Tipo de contribución: Artículo empírico

Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social
International Digital Journal of Psychology & Social Science

Intervención cognitivo-conductual para favorecer calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo en adultos mayores[1]

Persona responsable del envío: María de Jesús Cruz-Peralta

Correo electrónico: **mjcp-psicologia-doctorado@outlook.com**

Tipo de contribución: Artículo Métodológico

Fecha de Envío: viernes, 3 de junio de 2022

Intervención cognitivo-conductual para favorecer calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo en adultos mayores [1]

Cruz-Peralta, M. J.[2]
Gonzáles-Celis, A. L.[3]

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA.

[1] Esta investigación fue parcialmente financiada por el Proyecto PAPIIT IN311019, DGAPA, UNAM. Los resultados de la investigación forman parte de la tesis doctoral en Psicología de Cruz-Peralta, M. J., bajo la dirección de González-Celis, A. L.
[2] mjcp-psicologia-doctorado@outlook.com
[3] algcr10@gmail.com

Intervención cognitivo-conductual para favorecer calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo en adultos mayores

Nota del Autor

Notas del autor de pie de página en la portada del artículo y de la plantilla: Agradecimiento por el apoyo parcial recibido del Proyecto PAPIIT IN311019 DGAPA-UNAM; apoyo de Beca CONACYT Registro CVU 924842

Los resultados forman parte de la tesis de Doctorado en Psicología de la UNAM de la primera autora bajo la dirección de la segunda autora

mjcp-psicologia-doctorado@outlook.com; algcr@unam.mx; algcr10@gmail.com

Intervención cognitivo-conductual para favorecer calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo en adultos mayores

Tipo de contribución en la realización del trabajo del autor 1

Diseño y planeación de la intervención. Implementación del trabajo de campo. Recolección de los datos. Análisis e interpretación de resultados. Preparación del artículo.

Tipo de contribución en la realización del trabajo del autor 2

Responsable del proyecto de investigación. Propuesta del diseño y supervisión de intervención. Análisis e interpretación de resultados. Revisión y corrección del artículo.

Intervención cognitivo-conductual para favorecer calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo en adultos mayores

Resumen curricular del autor principal (máximo 250 palabras)

Licenciatura en Psicología por parte de Universidad Nacional Autónoma de México, FES Zaragoza. Estudiante de octavo semestre del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, FES Iztacala. Co-autora de carteles aceptados en congresos internacionales. Ponente en congresos nacionales con línea de investigación en envejecimiento y salud en de las personas adultas mayores.

Imagen del autor principal (100pix X 100pix formato jpg, png, gif)

Intervención cognitivo-conductual para favorecer calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo en adultos mayores

Resumen curricular del autor secundario (máximo 250 palabras)

Doctora en psicología de la UNAM. Profesora Titular "C", definitiva, tiempo completo, de la Carrera de Psicología, Posgrado e Investigación de la FES Iztacala UNAM, desde hace más de 40 años, donde cuenta con el Nivel "D" en el PRIDE de la UNAM. Ha sido directora de más de 60 tesis de licenciatura, maestría y doctorado en Psicología de la UNAM. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Ha sido reconocida con el Mérito Académico y distinguida con la Cátedra Alexander I. Oparin, en la FES Iztacala. Y obtuvo el reconocimiento Sor Juana Inés de la Cruz de la UNAM (2022). Ha publicado más de 20 artículos en revistas nacionales e internacionales, con arbitraje e indizadas. Tiene más de 20 capítulos de libro por invitación. Es autora y co-autora de tres libros. Tiene más de 50 trabajos en congresos nacionales y más de 20 en congresos internacionales. Ha sido invitada en más de 25 eventos nacionales e internacionales a presentar conferencias. Ha desarrollado investigación en su área en Psicología de la Salud, Psicología Positiva, Calidad de Vida, Bienestar Psicológico y Envejecimiento.

Imagen del autor secundario (100pix X 100pix formato jpg, png, gif)

Intervención cognitivo-conductual para favorecer calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo en adultos mayores

03 de junio de 2022

Dr. Arturo Silva Rodríguez

Editor General de la Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social

Se adjunta el artículo titulado "**Intervención cognitivo-conductual para favorecer funcionamiento cognitivo, calidad de vida y bienestar psicológico en adultos mayores**" y cuyas autoras son: **María de Jesús Cruz-Peralta**, & **Ana Luisa González-Celis Rangel**; para ser considerado para su posible publicación en la **Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social.**

El manuscrito es original e inédito y no ha sido ni será postulado simultáneamente para su publicación en otras revistas u órganos editoriales.

Los niveles de participación de los autores son los siguientes:

1. María de Jesús Cruz-Peralta. Diseño y planeación de la intervención. Implementación del trabajo de campo. Recolección de los datos. Análisis e interpretación de resultados. Preparación del artículo.
2. Ana Luisa González-Celis Rangel. Responsable del proyecto de investigación. Propuesta del diseño y supervisión de intervención. Análisis e interpretación de resultados. Revisión y corrección del artículo.

Hago de su conocimiento los datos de contacto de la autora de correspondencia

Intervención cognitivo-conductual para favorecer calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo en adultos mayores

Nombre: Ana Luisa M. González-Celis Rangel

Dirección: Av. De los Barrios Número 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, CP 54090, México

Correo electrónico: algcr@gmail.com; algcr@unam.mx

Número telefónico: 55 5406 1406

Esperando que el artículo presentado sea de interés, le saluda muy atentamente,

Dra. Ana Luisa M. González-Celis Rangel

Profesora Definitiva de Tiempo Completo “C”

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Intervención cognitivo-conductual para favorecer calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo en adultos mayores

Resumen

Favorecer la capacidad funcional de los adultos mayores (AM) resulta prioridad con una población mundial envejecida. El objetivo del reporte de investigación fue evaluar el efecto del módulo de psicoestimulación cognitiva de la ICC, en la calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo como indicadores de la capacidad funcional en tres mujeres adultas mayores. El diseño de investigación fue de series cronológicas con cinco observaciones. En el análisis de resultados mediante Índices de No Solapamiento (PND, NAP, PEM) de cada dimensión de las variables, en algunas dimensiones se preservó, y en otras se incrementaron las puntuaciones, mientras en el análisis visual del puntaje total de cada variable, se encontraron diferencias entre las observaciones previas (O_1, O_2, O_3) a la intervención (X) y las observaciones posteriores a la intervención (O_4, O_5). Se concluye que hay evidencia para afirmar que la intervención favoreció o preservó la capacidad funcional en las AM.

Keywords: Calidad de vida, bienestar psicológico, funcionamiento cognitivo, adultas mayores, ICC.

Intervención cognitivo-conductual para favorecer calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo en adultos mayores

Abstract

Promoting the functional capacity of older adults (OA) is a priority with an aging world population. The objective of the research report was to evaluate the effect of the cognitive psychostimulation module of the Cognitive-Behavioral-Intervention, on the quality of life, psychological well-being, and cognitive functioning as indicators of functional capacity, in three older adult women. The research design was a time series with five observations. In the analysis of results through Non-Overlapping Indices (PND, NAP, PEM) of each dimension of the variables, in some dimensions the scores were preserved, and in others the scores were increased, while in the visual analysis of the total score of each variable, differences were found between the observations prior (O_1, O_2, O_3) to the intervention (X) and the observations after the intervention (O_4, O_5). It is concluded that there is evidence to affirm that the intervention favored or preserved the functional capacity in OA.

Keywords: Quality of life, psychological well-being, cognitive functioning, older adults, Cognitive-Behavioral-Intervention.

Intervención cognitivo-conductual para favorecer calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo en mujeres adultas mayores.

Introducción

El envejecimiento de la población a nivel mundial ha ido en aumento, según los últimos datos del Informe Mundial sobre Envejecimiento de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (OMS, 2015). En este sentido, el reto a enfrentar por parte de los gobiernos del mundo es definir políticas públicas para ofrecer una vida digna y saludable en la última etapa de la vida de las personas.

Es así como los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) y "los daños por vivir enfermo y discapacitado con diferentes niveles de gravedad, por una o varias enfermedades a la vez" (Secretaría de Salud [SSA], y el Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2014, p. 19) ocasionan una deficiente calidad de vida y merman el bienestar psicológico en las personas mayores.

En México, las mujeres tienen en promedio 11 años de mala salud, mientras que "los hombres viven en mala salud en promedio 8.5 años, casi 2.5 años menos que las mujeres". (Gutiérrez Robledo *et al.*, 2017, p. 2). Factores como el incremento progresivo de la esperanza de vida, el decremento de la tasa de natalidad, la reducción de las tasas de actividad laboral en personas de 60 años en adelante, han posicionado este tema entre los de mayor interés para la salud pública.

Para una clara revisión de la literatura antedente y reciente del tema, se llevó a cabo una revisión sistemática de las publicaciones al respecto de los años 2015-2020, donde se empleó la técnica de preguntas PIO: P (población de interés) I (intervención) O (outcome / resultado) en las bases de datos Pubmed, PsycInfo, Ovid y Redalyc, y términos MeSH *adultos mayores activación*

física; entrenamiento cognitivo y *calidad de vida.* Se utilizó conector booleano NOT con fragilidad y enfermedad. Del total de artículos (n= 1651) se descartaron artículos publicados antes del 2015 (n=643), sin acceso al texto completo (n= 323), con participantes con comorbilidad (n=312), ya que los programas de intervención estaban diseñados para población con distintas enfermedades. Se seleccionaron 11 artículos publicados. En conclusión, el entrenamiento cognitivo mejora memoria, inhibición, flexibilidad cognitiva, atención selectiva, autoestima y calidad de vida. Para más información cosultar tesis de doctorado de la primera autora (Cruz-Peralta, s/f) o el artículo titulado "Intervenciones para mejorar la calidad de vida en adultos mayores: revisión sistemática con preguntas PIO" (Cruz-Peralta y González-Celis, s/f). Derivado de esta búsqueda sistemática surge el interés en las autoras de elaborar el presente reporte de investigación como parte del programa de maestría y doctorado de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (OMS, 2015), define al envejecimiento saludable como "el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez" (p. 30). Por su parte, la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (OMS y Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2001), define la capacidad funcional como "los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella" (OMS y OPS, 2001, p. 30). Así, el funcionamiento de un individuo se entiende como una relación dinámica entre la condición de salud, la capacidad intrínseca de la persona y las características del entorno. Esta interacción es particularmente específica y no siempre ocurre de manera recíproca ni predecible; además de que la presencia de la discapacidad modifica la propia condición de salud.

Así, una restricción en la capacidad intrínseca causada por una o más deficiencias, o bien, una disminución en el desempeño por una o más limitantes, puede impedir que las personas hagan lo que desean hacer, lo que ocasiona una disminución en su calidad de vida y bienestar psicológico.

Ahora bien, la calidad de vida se define como 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" (Hubanks *et al.*, 1994, p. 5).

Cuando se trata de evaluar el bienestar de las personas, existen diversos enfoques al respecto, debido a que es un tema de interés para diversas áreas del conocimiento, así como para las distintas corrientes psicológicas. Esto se debe a que se ha relacionado con algunos constructos, igualmente difíciles de evaluar, tales como felicidad, calidad de vida y salud mental, entre otros aspectos de índole personal y del entorno con el que guardan cierto vínculo (Ballesteros *et al.*, 2006).

Ryff (1989) postula un modelo de abordaje teórico de seis dimensiones que incorpora los desafíos que enfrentan los individuos en sus intentos por un bienestar psicológico: 1) aceptación tanto personal como de su historia de vida; 2) superación personal; 3) identificación de un propósito en la vida; 4) establecimiento de relaciones sociales positivas); 5) dominio tanto de la vida propia como del entorno, y 6) autonomía. Incluso al realizar el análisis del modelo teórico años después (Ryff y Keyes, 1995), las comparaciones con otros indicadores tales como el afecto positivo y negativo y la satisfacción con la vida demostraron ser aspectos clave del funcionamiento positivo enfatizados en las teorías de la salud y el bienestar.

En relación con lo anterior, Oramas *et al.* (2006), señalan que "el bienestar psicológico constituye […] un indicador positivo de la relación del sujeto consigo mismo y con su medio. Incluye aspectos valorativos y afectivos que se integran en la proyección futura y el sentido de la vida" (p. 36). Por su parte, el Informe Sobre la Salud de los Mexicanos (Secretaría de Salud, 2015) retoma el estudio de la Carga Global de la Enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés), el cual:

> … ofrece una manera diferente de analizar las pérdidas de salud, ya que aporta un indicador compuesto que integra los daños provocados por la muerte prematura y aquellos ocasionados por vivir enfermo y discapacitado con diferentes niveles de gravedad por una o varias enfermedades a la vez. En otras palabras […] incorpora el concepto del tiempo utilizando los años de vida que se pierden por muertes prematuras (APMP) y los años de vida asociados con discapacidad (AVD), con lo cual, es posible

> agregar las pérdidas por muerte y enfermedad en el indicador años de vida saludable perdidos (AVISA). (SSA, 2015, p. 125).

Se tiene evidencia de que el mismo proceso de envejecimiento conlleva un deterioro físico, incluyendo un riesgo cada vez más elevado de padecer alguna deficiencia relacionada con el funcionamiento cognitivo, el cual aumenta cuando el contexto de las personas no favorece la estimulación necesaria. Por lo que el funcionamiento cognitivo se entiende como un proceso mental que se compone de capacidades cognitivas, tales como concentración, realización de cálculos mentales, aprendizaje verbal y memoria de trabajo para las nuevas tareas y la velocidad de procesamiento; el cual, durante el envejecimiento, puede clasificarse como preservado o con cierto deterioro (Espinosa, 2019; Puig, 2009).

De acuerdo con la doctora Puig (2009), esta pérdida de funcionamiento cognitivo muestra la necesidad de implementar acciones para que los adultos mayores puedan adquirir estrategias compensatorias y mantengan su competencia social. Un método para detener la curva de dicho deterioro es la *psicoestimulación cognitiva*, la cual busca preservar la autonomía de las personas mayores durante la mayor cantidad de tiempo posible. A partir de esta, se pretende promover las capacidades necesarias para proporcionar un grado de autonomía suficiente, además de que se emplea de manera preventiva (Cancino *et al.*, 2018).

Puig (2009) y su equipo de investigadores definen esta técnica como “una intervención que incide en las capacidades cognitivas mediante la presentación de estímulos específicos, con la finalidad de potenciar y optimizar la cognición” (p. 20).

Aunado a lo anterior, continuando con la finalidad de que los adultos mayores poseen independencia y una percepción positiva sobre su autonomía y calidad de vida, se retoman los postulados de Bermejo (2012). Más allá de dar más años a la vida, concluye el investigador, cada persona debe buscar “dar más vida a esos años”, teniendo un sentido de significado y valor. Por lo que las personas deben disponer de oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida para, de este modo poder participar en procesos de interacción en los que intercambiar experiencias sobre aquello que les interesa y gracias a lo cual puedan desarrollar sus habilidades y conocimiento. Aquello les permite, además de disfrutar de aprender, optimizar sus capacidades para enfrentarse

a la vida y participar activamente en un entorno cada vez más plural y global (familiar, social, comunitario).

el modelo de Selección-Optimización-Compensación (SOC) de Baltes y Baltes (1990), postula que, a lo largo de la vida, los individuos promueven su desarrollo de manera adaptativa, maximizando sus ganancias potenciales y minimizando las pérdidas. De acuerdo con Donnellan (2015), el desarrollo exitoso implica el trabajo conjunto de estos tres procesos (selección, optimización y compensación) que a su vez regulan el incremento de las ganancias y la reducción de las pérdidas a lo largo del tiempo. Pueden concebirse como un único proceso "integrador" de dominio adaptativo y también como procesos separados, cada uno contribuyendo al desarrollo del envejecimiento exitoso.

Por su parte, la terapia cognitiva-conductual tiene ya bastante tiempo que se reconoce como base de muchas investigaciones. Sus raíces han sido ampliamente citadas desde sus inicios (Ellis, 1957; Beck, 1963). Existen investigaciones actuales que muestran la efectividad de las intervenciones en general. Al respecto, se ha observado que las técnicas conductuales y cognitivo-conductuales han sido ampliamente recomendadas por sus resultados en diversas poblaciones al tratar principalmente ansiedad y depresión, siendo pocos los resultados con adultos mayores, ejemplo de ello es el trabajo reportado por Vergara-Lope y González-Celis (2011) quienes ratifican que existen estudios que demuestran su eficacia con adultos mayores. De entre todas las técnicas de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en la intervención de la tesis doctoral de la primera autora se retoman las técnicas de relajación corporal mediante la respiración diafragmática y el entrenamiento autógeno; además, la psicoeducación, el modelado conductual, la solución de problemas y la reestructuración cognitiva (Tabla 1). En el reporte de este manuscrito únicamente se analizan los resultados de las tres variables calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo del módulo de psicoestimulación cognitiva.

Para abordar los tratamientos empleados en la relajación corporal cabe mencionar de manera breve que existen aproximaciones teóricas sobre los procesos emocionales, motivacionales y del aprendizaje, es decir, procesos cognitivo-conductuales involucrados en los estados de relajación y tensión corporal (Coffin y Salinas, 2018). Tales como los sentimientos como consecuencia

fisiológica, los sentimientos producidos por nuestras cogniciones, los sentimientos como producto de una doble apreciación cognitiva y la respuesta al estrés (adaptación), por mencionar algunos.

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

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

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

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

La técnica de solución de problemas se ha abordado desde diferentes áreas de la psicología. Su definición puede ser bastante compleja ya que diversos autores han hecho aportaciones importantes, por lo que se retoma a Bravo y Valadez (2018) donde se menciona que es un proceso cognitivo-conductual autodirigido, una estrategia de afrontamiento y comprensión de la problemática y se busca una “variedad de respuestas potencialmente efectivas para solucionar una situación problemática con lo que se incrementa la probabilidad de seleccionar la respuesta más

efectiva de entre esas alternativas." (p.93). Se mencionan cuatro metas de dicha técnica: identificar la situación de estrés o desajuste; reducir emociones maladaptativas, es decir, expresión de ansiedad, enojo o depresión; incrementar la efectividad de su afrontamiento; y finalmente, adquirir la habilidad y aplicarlo en problemas futuros.

Para brindar a la persona un mayor autocontrol y reconocimiento de sus propios pensamientos se emplea la reestructuración cognitiva. Esta técnica busca eliminar disturbios emocionales derivados de la interpretación de situaciones presentes en la vida cotidiana. En primer lugar, la persona debe ser consiente del pensamiento presente ante determinada situación; toda vez que se descubre el pensamiento negativo se busca cuestionar dicho pensamiento reconocido por una frase. Generalmente, las respuestas al cuestionamiento del pensamiento desadaptativo suelen ser más razonable. Finalmente, se logra una respuesta con mayor sensación de control, con afirmaciones claramente libres de malestar emocional (Beck *et al.*, 1983).

Por otro lado, las intervenciones en el ámbito de la salud tienen su campo de aplicación en distintos escenarios, sin embargo, aún existe ambigüedad de terminología para hacer referencia a intervención a distancia, algunos de los más comunes son *Online therapy, Teleterapia, Mediado por la tecnología o Ciberterapia*. Además, con la situación actual de pandemia, esta modalidad ha sido más requerida por las y los usuarios de esos servicios (Andersson y Cuijpers, 2009; Griffiths *et al.*, 2006; Soto-Pérez *et al.*, 2013).

Resulta evidente puntualizar que no hay un consenso o normativa sobre la forma en que se deben emplear las técnicas de la TCC en las intervenciones en línea, el procedimiento recomendado, así como el cuidado de la integridad del tratamiento en intervenciones en línea. Sin embargo, se puede concluir que la TCC a través de internet aplicada a problemas de salud se atienden como una alternativa a la TCC presencial, ya que se pretende contar con condiciones similares en ambas modalidades. Se debe incluir acceso en línea a materiales que contienen la misma información que se proporcionó de manera presencial; abordar contenidos audiovisuales a la par con texto, sesiones semanales y tareas. Además, su duración en promedio es de entre 5 y 15 semanas.

Quedan claras también las ventajas de llevar a cabo intervenciones mediadas por la tecnología. En primer lugar, se reduce el tiempo de traslado de las personas al lugar donde se

llevarían a cabo las sesiones. En segundo lugar, el alcance es mayor en términos de personas que no pueden acceder de manera presencial. Finalmente, debido a que se vuelve una interacción individual y personalizada, permite a los participantes ir a su propio ritmo de aprendizaje, gestionando las habilidades adquiridas y podrían tener acceso a los materiales de apoyo en todo momento. Se concluye la necesidad de plantear requerimientos mínimos para las sesiones no presenciales, horarios, condiciones de iluminación o espacio para realizar actividades. La evidencia indica que la TCC en línea asistida por un terapeuta puede no ser significativamente diferente de la TCC presencial (Olthuis *et al.*, 2016).

Por todo lo anterior, en el presente reporte la intervención se realizó con apoyo de la tecnología. Las coterapeutas que formaron parte importante de la intervención ya tenían los conocimientos necesarios respecto a la alfabetización digital, así como de la aplicación de la batería de evaluación.

Derivado de la revisión de las investigaciones previas se llevó a cabo la investigación doctoral de la autora principal, siendo dirigida por la segunda autora; donde se diseñó un programa de ICC para mujeres adultas mayores de 60 años, el cual estuvo conformado por tres módulos: relajación corporal, psicoestimulación cognitiva y promoción de actividades. Cada uno de los módulos incluyó diferente número de sesiones y todas las sesiones fueron mediadas por la tecnología. La descripción de los módulos se puede consultar en la Tabla 1.

Para el presente reporte de investigación se analizó el impacto del módulo de psicoestimulación cognitiva con la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los efectos del módulo de psicoestimulación cognitiva de la ICC en la calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo de las mujeres adultas mayores (AM)?

Así, el objetivo del módulo de psicoestimulación cognitiva de la ICC sobre la calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo de las mujeres adultas mayores (AM).

Donde la hipótesis de investigación (H_1) planteó que el módulo de psicoestimulación cognitiva, derivado de la ICC, lograría preservar o incrementar las puntuaciones de calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo en las mujeres adultas mayores.

Método

Participantes

El programa de intervención fue diseñado para mujeres adultas mayores de 60 años que obtuvieron una puntuación total, igual o por arriba de 45.50 en el nivel de funcionamiento cognitivo establecido como punto de corte para considerar un nivel de funcionamiento cognitivo preservado, de acuerdo con la edad y nivel de escolaridad de las participantes con el instrumento empleado para evaluar funcionamiento cognitivo descrito en la sección de instrumentos (González-Celis *et al.*, s/f).

Como criterios de inclusión se emplearon: participación voluntaria, consentida e informada; no padecer enfermedades crónico-degenerativas no controladas; contar con acceso a Internet y algún dispositivo tecnológico que les permitiera llevar a cabo la intervención de manera remota, debido a que las sesiones de evaluación e intervención se llevaron a cabo en línea, por lo que fue indispensable la presencia de una coterapeuta que apoyara a las participantes en las sesiones con habilidades necesarias para solucionar problemas técnicos (conexión alámbrica o inalámbrica, falta de batería, cables necesarios, encender la cámara).

Se contó con la participación de tres personas mayores que aceptaron formar parte del estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión.

A continuación, se describen las características sociodemográficas y de salud reportadas por las participantes.

a) *Participante 1.* Mujer de 83 años cumplidos, viuda, con goce de pensión del seguro social. Vive con algunos de sus hijos, es ama de casa con religión católica que practica ocasionalmente. Las enfermedades que le diagnosticó su médico son osteoporosis y artritis reumatoide. Solo reporta tener preocupación por la pandemia por Covid-19. Las actividades de estimulación cognitiva que reporta son: ver documentales, jugar damas chinas, resolver actividades de pasatiempos, escuchar radio y procurar aprender algo nuevo.
b) *Participante 2.* Mujer de 55 años cumplidos, es casada y el ingreso económico que percibe lo recibe de su marido. Vive con su esposo, sus hijos y sus nueras, es ama de casa con religión católica que practica ocasionalmente. Las enfermedades que le diagnosticó su médico son fibromialgia y problema de tiroides. Las preocupaciones que reporta tener son la pandemia, la inseguridad y la evolución de su enfermedad. Las actividades de

estimulación cognitiva que reporta son: leer, buscar y ver películas, resolver juegos de mesa, ver tv, aprender algo nuevo y escuchar radio.

c) *Participante 3*. Mujer de 64 años cumplidos, es casada y el ingreso económico que percibe lo recibe de su marido. Vive con su esposo e hijos, es ama de casa con religión católica que practica ocasionalmente. La enfermedad que le diagnosticó su médico es diabetes. Las preocupaciones que reporta tener son la pandemia, la economía y el futuro mundial. Las actividades de estimulación cognitiva que reporta son: leer, buscar y ver películas, pintar, dibujar e iluminar, aprender algo nuevo, ver o escuchar misa y escuchar radio.

Tipo de estudio y diseño de investigación

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

$$O_1, O_2, O_3, X, O_4, O_5$$

El estudio fue cuasi experimental, longitudinal y prospectivo.

La justificación para emplear ese diseño fue la evaluación del comportamiento de las variables de interés a lo largo del tiempo. Considerando un deterioro debido al proceso de envejecimiento, la ICC se pone a prueba en los participantes y de ese modo las observaciones son registradas para evaluar los resultados (Siegel y Castellan, 1995).

Módulos

La ICC estuvo integrada por tres módulos: relajación corporal, psicoestimulación cognitiva y promoción de actividades (Tabla 1), para una descripción detallada de los módulos puede contactar con las autoras.

En este reporte se describe el Módulo de Psicoestimulación Cognitiva (PsCg), ya que el propósito fue un análisis de los efectos del mismo. La psicoestimulación cognitiva se basó en el

manual de la doctora Puig (2009), se retomaron tres funciones cognitivas: Memoria; Orientación y Atención. Cada una de las funciones cognitivas contó con una sesión de 40 minutos. El objetivo del módulo fue preservar las funciones cognitivas de los adultos mayores: memoria, orientación y atención; a partir de la psicoestimulación cognitiva. Las técnicas empleadas fueron la psicoeducación y el modelado conductual (Tabla 2).

Mediciones

Variables

Para el presente manuscrito derivado de la investigación doctoral se definen tres variables de interés: calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo.

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

Bienestar psicológico. El bienestar psicológico es un indicador positivo de la relación del sujeto consigo mismo y con su medio. Incluye aspectos valorativos y afectivos que se integran en seis dimensiones, que incorpora los desafíos que enfrentan los individuos en sus intentos por un bienestar psicológico (Oramas *et al*., 2006; Ryff, 1989).

Funcionamiento cognitivo. Proceso mental que se compone de capacidades cognitivas, tales como concentración, realización de cálculos mentales, aprendizaje verbal y memoria de trabajo para las nuevas tareas y la velocidad de procesamiento (Espinosa, 2019; Puig, 2009).

Instrumentos

1. Consentimiento informado. En donde se siguieron los lineamientos del Código Ético en Psicología de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007). Además, se sometió a dictamen de la Comisión de Ética de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM, con el oficio de aprobación CE/FESI/042022/1509. Se describieron a las participantes las implicaciones éticas de

la intervención, garantizando confidencialidad y anonimato, incluyendo la libertad de permanecer o no hasta finalizar la intervención.

2. *Hoja de datos sociodemográficos*. Este instrumento contó con 21 reactivos a través de los cuales se solicitó información sobre algunas características referentes a sus datos personales, su condición de salud y sus actividades personales, se aplicó mediante una entrevista semiestructurada.

3. Escala WHOQoL-OLD. Elaborado por la OMS (WHO, 2006) y adaptado por González-Celis y Gómez-Benito (2013). Cuestionario compuesto por 24 reactivos agrupados en seis dominios: habilidades sensoriales; autonomía; actividades pasadas, presentes y futuras; participación social; muerte y morir, e intimidad […] Para cada dominio se construyeron cuatro reactivos por lo que la calificación para cada dimensión se encuentra en un rango de 4 a 20 puntos; asimismo, la calificación total de calidad de vida tiene un rango de 24 a 120 puntos. Donde entre mayor sea la puntuación total, mejor calidad de vida es percibida; asimismo, para los seis dominios, entre más alta sea, mayor calidad de vida se percibe para cada dominio (Martínez-Ruíz, 2018, p. 10).

Se evaluó la validez divergente a través del coeficiente de correlación rho de Spearman entre los puntajes totales de los participantes en el WHOQOL-OLD y en la Escala de Depresión Geriátrica (–.569); de igual manera, se evaluó la validez convergente a través de la correlación entre los puntajes del WHOQOL-OLD y la Escala de Bienestar Subjetivo de Lawton (.624, con $p \leq .001$) mostrando una validez convergente con el bienestar subjetivo de correlación moderada, significativa y positiva (Acosta-Quiroz *et al.*, 2013).

4. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Cuenta con 39 reactivos, con seis opciones de respuesta, cuya calificación total va de 39 a 234. Entre más alta la puntuación mejor es la percepción de bienestar psicológico y de sus dimensiones. Sus propiedades psicométricas son reportadas por Medina-Calvillo *et al.* (2013). El instrumento cuenta con una bondad de ajuste regular para el modelo de 6 factores. Los valores de alfa de Cronbach del total de la escala resultaron de $\alpha = .918$ y $\alpha = .904$ (muestra A y muestra B, respectivamente). La correlación test-retest se realizó en un periodo de 2 meses, y se observó en el valor $r = .796$ (n = 245, $p < .001$) en

el total de la escala, mientras que los valores de las correlaciones test-retest entre las subescalas fueron desde $r = .584$ hasta $r = .731$ (todos con $p < 0.001$).

Los reactivos son agrupados en dos subescalas:

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

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

5. *Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry - Spanish (SCIP-S)*. Escala breve que se utiliza para detectar carencias cognitivas en trastornos de tipo psicótico o afectivo en un tiempo reducido. El cuestionario requiere lápiz, papel y reloj; su aplicación requiere de un entrenamiento menor y su duración es de 15 min aproximadamente. Está conformada por cinco subescalas que miden diferentes dominios cognitivos: aprendizaje verbal inmediato (AVI), memoria de trabajo (MT), fluidez verbal (FV), aprendizaje verbal diferido (AVD) y velocidad de procesamiento (VP). Este instrumento se ha aplicado a población mexicana adulta mayor de 56 años y sus análisis han mostrado una alta capacidad discriminativa del instrumento de comparando por nivel de escolaridad (p =.001), por edad ($p \leq 0.004$), y por afectación cognitiva (p.001); además, los puntos de corte (< 45.50), y valores de sensibilidad (.811) y especificidad (.667) para la puntuación total (González-Celis *et al.*, s/f). Las medidas descriptivas para las puntuaciones directa de la puntuación total del SCIP-S y de las sub-escalas por nivel educativo su capacidad discriminativa; obtuvieron un valor de $p < .05$

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

Procedimiento

Toda vez que el diseño de la intervención fue concluido, la difusión del proyecto se llevó a cabo con ayuda de estudiantes y colaboradores de la licenciatura en psicología y del programa de maestría y doctorado en psicología de la UNAM. Cuando las participantes mostraron interés fueron contactadas a través de las coterapeutas. Se les explicaron los criterios de inclusión al programa y finalmente se acordó un día para iniciar las mediciones.

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

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

El reporte de investigación derivado de la tesis doctoral se ciñó a los lineamientos del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010) en el cual se establecen los elementos universales y principios éticos fundamentales para la buena praxis e investigación con seres humanos. Adicionalmente, el proyecto cuenta con el aval de la Comisión de Ética de la institución de adscripción de las autoras (CE/FESI/042022/1509).

Luego de que las participantes firmaron el consentimiento informado, se llevó a cabo el llenado de la hoja de datos sociodemográficos. Se realizó la primera evaluación (observación 1, O_1) con la aplicación de los instrumentos *Escala WHOQoL-OLD, la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff* y *Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry - Spanish (SCIP-S).*

Un mes después de la primera sesión de evaluación, se llevó a cabo una segunda medición (observación 2, O_2) con la aplicación de los instrumentos *Escala WHOQoL-OLD, la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff* y *Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry - Spanish (SCIP-S).*

La tercera sesión (observación 3, O_3), un mes después, a través de la aplicación de los instrumentos *Escala WHOQoL-OLD, la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff* y *Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry - Spanish (SCIP-S).*

Después de las tres evaluaciones (O_1, O_2 y O_3), se implementaron las sesiones del módulo de Psicoestimulación Cognitiva (PsCg) con técnicas derivadas de la TCC.

Al terminar las sesiones establecidas de la intervención de manera inmediata se realizó la observación 4 (O_4), con la aplicación de los instrumentos *Escala WHOQoL-OLD, la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff* y *Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry - Spanish (SCIP-S).*

Después de tres meses, se tomó la observación 5 (O_5), con los instrumentos *Escala WHOQoL-OLD, la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff* y *Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry - Spanish (SCIP-S).*

Las sesiones de evaluación (O_1, O_2, O_3, O_4, O_5) e intervención (X) se realizaron de manera individual, con una duración aproximada de 40 a 60 min, en el horario que cada participante tuviese programado, una vez por semana.

Análisis de resultados

Se realizaron los análisis de los datos mediante los índices de no solapamiento de los datos *Percentage of nonoverlapping data* (PND), *Nonoverlap of all pairs* (NAP), y *Percentage of data points exceeding the median* (PEM). Además, se incluye un análisis visual del patrón del comportamiento de las tres variables: calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo entre las observaciones previas (O_1, O_2, O_3) a la intervención (X) y las observaciones posteriores a la intervención (O_4, O_5), tomando en cuenta la tendencia (dirección y magnitud), la estabilidad y la variabilidad (Chávez y Tron, 2012).

Índices de no solapamiento de los datos:

- *Percentage of nonoverlapping data* (PND). Fue propuesta por Scruggs *et al.* (1987); recientemente analizada por Scruggs y Mastropieri (2013) y Campbell (2013). El método PND localiza el punto de datos más positivo en la fase A y luego calcula el porcentaje de puntos de datos de la fase B que lo exceden. Se identifica la medida más alta en la fase A. Se calcula el número de puntos de datos de la fase B que exceden el valor identificado en el paso anterior. Se divida el valor obtenido en el paso 2 por el número de observaciones en la fase B y se multiplica el valor obtenido en el paso 3 por 100 para convertir la proporción en un porcentaje.
- *Nonoverlap of all pairs* (NAP). Propuesta por Parker y Vannest (2009) como una mejora potencial sobre el PND. El índice de superposición denominado NAP tiene varios nombres para ligeras variaciones y diferentes áreas de aplicación. Para el trabajo de diagnóstico en medicina y desarrollo de pruebas, es "Área bajo la curva" (AUC). La curva AUC es la curva característica del operador del receptor (ROC), también conocida como la curva de "sensibilidad y especificidad", para detallar los tipos de error (falsos positivos, falsos negativos). La principal ventaja teórica de NAP es que es una prueba integral de todas las posibles fuentes de superposición de datos, es decir, todas las comparaciones de puntos de datos de referencia versus todos los puntos de tratamiento. El valor va de 0 a 1, el valor 0.5 quiere decir que hay un 50% de probabilidad de que al elegir aleatoriamente un dato de la fase de intervención este se ubique por encima de un dato elegido aleatoriamente de la evaluación inicial. Rangos de NAP: efectos débiles: 0–.65; efectos medios: 0,66–0,92; efectos grandes o fuertes: .93–1.0. Transformar NAP a un nivel de probabilidad cero da estos rangos correspondientes: efectos débiles: 0–.31; efectos medios: 0,32–0,84; efectos grandes o fuertes: .85–1.0.
- *Percentage of data points exceeding the median* (PEM). Propuesto por Ma (2006). Se sugirió para evitar depender de una sola medición de evaluación previa a la intervención, como lo hace el PND. Al respecto del porcentaje de puntos de datos que superan la mediana (PEM) se interpreta con una escala de 100 puntos y va desde poca o ninguna mejora (< 50), mejora moderada (=50) o mejora grande o importante (> 50).

Análisis visual de las mediciones para alcanzar un análisis más completo de los resultados de acuerdo con Chávez y Tron (2012), el eje de las abscisas se reserva para los periodos de observación, mientras que el eje de las ordenadas se reserva para evaluar la variable de interés. Se

presenta la descripción de la tendencia de los datos, es decir, se juzga la dirección y la magnitud de la línea trazada de los datos del comportamiento de la variable de interés.

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

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

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

Resultados

Se describen los resultados encontrados de acuerdo con el análisis de los índices de no solapamiento que puntuaron por arriba de los puntos de corte de moderado a grandes; en cada una de las tres variables de interés incluyendo las dimensiones que presentan sus respectivos instrumentos (tablas 3, 4 y 5).

Posteriormente, se presenta su análisis visual de las puntuaciones totales, complementando con los índices PND, NAP y PEM (figuras 1, 2 y 3).

Calidad de vida

Para el análisis de la calidad de vida reportado por las participantes (Tabla 3) se pueden observar tres dimensiones con cambios de moderados a grandes en los índices PND y NAP (≥ 0.5), y PEM (≥ 50), en las participantes 2 y 3. La dimensión que más cambios positivos tuvo fue la valoración en el nivel de satisfacción que se hace sobre las actividades pasadas, presentes y futuras, seguida de la capacidad sensorial y la participación social. Por último, la dimensión que evaluó el nivel de satisfacción en sus relaciones íntimas mejoró notablemente en la participante 2 (PND y PEM =100; NAP = 1).

Con respecto al análisis visual del comportamiento de la percepción de la calidad de vida reportada por las participantes (Figura 1), los cambios más evidentes fueron en la participante 1. Los valores registrados en las observaciones posteriores a la intervención (O_4, O_5) incrementan su valor, por lo que la recta es ascendente, entonces la tendencia se valora como *positiva*. Ese aumento en el puntaje muestra relación con los índices NAP = 0.62, y PEM = 50, presentando cambios moderados, al mostrar puntajes bajos en las evaluaciones iniciales e ir en aumento en el comportamiento de la variable posterior a la intervención. La magnitud de la recta es baja, manteniéndose estable el comportamiento; y, por último, existe poca dispersión de los datos, por lo que se puede interpretar escasa variabilidad.

Con respecto a la participante 2, el análisis visual arroja una tendencia positiva posterior a la intervención con una magnitud moderada, ya que resulta notorio el decremento de la puntuación previa a la intervención. Donde se puede apreciar la variabilidad de los datos.

El comportamiento de la recta referente a la participante 3 muestra un ligero aumento previo a la intervención. Sin embargo, las observaciones O_1, O_2, O_4, y O_5 presentan puntuaciones similares, teniendo una estabilidad temporal, consecuentemente poca variabilidad.

Bienestar Psicológico

El análisis de los datos reportados por las participantes mostró cambios moderados a grandes en la variable bienestar psicológico (Tabla 4). La participante 2 es la que más cambios mostró, tanto en la puntuación total (PND = 100, NAP = 1, PEM = 100) como en las dimensiones exceptuando la dimensión que evalúa la percepción de crecimiento personal. Mientras que la

participante 1 mostró mejoras en tres dimensiones, autonomía (PND = 50, NAP = 0.83, PEM = 100), propósito en la vida (PND = 50, NAP = 0.75, PEM = 50), y crecimiento personal (PND = 100, NAP = 1, PEM = 100). Por su parte, la participante 3 tuvo un incremente moderado en su puntaje total (NAP = 0.5) y, además, en sus dimensiones autonomía (NAP = 0.56, PEM = 66.67) y propósito en la vida (NAP = 0.83, PEM = 100),

En el análisis visual del bienestar psicológico reportado por las participantes (Figura 2), se puede observar que la participante 1 muestra un comportamiento estable a lo largo del tiempo, incrementando ligeramente. Mientras que la recta de la participante 2 se mantiene con un pequeño decremento con una magnitud moderada de la pendiente. Existe homogeneidad de los datos, por tanto, poca variabilidad, presentando relación con los índices de no solapamiento que muestran cambios de moderados a grandes.

Por otro lado, la participante 3 reportó un aumento en la O_3 y, posteriormente, hay un moderado decremento en las últimas observaciones, siendo alta la magnitud de la recta. Nótese que las puntuaciones registradas posteriores a la intervención son más altas que en las observaciones 1 y 2, mostrando relación con el índice NAP.

Funcionamiento cognitivo.

Los resultados se detallan en la Tabla 5. Dentro de los cinco diferentes dominios cognitivos que evalúa el instrumento, la velocidad de procesamiento (VP) mostró un efecto medio de cambio en la participante 1 (NAP = 0.5, PEM = 50), y la participante 2 (PND = 50, NAP = 0.75, PEM = 50). Mientras que la memoria de trabajo (MT) tuvo un cambio positivo grande en la participante 3 (PND = 50, NAP = 0.83, PEM = 50).

Al comparar el análisis visual de la variable (Figura 3), se puede identificar que las mediciones correspondientes a O_5 son las que puntúan más elevadas, mostrando mejora desde la O_4. Nótese que las tres participantes incrementan el valor en el desempeño de las tareas de evaluación del funcionamiento cognitivo, por lo que la recta es ascendente, entonces la inclinación o tendencia se valora como *positiva.* Además, la magnitud es moderada, ya que los valores de la variable aumentan lentamente. Los valores presentan dispersión en los datos por lo que sí hay

presencia de variabilidad, donde la tendencia de los datos es hacia puntuaciones elevadas en las observaciones 4 y 5.

Discusión

Para comenzar con la discusión se retoma nuevamente el objetivo del presente reporte, el cual fue analizar los efectos del módulo de psicoestimulación cognitiva de la ICC sobre la calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo. Con la presentación de los resultados se puede afirmar que sí se cumplió con el objetivo.

Para poder contestar cuales fueron los efectos que presenta el comportamiento de las variables de interés tras la intervención se retoma la hipótesis de investigación (H_1), la cual fue que el módulo de psicoestimulación cognitiva de la ICC, lograría preservar o incrementar las puntuaciones de calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo en las mujeres adultas mayores.

Con la evaluación del análisis visual de los datos y su contraste con los índices de no solapamiento, se puede interpretar que las variables se vieron preservadas a lo largo del tiempo, ya que las puntuaciones de las variables de interés después de la intervención se mantienen o aumentan. Donde existe decremento en el comportamiento de las variables puede ser debido al deterioro inherente del proceso de envejecimiento donde se pueden explicar las puntuaciones que decrementan a lo largo del tiempo (WHO, 2015).

Por tanto, la principal aportación del módulo de psicoestimulación cognitiva es que promovió la valoración de las participantes sobre su calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo.

Particularmente, en la calidad de vida se mejoraron las dimensiones en el nivel de satisfacción que se hace sobre las actividades pasadas, presentes y futuras; la capacidad sensorial; la participación social; así como en las relaciones íntimas. Todo ello de acuerdo con Cancino *et al.* (2018) quienes señalan “la evidencia indica que con la edad aumenta considerablemente el riesgo de enfermedad y dependencia…” (p. 315). Por ello, la promoción del envejecimiento saludable enmarcada en el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, suscrito por la OMS, señala que “al evaluar las necesidades de salud de una persona mayor, no solo es importante tener en

cuenta las enfermedades concretas que puede presentar, sino también cómo éstas interactúan con el entorno y repercuten en las trayectorias de funcionamiento" (WHO, 2015, p. 28).

Relacionado con el bienestar psicológico, al mejorar la percepción de autonomía, crecimiento personal y propósito en la vida, no solo se trata de evaluar la salud o la enfermedad en la vejez, ya que:

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

Así mismo y de acuerdo con Adams (2004), conforme avanza la edad de las personas, los objetivos, las motivaciones, las prioridades y los gustos también parecen cambiar. Si bien algunos de estos pueden ser resultado de la adaptación a la pérdida, otros, en cambio, hacen evidente que "el desarrollo psicológico sostenido en la edad avanzada, que puede estar asociado a la adquisición de nuevos roles, puntos de vista y varios contextos sociales interrelacionados" (Baltes *et al.*, 2005, en WHO, 2015, p. 27). Lo anterior puede explicar el hecho de que, en diversos contextos, la vejez se relacione con una etapa de bienestar psicológico superior (Ryff, 2014), esto va de acuerdo con los resultados encontrados en las dimensiones de autonomía, crecimiento personal y propósito en la vida, las cuales se vieron favorecidas después de la intervención en las mujeres adultas mayores participantes.

Al tratarse del funcionamiento cognitivo, la velocidad de procesamiento y la memoria de trabajo fueron las dos subescalas que tuvieron cambios positivos en su comportamiento.

Finalmente, la memoria de trabajo (MT) y la velocidad de procesamiento (VP) se vieron favorecidas, mientras el aprendizaje verbal inmediato y diferido, y la fluidez verbal se mantuvieron estables a lo largo del tiempo, con el módulo de psicoestimulación cognitiva de la ICC. Con lo cual se logra preservar o incrementar las funciones cognitivas de memoria, atención y orientación que van de acuerdo con lo propuesto en el manual de la doctora Puig (2009).

Con respecto a la modalidad de la intervención, su aplicación de manera virtual se llevó a cabo dadas las condiciones de confinamiento derivadas de la pandemia por Covid 19 impuestas a nivel nacional e internacional. De ahí que el propósito de la presente investigación no considero necesario evaluar el impacto de la modalidad en línea, ya que retomando a Olthuis *et al.* (2016) la evidencia indica que la TCC en línea asistida por un terapeuta puede no ser significativamente diferente de la TCC presencial.

Conclusiones

Las participantes se vieron favorecidas con el módulo de psicoestimulación cognitiva de la ICC en relación con su percepción de calidad de vida y bienestar psicológico, además del desempeño en las tareas de evaluación de su funcionamiento cognitivo y con ello preservar o incrementar dicho funcionamiento.

Con lo cual se mantiene a lo largo del mayor tiempo posible una capacidad funcional estable en la vejez tomando en cuenta las recomendaciones de la OMS para fomentar y mantener la capacidad funcional de los adultos mayores con el propósito de que puedan gozar de una mejor calidad de vida y bienestar psicológico.

La aportación más importante del presente estudio es que muestra evidencia respecto a la contribución de un entrenamiento en psicoestimulación cognitiva, el cual puede contribuir a detener la curva de deterioro cognitivo, en donde se busca que las personas mayores puedan llevar una vida autosuficiente y sean capaces de realizar sus actividades cotidianas libres de discapacidad.

Cuando se habla de envejecimiento “saludable”, no necesariamente nos referimos a la ausencia de enfermedades, ya que, en la vejez, debido al paso de los años, es inevitable la presencia de morbilidad que aparece como resultado de la carga genética y la exposición a factores de riesgo del entorno; se alude, más bien, a concebirlo como un proceso para preservar la capacidad funcional y, con ello, alcanzar un estado de bienestar durante esta etapa de vida.

Por ello, cobra especial importancia el estudio de estos conceptos desde la perspectiva de la psicología, pues se han logrado avances importantes en la construcción de los mismos.

Por otra parte, se reconoce que el entrenamiento en el funcionamiento cognitivo, mediante la psicoestimulación cognitiva, independientemente del nivel cognitivo de las personas, promueve el mantenimiento del nivel de independencia y autonomía de las personas adultas mayores.

Acerca de las limitaciones que presenta el estudio se reconocen a continuación. En primer lugar, el deterioro de salud derivado de otras enfermedades (artritis reumatoide, COVID 19, fibromialgia, diabetes) que padecen las participantes también resulta una limitante al no evaluar las características propias de cada enfermedad por lo que pueden considerarse una variable extraña. Cabe mencionar que las participantes sí contaron durante toda la intervención con apoyo de médicos especialistas y las condiciones de salud nunca se vieron comprometidas.

Por último, no se contempló el impacto psicológico por situación de pandemia. Por lo que se propone para futuras investigaciones, tomar en cuenta el evento de la contingencia sanitaria como factor importante en esta cohorte; ya que se ha comprobado en múltiples investigaciones que se pueden presentar características negativas en la salud derivado de la situación antes mencionada (Broche-Pérez *et al*., 2020; Jackson, *et al*., 2020; Palomera-Chávez *et al*., 2021).

Por tal razón, en la medida de lo posible, se sugiere desarrollar intervenciones para fomentar y preservar la capacidad funcional. Su papel se hace más relevante en el diseño de intervenciones psicológicas cuyo compromiso sea garantizar una vida de calidad, lograr el bienestar psicológico y mantener o incrementar el funcionamiento cognitivo de los adultos mayores.

Referencias

Acosta-Quiroz, C., Vales, J., Echeverría, S., Serrano, D. & García, R. (2013). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, *23*(2). 241-250. https://www.academia.edu/29038612/Confiabilidad_y_validez_del_Cuestionario_de_Calidad_de_Vida_WHOQOL_OLD_en_adultos_mayores_mexicanos

Adams, K. B. (2004). Changing investment in activities and interests in elders' lives: theory and measurement. *The International Journal of Aging and Human Development*, *58*(2), pp. 87-108. https://doi.org/10.2190/0UQ0-7D8X-XVVU-TF7X

Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta- analysis. *Cognitive Behavior Therapy*, 38(4), 196-205, http://dx.doi.org/10.1080/16506070903318960

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

Baltes, M., & Baltes, P. (1990). *Succesful Aging. Perspectives from the Behavioral Science*. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684

Beck, A. (1963). Thinking and depression: 1, Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, *9*(4), 324-333. https://psycnet.apa.org/doi/10.1001/archpsyc.1963.01720160014002

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1983). Terapia Cognitiva de la depresión. del Viso Pabón, S. (Trad.), Editorial Desclée De Brower.

Bermejo, L. (2012). Envejecimiento activo, pedagogía gerontológica y buenas prácticas socioeducativas con personas adultas mayores. *Educación social. Revista de Intervención Socioeducativa*, *51*, 27-44. https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/96342/00920123018186.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Bravo, M.C., & Valadez, A. (2018). Solución de problemas. En Valladares, P., & Rentería, A. (coor). *Psicoterapia cognitivo-conductual. Técnicas y procedimientos.* (pp. 89-132). Universidad Nacional Autónoma de México.

Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E., & Reyes-Luzardo E. (2020). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(Suppl 1). https://scielosp.org/article/rcsp/2020.v46suppl1/e2488/es/

Campbell, D., & Stanley, J. (1966). Disenos experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. *Amorrortu editores:* Buenos Aires. https://knowledgesociety.usal.es/sites/default/files/campbell-stanley-disec3b1os-experimentales-y-cuasiexperimentales-en-la-investigacic3b3n-social.pdf

Campbell, J. M. (2013). Commentary on PND at 25. *Remedial and Special Education, 34*(1), 20–25. https://doi.org/10.1177/0741932512454725

Cancino, M., Rehbein-Felmer, L., & Ortiz, M. S. (2018). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. *Revista Médica de Chile*, *146*(3), 315-322. https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000300315

Chávez, B. M., & Tron, A. R. (Editores) (2012). *Análisis descriptivos en Psicología: Aspectos metodológicos y estadísticos.* 205-238. FES Iztacala, UNAM.

Clark-Carter, D. (2004). *Quantitative Psychological Research.* Psychology Press. https://doi.org/10.4324/9780203462119

Coffin, N., & Salinas, J. L. (2018). Técnicas de relajación y meditación. En P. Valladares., & A. Rentería. (Eds). *Psicoterapia cognitivo-conductual. Técnicas y procedimientos.* (pp. 1-58). Universidad Nacional Autónoma de México.

Cruz-Peralta, M. J., & González-Celis, A. (s/f). Intervenciones para mejorar la calidad de vida en adultos mayores: revisión sistemática con preguntas PIO. [en prensa]. *Revista Psicología y Salud.* Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana; 33(2), correspondiente a julio-diciembre 2023.

Cruz-Peralta, M. J. (s/f). Favorecimiento de la calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo, nivel de relajación corporal reportado y las actividades de valor de su vida cotidiana en las mujeres adultas mayores: una intervención cognitivo-conductual (ICC) mediada por la tecnología. [Tesis de doctorado no publicada]. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, México.

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. & Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, *18*(3), 572-577. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718337

Donnellan, C. (2015). The Baltes' model of successful aging and its considerations for Aging Life Care / geriatric care management. *Journal of aging life care.* https://www.aginglifecare.org/ALCA_Web_Docs/journal/ALCA%20Journal%20Fall%202015%20Resilience.pdf

Ellis, A. (1957). How to live with a "neurotic". En Ellis, A. & Grieger, R. *Manual de Terapia Racional-Emotiva. Vol. 2.* Editorial Desclée de Brouwer

https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/ellis-manual-de-terapia-racional-emotiva-vol-ii.pdf

Espinosa, G. (2019). *Funcionamiento cognitivo y global de adultos mayores con trastorno bipolar tipo 1 y adultos mayores controles.* [Tesis de especialidad en psiquiatría]. Recuperado de Tesiunam (Acceso libre). http://132.248.9.195/ptd2019/julio/0792332/Index.html

González-Celis, A. (2010). Calidad de vida en el adulto mayor. En Gutiérrez-Robledo L. M., & Gutiérrez-Ávil, J. H, (coord.) *Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria.* Instituto Nacional de Geriatría, Secretaría de Salud. 365-378.

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

Gonzalez-Celis, A. L.; Reyes Jarquín, K.; Bautista-Díaz, M. L.; Guillén-D. B., Centli; Cruz-Peralta, M. J.; Mendoza-Madrigal, V. A. & Casado-Álvarez, M. F. (s/f). Edad y nivel educativo en la evaluación del funcionamiento cognitivo y capacidad discriminativa del SCIP-S en adultos mayores mexicanos. [Manuscrito en prensa]. *Acta Colombiana de Psicología.*

Griffiths, F., Lindenmeyer, A., Powell, J., Lowe, P., & Thorogood, M. (2006). Why Are Health Care Interventions Delivered Over the Internet? A Systematic Review of the Published Literature. *Journal of Medical Internet Research*, *8*(2), https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e10

Gutiérrez-Robledo, L. M., García, C., Medina, R., Parra, L., López, M., González, J. y Gómez, H. (2017). *Estudio de carga de la enfermedad en personas adultas mayores: un reto para México.* Secretaria de Salud. Instituto Nacional de Geriatría. .http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/ResumenEjecutivo_Final_20Oct.pdf

Jackson D, Bradbury-Jones, C., Baptiste, D., Gelling, L., Morin, K., Neville, S., & Smith, G. D. (2020). Life in the pandemic: some reflections on nursing in the context of COVID-19. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(13-14):2041-43. https://doi.org/10.1111/jocn.15257

Ma, H. (2006). An alternative method for quantitative synthesis of single-subject researches: percentage of data points exceeding the median. *Behavior modification*, 30(5), 598–617. https://doi.org/10.1177/0145445504272974

Medina-Calvillo, M., Gutiérrez-Hernández, C., & Padrós-Blázquez, F. (2013). Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico de Ryff en población mexicana. *Revista de Educación y Desarrollo*, *27*(Octubre-diciembre de 2013), 24-30. https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/27/027_Padros.pdf

Martínez-Ruíz, N. R. (2018). *Desarrollo de un alimento adicionado con Brosimum alicastrum Sw. para el adulto mayor*. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. http://cathi.uacj.mx/bitstream/handle/20.500.11961/4402/11.2%20Reporte%20T%C3%A9cnico%20Parcial%20Piva%202017-1%20AM-Brosimum%20NRMR%20E.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Olthuis, J.V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A. & Stewart, S. H. (2016) Therapist-supported Internet cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, *3*(3). https://doi.org/10.1002/14651858.cd011565.pub2

Oramas, A., Santana, S., & Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, *7*(1-2), 34-39. https://xdoc.mx/documents/el-bienestar-psicolgico-un-indicador-positivo-de-la-salud-mental-5efa5869b255e

Hubanks, L., Kuyken, W., & Organización Mundial de la Salud. (1994). *Quality of life Assessment. An annotated bibliography.* OMS. http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.1.pdf

Palomera-Chávez, A., Herrero, M., Carrasco-Tapias, N. E., Juárez-Rodríguez, P., Barrales-Díaz, C.R., Hernández-Rivas, M. I., Llantá-Abreu, M.C., Montenegro, L. L., Meda-Lara, R. M., & Moreno-Jiménez, B. (2021). Impacto psicológico de la pandemia COVID-19 en cinco países de Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *53*, 83-93. https://doi.org/10.14349/rlp.2021.v53.10

Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: nonoverlap of all pairs. *Behavior therapy*, *40*(4), 357–367. https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.006

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

Ryff, C. D. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *83*(1), 10-28. https://doi.org/10.1159/000353263

Ryff, C., y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(4), 719-727. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7473027/

Puig, A. (2009). *Programa de Psicoestimulación preventiva. Un método para la prevención del deterioro cognitivo en ancianos institucionalizados (3ª ed.).* Editorial CCS.

Scruggs, T. E., Mastropieri, M., & Casto, G. (1987). The Quantitative Synthesis of Single-Subject Research. *Remedial and Special Education, 8,* 24 - 33. https://doi.org/10.1177/074193258700800206

Scruggs, T. E., & Mastropieri, M. A. (2013). PND at 25 Past, Present, and Future Trends in Summarizing Single-Subject Research. *Remedial and Special Education, 34*(1), 9–19. https://doi.org/10.1177/0741932512440730

Secretaría de Salud (SSA). (2015). Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. Diagnóstico general de la salud poblacional. SSA. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf

Secretaría de Salud (SSA)., & Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2014). *Carga de la enfermedad en México, 1990-2010. Nuevos resultados y desafíos*. INSP. https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/150122_cargaEnfermedad.pdf

Siegel, S., & Castellan, N. J. (1995). *Estadística no paramétrica: aplicada a las ciencias de la conducta.* Editorial Trillas.

Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo* (4th ed.). Trillas.

Soto-Pérez, F., Bernate-Navarro, M., Gonzalez-Palau, F., Toribio-Guzmán, J. M., Bueno-Aguado, Y., & Franco-Martin, M. (2013). Breve historia de las Ciberterapias: Tecnología y salud mental. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 5*(sup), 361-363. https://www.researchgate.net/publication/255702270_A_brief_history_of_cyber_therapies_mental_health_technologies

Tena-Hernández, F. J. (2020) Psicoeducación y Salud Mental. *SANUM Revista científico-sanitaria, 4*(3), 36-45. https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf

Valero, M. C. (2012). Modificar malas conductas. *Revista de Claseshistoria. Publicación digital de Historia y Ciencias Sociales.* ISSN 1989-4988 http://www.claseshistoria.com/revista/2012/articulos/valero-modificar-conductas.pdf

Vergara-Lope, S., & González-Celis, A.L. (2011). *Terapia cognitivo-conductual de grupo en la atención del adulto mayor. Guía práctica para terapeutas.* Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. ISBN 978-607-02-1969-6.

World Health Organization; y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.* OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf?sequence=1

World Health Organization (2006) WHOQOL-OLD manual. European Office, Copenhagen, WHO, Geneva. http://library.cph.chula.ac.th/Ebooks/WHOQOL-OLD%20Final%20Manual.pdf

World Health Organization. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Apéndices

Tabla 1.

Descripción de la intervención cognitivo-conductual (ICC) tomada de la tesis doctoral Cruz-Peralta (s/f).

Módulo	Objetivos	Sesiones (40 a 60 min)	Técnicas de TCC
Relajación Corporal (RC)	Que las participantes logren realizar la técnica de respiración diafragmática por sí mismas. Que las participantes logren realizar la técnica de entrenamiento en relajación autógena por sí mismas.	Sesión 1. Respiración diafragmática. Sesión 2. Entrenamiento en relajación autógena.	Psicoeducación. Modelado conductual.
Psicoestimulación Cognitiva (PsC)	Preservar funciones cognitivas de los adultos mayores: memoria, orientación y atención; a partir de la psicoestimulación cognitiva: • Evaluar el aprendizaje verbal inmediato de cada participante. • Evaluar la memoria de trabajo de cada participante. • Evaluar la afluencia verbal de cada participante. • Evaluar el aprendizaje verbal diferido de cada participante. • Evaluar la velocidad de procesamiento de cada participante.	Sesión 1. Memoria. Sesión 2. Orientación. Sesión 3. Atención.	Psicoeducación. Modelado conductual.
Promoción de actividades de valor en la vida cotidiana (PrAc)	• Promover la selección, optimización y compensación de las actividades de valor en la vida cotidiana que evalúan los adultos mayores.	Sesión 1. Ejercicios de Selección; Ejercicios de Optimización de las actividades Sesión 2. Ejercicios de Compensación	Solución de problemas. Reestructuración cognitiva.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 2.

Descripción de las actividades para las tres funciones cognitivas de la psicoestimulación cognitiva: memoria, orientación y atención.

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

Nota. Elaboración propia. Las instrucciones pueden consultarse en la tesis doctoral (Cruz-Peralta, s/f).

Tabla 3.

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

	Participante 1			Participante 2			Participante 3		
Variable: Calidad de vida	PND	NAP	PEM	PND	NAP	PEM	PND	NAP	PEM
WHOQoL-OLD puntuación total	-	**0.62**	**50**	-	**0.5**	-	-	-	-
WHOQoL -OLD Capacidad Sensorial	-	-	-	-	**0.67**	**66.67**	**100**	**1**	**100**
WHOQoL -OLD Autonomía	-	-	-	-	-	-	-	**0.56**	**66.67**
WHOQoL -OLD Actividades	**50**	**0.92**	**100**	**100**	**1**	**100**	-	-	-
WHOQoL -OLD Participación social	-	-	-	-	**0.56**	**66.67**	-	**0.67**	**66.67**
WHOQoL -OLD Temor a la muerte y agonía	-	-	**50**	-	-	**66.67**	-	-	-
WHOQoL -OLD Intimidad	-	-	-	**100**	**1**	**100**	-	-	-

Nota. Los números aparecen en negritas si los cambios son de moderados a grandes ≥ 0.5 para PND; y cambios de moderados a grandes ≥ 50 para los índices NAP y PEM.
No se presenta cambio en el índice (-).

Intervención cognitivo-conductual para favorecer calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo en adultos mayores

Tabla 4.

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

	Participante 1			Participante 2			Participante 3		
Variable: Bienestar Psicológico	PND	NAP	PEM	PND	NAP	PEM	PND	NAP	PEM
EBPR Puntuación total	**-**	**-**	**-**	**100**	**1**	**100**	**-**	**0.5**	**-**
EBPR BH Autoaceptación	**-**	**-**	**-**	**-**	**0.56**	**-**	**-**	**-**	**-**
EBPR BH Relaciones positivas	**-**	**-**	**-**	**-**	**0.67**	**100**	**-**	**-**	**-**
EBPR BH Autonomía	**50**	**0.83**	**100**	**-**	**0.72**	**66.67**	**-**	**0.56**	**66.67**
EBPR BH Dominio del entorno	**-**	**-**	**-**	**66.67**	**0.83**	**66.67**	**-**	**-**	**-**
EBPR BE Propósito en la vida	**50**	**0.75**	**50**	**-**	**0.72**	**100**	**-**	**0.83**	**100**
EBPR BE Crecimiento personal	**100**	**1**	**100**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**

Nota. Los números aparecen en negritas si los cambios son de moderados a grandes ≥ 0.5 para NAP; y cambios de moderados a grandes ≥ 50 para los índices NAP y PEM.
No se presenta cambio en el índice (-).

Tabla 5.

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

	Participante 1			Participante 2			Participante 3		
Variable: Funcionamiento cognitivo	PND	NAP	PEM	PND	NAP	PEM	PND	NAP	PEM
SCIP Puntuación total	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SCIP AV-I	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SCIP MT	-	-	**50**	-	-	-	**50**	**0.83**	**100**
SCIP FV	-	-	-	-	-	**50**	-	-	-
SCIP AV-D	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SCIP VP	-	**0.5**	**50**	**50**	**0.75**	**50**	-	-	-

Nota. Los números aparecen en negritas si los cambios son de moderados a grandes ≥ 0.5 para NAP; y cambios de moderados a grandes ≥ 50 para los índices NAP y PEM.
No se presenta cambio en el índice (-).

Figura 1.

Comportamiento visual de la puntuación de la calidad de vida en las tres participantes, contrastando con los índices de no solapamiento.

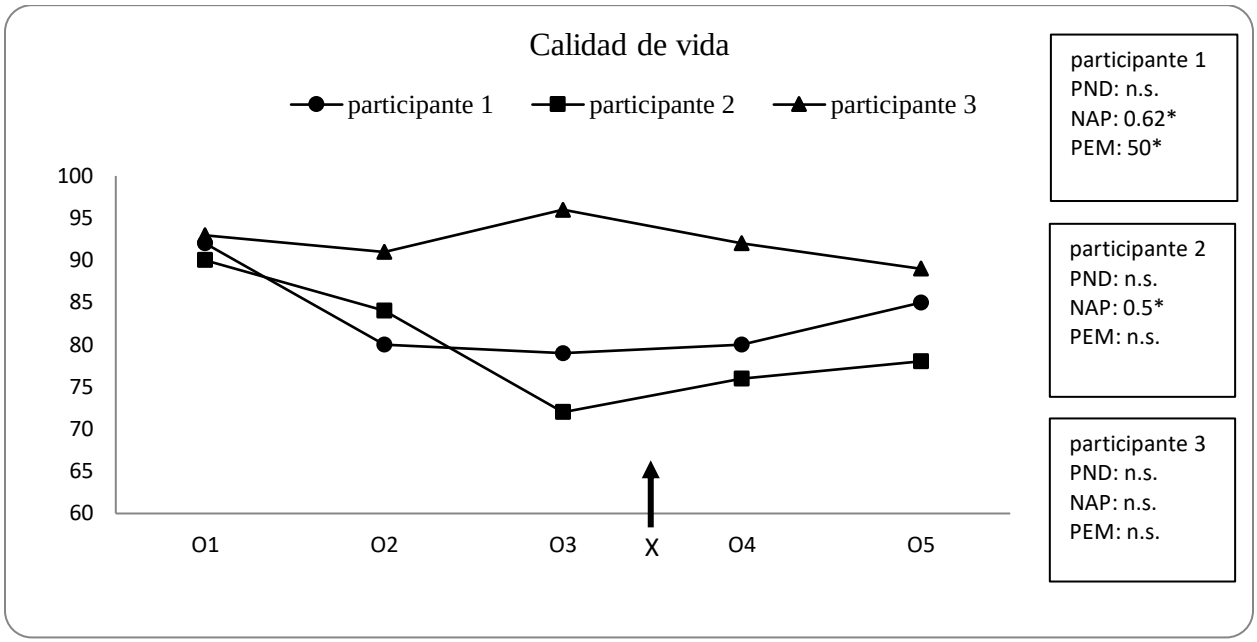


Figura 2.

Comportamiento visual de la puntuación del bienestar psicológico en las tres participantes, contrastando con los índices de no solapamiento.

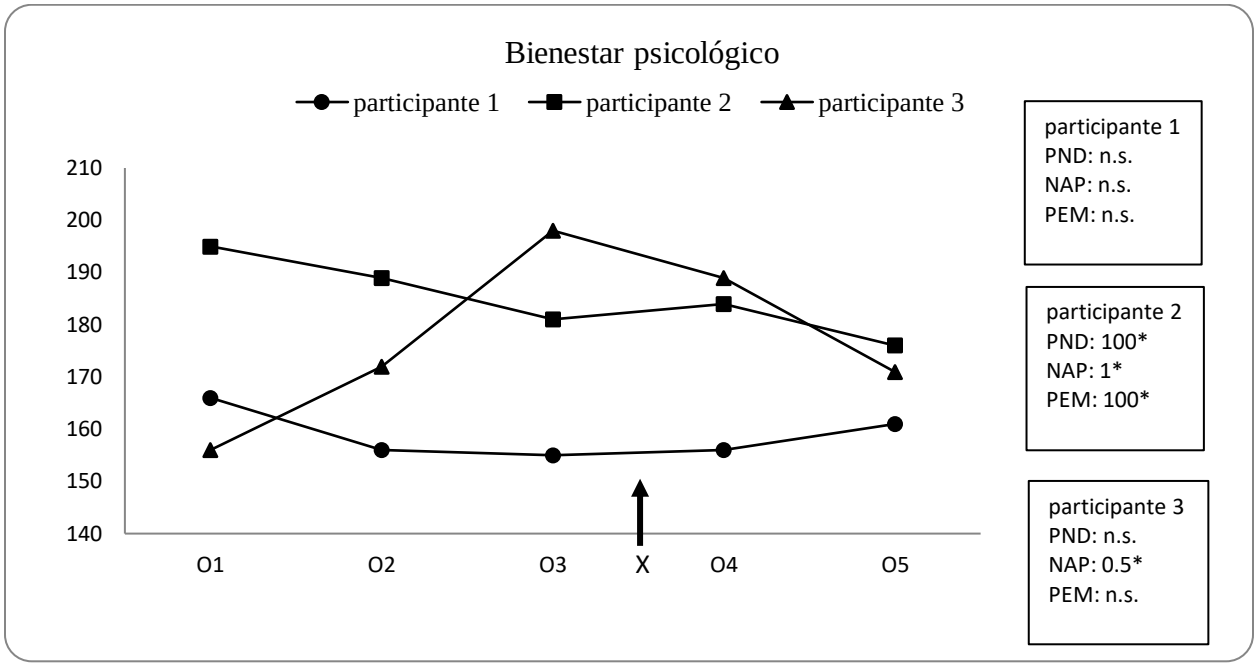
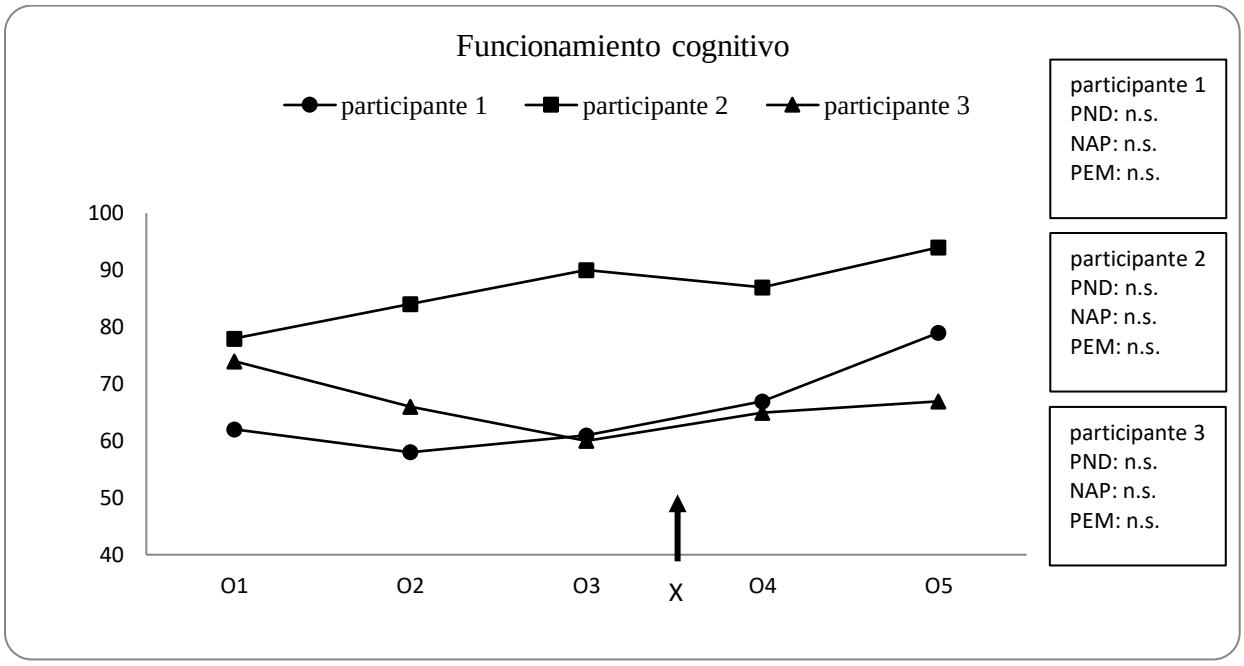


Figura 3.

Comportamiento visual de la puntuación del funcionamiento cognitivo en las tres participantes, contrastando con los índices de no solapamiento.