invade mis brazos...  
El calor ahora envuelve completamente mis brazos...  
Mis brazos están calientes y relajados, agradablemente calientes y relajados...
- Los músculos de mi cuello están profundamente relajados...  
Los músculos de mi nuca se sienten cómodamente relajados...
9. Mis manos están calientes y relajadas...  
Mis dedos están calientes y relajados...  
Mis palmas están calientes...  
Mis muñecas están calientes...  
Mis antebrazos están calientes...  
Mis brazos están completamente calientes y relajados, agradablemente calientes y relajados...  
Estoy completamente tranquilo...
10. Los músculos de mi boca están comenzando a estar... y aun mas, profundamente relajados...  
Mi frente está empezando a relajarse...  
Mis ojos están empezando a relajarse...  
Mis párpados se sienten muy relajados...  
Mis labios están empezando a relajarse...  
Mi lengua está comenzando a relajarse, reposa en la parte inferior de mi boca... relajada...  
Toda mi cara está caliente, cómoda y relajada...  
Cómodamente relajada...  
Estoy completamente tranquilo...
11. Todo mi cuerpo siente calor... relajación... está suelto...  
Agradablemente ligero... cómodamente relajado...  
cómodamente caliente...

- Mis piernas están sueltas... y relajadas...  
Mis brazos están sueltos... y relajados...  
Mi espalda está relajada...  
Mi nuca y toda mi cabeza se siente relajada...  
Los músculos de mi cara están relajados...  
Mi respiración es regular, calmada, profunda y relajada...  
Mi mente está despejada...  
Mi frente siente una frescura agradable...  
Mi cansancio se aleja... Mis preocupaciones y problemas se alejan...
12. Estoy absolutamente tranquilo...  
Nada me impide concentrarme en las frases de relación...  
Toda mi atención está en mi interior...  
Mi mente está en blanco...  
Estoy completamente tranquilo...
13. Los sentimientos de relajación están creciendo más y aún más profundamente...  
Mis piernas están profundamente relajadas... y sueltas...  
Mis brazos se sienten flojos... y relajados...  
Mi espalda está relajada... siento que me hundo en el asiento...  
Los sentimientos de relajación están creciendo más y aún más profundamente...  
Estoy completamente tranquilo...

Me siento bien... Me siento muy bien...  
Sigo disfrutando esta sensación por unos momentos más.

**(Pausa de aprox. 1 minuto)**

**(Cambio en tono y ritmo)**

14. Y ahora...  
Me siento contento, de buen humor, con energía...  
El vigor se esparce por todo mi cuerpo...  
Mi cuerpo se pone alerta y con energía...  
Las oleadas de vigor, fuerza, energía se mueven a través de todas las áreas del cuerpo...  
Estoy fuerte... Listo para actuar... Poderoso...  
Estaré más y más fuerte...  
Soy dueño de mi cuerpo...
15. Y ahora voy a contar del uno al tres... cuando llegue al tres hago una respiración profunda y abro los ojos...  
Uno... Dos... Tres...  
He tenido un buen reposo, todo mi cuerpo se siente muy fresco...

**Instrucciones finales:**

Haga una respiración fuerte y profunda.

## **ANEXO 6**

### **Autoreportes**

**Instrumentos diseñados *exprofeso* para la presente investigación**

## Autoreporte semanal de práctica

Actividad \_\_\_\_\_

<b>¿Qué día es?</b>	<b>¿Cuántas repeticiones hice?</b>	<b>¿Tuve algún problema?</b>	<b>¿Cómo me sentí después de hacerlo?</b>	<b>¿Tengo dudas?</b>

Instrumento diseñado *exprofeso* para la presente investigación

## Autoreporte de motivos de estrés

<b>¿Cómo me siento?</b>	<b>¿Qué lo provoca?</b>	<b>¿Es necesaria la relajación?</b>	<b>¿Cómo me siento después de las frases de relajación autogénica?</b>

Instrumento diseñado *exprofeso* para la presente investigación

## Autoreporte de ingesta diaria de alimentos

<b>Horario alimenticio</b>	<b>¿Qué incluía el platillo?</b>	<b>¿Fue un platillo balanceado?</b>	<b>¿Cómo me sentí después de ingerirlo?</b>	<b>¿Tomé las medidas higiénicas recomendadas?</b>
<b>Desayuno</b>				
<b>Almuerzo</b>				
<b>Comida</b>				
<b>Colación</b>				
<b>Cena</b>				

Instrumento diseñado *expreso* para la presente investigación

## Formato de plan de cambio

Mi plan de cambio	
¿Qué cambios quiero hacer?	
¿Cuáles son las razones por las que quiero cambiar?	
¿Qué pasos debo seguir para lograr estos cambios?	
¿Cómo pueden ayudarme a cambiar otras personas?	
¿Qué barreras u obstáculos podrían interferir en mi plan de cambio?	
¿Qué facilitadores de cambio podrían existir?	
¿Cómo sabré que mi plan está funcionando?	

Instrumento diseñado *exprofeso* para la presente investigación

## Las ideas irracionales de Albert Ellis

Nombre \_\_\_\_\_

Idea	Considero que es verdad	Considero que es falso
Necesito ser amada y aceptada por las personas significativas de mi entorno		
Para considerarme valiosa tengo que ser muy competente y conseguir mis objetivos en todos los aspectos posibles		
Hay personas que son inmorales y perversas y deben ser acusadas y castigadas por sus defectos y malas acciones		
Es tremendo y catastrófico el que las cosas no salgan como uno quiere		
La desgracia humana se origina por causas externas y no tenemos capacidad para controlar los trastornos que nos produce		
Si algo es o puede ser peligroso o amenazante, debo sentirme muy inquieta y preocuparme constantemente por la posibilidad de que ocurra lo peor		
Es más fácil evitar las dificultades y responsabilidades de la vida que afrontarlas		
Dependemos de los demás por lo que necesito tener a alguien más fuerte que yo en quien confiar		
El pasado me determina. Algo que me ocurrió una vez y me conmocionó, debe seguir afectándome indefinidamente		
Debo preocuparme constantemente por los problemas de los demás		
Existe una solución perfecta para los problemas humanos y es catastrófico si no se encuentra		

Instrumento diseñado *expofeso* para la presente investigación