Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social | Vol. 9 | Núm. 1 | Enero-Junio 2023 | e-ISSN 2448-8119

[Artículo empírico]

Suscribirse a la revista

10.22402/j.rdipycs.unam.e.9.1.2022.469 e912022469

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

María de Jesús Cruz Peralta y Ana Luisa González-Celis Rangel
Universidad Nacional Autónoma de México
México

RESUMEN

Favorecer la capacidad funcional de los adultos mayores (AM) es prioridad con una población mundial envejecida. El objetivo del reporte de investigación es 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 (O1, O2, O3) a la intervención (X) y las observaciones posteriores a la intervención (O4, O5). Se concluye que hay evidencia para afirmar que la intervención favoreció o preservó la capacidad funcional en las AM.

Palabras Clave:
calidad de vida, bienestar psicológico, funcionamiento cognitivo, adultas mayores, ICC.

Knowledge and perception of psychology students on professional work with people with HIV

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 (O1, O2, O3) to the intervention (X) and the observations after the intervention (O4, O5). 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.

Bitácora del Artículo:
| Recibido: 3 de Junio de 2022 | Aceptado: 06 enero de 2023 | Publicado en línea: Enero - Junio de 2023 |

Autoría y Derechos de Propiedad Intelectual

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

María de Jesús Cruz Peralta y Ana Luisa González-Celis Rangel
Universidad Nacional Autónoma de México
México

María de Jesús Cruz Peralta
FES- Iztacala, UNAM
Correo: mjcp-psicologia-doctorado@outlook.com

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.

Ana Luisa González-Celis Rangel
FES- Iztacala, UNAM
Correo: algcr10@gmail.com

Doctora en psicología de la UNAM. Profesora Titular "C" de la carrera de Psicología, posgrado e investigación de la FES Iztacala UNAM, cuenta con el Nivel "D" en el PRIDE de la UNAM. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Reconocida con el Mérito Académico y distinguida con la Cátedra Alexander I. Oparin, en la FES Iztacala. Obtuvo el reconocimiento Sor Juana Inés de la Cruz de la UNAM (2022). Tiene más de 20 artículos publicados en revistas nacionales e internacionales. Es autora y coautora de tres libros.

Contribución de los Autores

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. | 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.

Agradecimientos

Agradecimiento por el apoyo parcial recibido del Proyecto PAPIIT IN311019 DGAPA-UNAM; apoyo de Beca Conacyt registro CVU 924842

Datos de Filiación de los Autores

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

Copyright: © 2023 Cruz-Peralta, M.J.; González-Celis, A.L.
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional, por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de sus autoras con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social y a sus autoras.

Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social |Vol. 9| Núm. 1| Enero-Junio 2023| e-ISSN 2448-8119

Tabla de contenido

Método 7
Participantes, 7
Tipo de estudio y diseño de investigación, 8
Mediciones, 9
Procedimiento, 10
Análisis de resultados 11
Resultados 12
Calidad de vida, 12
Bienestar psicológico, 13
Funcionamiento cognitivo, 14
Discusión 14
Conclusiones 15
Referencias 16

De acuerdo con los últimos datos del Informe Mundial sobre Envejecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), el envejecimiento de la población a nivel mundial ha ido en aumento. 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 del índice de natalidad, la reducción de los índices 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 del tema, se hizo una revisión sistemática de las publicaciones al respecto de los años 2015-2020, donde se usó 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 = 1,651) se descartaron los publicados antes de 2015 (n = 643), sin acceso al texto completo (n = 323), con participantes con comorbilidad (n = 312), porque 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 Cruz-Peralta, s/f; o Cruz-Peralta y González-Celis, s/f). Derivado de esta búsqueda sistemática surge el interés de las autoras por elaborar este informe 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), definen la capacidad funcional como "los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella" (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 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 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.

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 porque 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, como felicidad, calidad de vida y salud mental, entre otros aspectos de índole personal y del entorno con que tienen algún 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 hacer el análisis del modelo teórico años después

Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social |Vol. 9| Núm. 1| Enero-Junio 2023| e-ISSN 2448-8119

(Ryff y Keyes, 1995), las comparaciones con otros indicadores, 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) consideran 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 (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 algún deterioro (Espinosa, 2019; Puig, 2009).

De acuerdo con 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 dicha autonomía se pretende promover las capacidades necesarias para proporcionar un grado de autonomía suficiente, además de que se usa 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 el objetivo de que los adultos mayores tengan independencia y una percepción positiva de 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, puedan participar en procesos de interacción en los que intercambiar experiencias de lo que les interesa, y gracias a lo cual puedan desarrollar sus habilidades y conocimiento. Esto les permite, además de disfrutar de aprender, optimizar sus capacidades para enfrentarse a la vida y participar de manera activa 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 como procesos separados, cada uno contribuyendo al desarrollo del envejecimiento exitoso.

Por su parte, la terapia cognitiva-conductual tiene ya mucho tiempo que se reconoce como base de varias investigaciones. Sus raíces han sido 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 sobre todo ansiedad y depresión, siendo pocos los resultados con adultos mayores; ejemplo de ello es el trabajo de Vergara-Lope y González-Celis (2011), quienes ratifican que hay 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 sólo 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 utilizados en la relajación corporal, es necesario mencionar que existen aproximaciones teóricas acerca de 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 usadas 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 considerar el dinamismo de sus tres componentes: factores fisiológicos, el comportamiento y las cogniciones. Las recomendaciones para una correcta aplicación de las técnicas son: ambiente tranquilo, temperatura adecuada, luz moderada, posición corporal sentados y ropa cómoda.

Por su parte, la psicoeducación implica la enseñanza de nuevos conocimientos que ayuden al sujeto a modificar su conducta, pensamientos y emociones. Tena-Hernández (2020) indica que la psicoeducación desempeña un papel importante dentro de la TCC porque 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, en consecuencia, 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 mediante 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 muy compleja porque diversos autores han hecho aportaciones importantes, por lo que se retoma a Bravo y Valadez (2018) que indican 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 objetivos de dicha técnica: 1) identificar la situación de estrés o desajuste; 2) reducir emociones maladaptativas, es decir, expresión de ansiedad, enojo o depresión; 3) incrementar la efectividad de su afrontamiento, y 4) adquirir la habilidad y aplicarlo en problemas futuros.

Para ofrecer a la persona un mayor autocontrol y reconocimiento de sus pensamientos se utiliza la restructuración cognitiva. Esta técnica pretende eliminar disturbios emocionales derivados de la interpretación de situaciones presentes en la vida cotidiana. En primer lugar, la persona debe ser consciente del pensamiento presente ante determinada situación; toda vez que se descubre el pensamiento negativo se busca cuestionar dicho pensamiento reconocido por una frase. Por lo general las respuestas al cuestionamiento del pensamiento desadaptativo suelen ser más razonable. Al final se logra una respuesta con mayor sensación de control, con afirmaciones 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).

Es necesario puntualizar que no hay consenso o normativa respecto a la manera en que se deben usar 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 por internet

Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social |Vol. 9| Núm. 1| Enero-Junio 2023| e-ISSN 2448-8119

aplicada a problemas de salud se atienden como una alternativa a la TCC presencial, porque 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 cinco y 15 semanas.

Quedan claras también las ventajas de efectuar intervenciones mediadas por la tecnología: 1) se reduce el tiempo de traslado de las personas al lugar donde se desarrollarían las sesiones; 2) el alcance es mayor en términos de personas que no pueden acceder de manera presencial, y 3) 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 lo anterior, en este informe la intervención se hizo 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 efectuó 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: 1) relajación corporal; 2) psicoestimulación cognitiva, y 3) 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 esta investigación se analizó el impacto del módulo de psicoestimulación cognitiva con la pregunta "¿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 (H1) 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 utilizado para evaluar funcionamiento cognitivo descrito en la sección de instrumentos (González-Celis et al., s/f).

Como criterios de inclusión se usaron: participación voluntaria (consentida e informada), no padecer enfermedades crónico-degenerativas no controladas, contar con acceso a Internet y algún dispositivo tecnológico que les permitiera participar en la intervención de manera remota, debido a que las sesiones de evaluación e intervención se harían 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 (como conexión alámbrica o inalámbrica, falta de batería, cables necesarios, encender la cámara).

Participaron tres personas mayores que aceptaron formar parte del estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión.

- 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 de manera ocasional. Las enfermedades que le diagnosticó su médico son osteoporosis y artritis reumatoide. Sólo dice tener preocupación por la pandemia por Covid-19. Las actividades de estimulación cognitiva que informa son ver documentales, jugar damas chinas, resolver actividades de pasatiempos, escuchar radio y procurar aprender algo nuevo.
- 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 de manera ocasional. Las enfermedades que le diagnosticó su médico son fibromialgia y problema de tiroides. Las preocupaciones que comenta tener son la pandemia, la inseguridad y la evolución de su

enfermedad. Las actividades de estimulación cognitiva que informa son leer, buscar y ver películas, resolver juegos de mesa, ver televisión, aprender algo nuevo y escuchar radio.

- 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 en ocasiones. La enfermedad que le diagnosticó su médico es diabetes. Las preocupaciones que dice tener son la pandemia, la economía y el futuro mundial. Las actividades de estimulación cognitiva que informa son leer, buscar y ver películas, pintar, dibujar e iluminar, aprender algo nuevo, ver u oír misa y escuchar radio.

Tipo de estudio y diseño de investigación

El diseño de investigación fue de series temporales o 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 respecto a algún individuo y la introducción de una variación experimental (X) en esa serie cronológica de mediciones, cuyos resultados se indican por medio de una discontinuidad en las mediciones registradas en la serie. Se le diagrama de la manera siguiente:

O1, O2, O3, X, O4, O5

El estudio fue cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo.

La justificación para usar 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 se puede contactar con las autoras.

En este informe se describe el Módulo de Psicoestimulación Cognitiva (PsCg), porque el propósito fue un análisis de los efectos del mismo. La psicoestimulación cognitiva se basó en el manual de Puig (2009); se retomaron tres funciones cognitivas: memoria; orientación y atención. Cada una de las funciones cognitivas tuvo una sesión de 40 minutos. El objetivo del módulo fue preservar las funciones cognitivas de los adultos mayores

Tabla 1

Descripción de la intervención cognitivo-conductual (ICC).[a]

Módulo	Objetivos	Sesiones (40 a 60 min.)	Técnicas de TCC
Relajación corporal (RC)	Descripción de la intervención cognitivo-conductual (ICC).a 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.

[a] *Elaboración propia. Tomada de la tesis doctoral Cruz-Peralta (s/f).*

Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social | Vol. 9 | Núm. 1 | Enero-Junio 2023 | e-ISSN 2448-8119

Tabla 2

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

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

[a] *Elaboración propia. Las instrucciones pueden consultarse en Cruz-Peralta (s/f).*

(memoria, orientación y atención) a partir de la psicoestimulación cognitiva. Las técnicas utilizadas fueron la psicoeducación y el modelado conductual (tabla 2).

Mediciones

Variables

Para este artículo, derivado de la investigación doctoral, se definen tres variables de interés: 1) calidad de vida; 2) bienestar psicológico, y 3) funcionamiento cognitivo.

Calidad de vida. Es la percepción que los individuos tienen de su posición en la vida, considerando el contexto de su cultura y sistema de valores en que las personas viven y en relación con sus objetivos, 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. 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, como concentración, realización de cálculos mentales, aprendizaje verbal, 0y memoria de trabajo para las nuevas tareas y la velocidad de procesamiento (Espinosa, 2019; Puig, 2009).

Instrumentos

Consentimiento informado. Se siguen los lineamientos del Código Ético en Psicología de la Sociedad Mexicana de Psicología (2010). 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 participación.

Hoja de datos sociodemográficos. Instrumento con 21 reactivos mediante los cuales se solicitó información de algunas características referentes a sus datos personales, su condición de salud y sus actividades personales; se aplicó mediante una entrevista semiestructurada.

Escala WHOQoL-OLD. Elaborado por la OMS (WHO, 2006) y adaptado por González-Celis y Gómez-Benito (2013). Cuestionario con 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-Ruiz, 2018, p. 10).

Se evaluó la validez divergente con el coeficiente de correlación rho de Spearman entre los puntajes totales de los participantes en el WHOQOL-OLD y en la Escala de Depresión Geriátrica (–0.569); de igual manera, se evaluó la validez convergente por medio de la correlación entre los puntajes del WHOQOL-OLD y la Escala de Bienestar Subjetivo de Lawton (0.624, con $p \leq 0.001$) mostrando una validez convergente con el bienestar subjetivo de correlación moderada, significativa y positiva (Acosta-Quiroz et al., 2013).

Escala de bienestar psicológico de Ryff. Tiene 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 informadas por Medina-Calvillo et al. (2013). El instrumento tiene una bondad de ajuste regular para el modelo de seis factores. Los valores de alfa de Cronbach del total de la escala resultaron de $\alpha = 0.918$ y $\alpha = 0.904$ (muestras A y B, respectivamente). La correlación test-retest se efectuó en un periodo de dos meses, y se observó en el valor $r = 0.796$ ($n = 245$, $p < 0.001$) en el total de la escala, mientras que los valores de las correlaciones test-retest entre las subescalas fueron desde $r = 0.584$ hasta $r = 0.731$ (todos con $p < 0.001$).

Los reactivos se agruparon en dos subescalas: 1) 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), y 2) 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).

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 tiempo reducido. El cuestionario requiere lápiz, papel y reloj; su aplicación necesita de un entrenamiento menor y su duración es de casi 15 minutos. 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 comparando por nivel de escolaridad ($p = 0.001$), por edad ($p < 0.004$), y por afectación cognitiva ($p = 0.001$); además, los puntos de corte (< 45.50), y valores de sensibilidad (0.811) y especificidad (.667) para la puntuación total (González-Celis et al., s/f). Las medidas descriptivas para las puntuaciones directas de la puntuación total del SCIP-S y de las subescalas por nivel educativo y su capacidad discriminativa mostraron un valor de $p < 0.05$.

Se obtienen puntuaciones directas de cada una de las subescalas, así como la puntuación total del SCIP-S; asimismo, se pueden transformar dichas índices 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 hizo con ayuda de estudiantes y colaboradores de la licenciatura de Psicología y del programa de maestría y doctorado en Psicología de la UNAM. Cuando las participantes mostraron interés fueron contactadas por medio de las coterapeutas. Se les explicaron los criterios de inclusión al programa y se acordó un día para iniciar las mediciones.

Las coterapeutas estuvieron presentes en todas las sesiones con las participantes para resolver problemas de conexión, hacer de manera correcta la aplicación de los instrumentos, así como 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, y se lleyó en voz alta para resolver dudas relacionadas. En el documento se solicitó la autorización para conocer los datos personales contenidos en la hoja de datos sociodemográficos y

Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social |Vol. 9| Núm. 1| Enero-Junio 2023| e-ISSN 2448-8119

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 (SMP, 2010), en el cual se establecen los elementos universales y principios éticos fundamentales para la buena praxis e investigación con seres humanos. Además, 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 hizo el llenado de la hoja de datos sociodemográficos. Se efectuó la primera evaluación (observación 1, O1) con la aplicación de los instrumentos *Escala WHOQoL-OLD, la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry - Spanish (SCIP-S)*.

Un mes después de la primera sesión de evaluación, se hizo una segunda medición (observación 2, O2) 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)*.

Luego de un mes se desarrolló la tercera sesión (observación 3, O3), 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 (O1, O2 y O3) 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 hizo la observación 4 (O4), con la aplicación de los instrumentos *Escala WHOQoL-OLD, la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry - Spanish (SCIP-S)*.

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

Las sesiones de evaluación (O1, O2, O3, O4, O5) e intervención (X) se efectuaron de manera individual, con una duración de casi 40 a 60 minutos, en el horario que cada participante tuviese programado, una vez por semana.

Análisis de resultados

Se analizaron 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 (O1, O2, O3) a la intervención (X) y las observaciones posteriores a la intervención (O4, O5), teniendo 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 índice de datos de la fase B que lo exceden. Se identifica la medida más alta en la fase A. Se calcula el índice de datos de la fase B que exceden el valor identificado en el paso anterior. Se divide el valor obtenido en el paso 2 por el número de observaciones en la fase B y se multiplica el valor obtenido en el paso 3 por 100 para convertir la proporción en un porcentaje.
- *Nonoverlap of all pairs (NAP)*. Propuesta por Parker y Vannest (2009) como una mejora potencial en el PND. El índice de superposición 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 indica que hay 50% de probabilidad de que al elegir de manera aleatoria un dato de la fase de intervención éste se ubique por encima de un dato elegido aleatoriamente de la evaluación inicial. Rangos de NAP: efectos débiles: 0-0.65; efectos medios: 0.66-0.92; efectos grandes o fuertes: 0.93-1.0. Transformar NAP a un nivel de probabilidad cero da estos rangos correspondientes: efectos débiles: 0-0.31; efectos medios: 0.32-0.84; efectos grandes o fuertes: 0.85-1.0.

- *Percentage of data points exceeding the median (PEM)*. Propuesto por Ma (2006). Se sugirió para evitar depender de una sola medición de evaluación previa a la intervención, como lo hace el PND. Al respecto del índice 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 lograr 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 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, y 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.

Por último 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).

Tabla 3

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

Módulo	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	—	—	—

[a] *Los números aparecen 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 (—).*

Después se presenta el 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 informado 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 de las

Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social | Vol. 9 | Núm. 1 | Enero-Junio 2023 | e-ISSN 2448-8119

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 en la participante 2 (PND y PEM = 100; NAP = 1).

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 (O4, O5) incrementan su valor, por lo que la recta es ascendente, y 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; por último, hay poca dispersión de los datos, por lo que se puede interpretar escasa variabilidad.

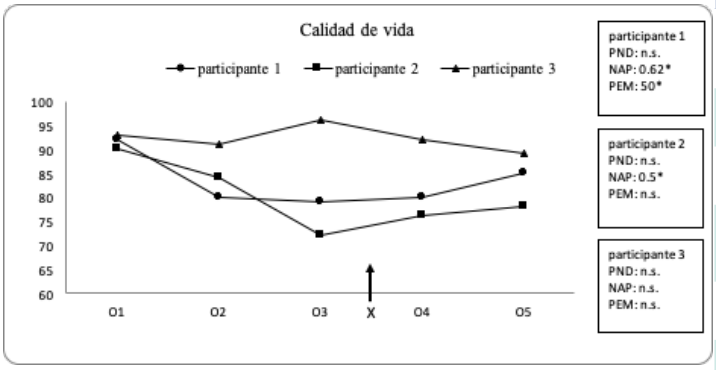

Figura 1
Comportamiento visual de la puntuación de la calidad de vida en las tres participantes, contrastando con los índices de no solapamiento.

Referente a la participante 2, el análisis visual ofrece una tendencia positiva posterior a la intervención con una magnitud moderada, porque 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 O1, O2, O4, y O5 presentan puntuaciones similares, teniendo una estabilidad temporal, y en consecuencia poca variabilidad.

Bienestar psicológico

El análisis de los datos proporcionados 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. Por su parte 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). En cuanto a la participante 3, tuvo un incremento moderado en su puntaje total (NAP = 0.5) y en sus dimensiones autonomía (NAP = 0.56, PEM = 66.67) y propósito en la vida (NAP = 0.83, PEM = 100).

Tabla 4
Índices PND, NAP y PEM con cambios moderados a grandes en el bienestar psicológico de las tres participantes.[a]

Módulo	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**	—	—	—	—	—	—

[a] *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 (—).*

En el análisis visual del bienestar psicológico reportado por las participantes (figura 2), se observa que la participante 1 muestra un comportamiento estable a lo largo del tiempo, incrementando ligeramente. Por otra parte, la recta de la participante 2 se mantiene con un pequeño decremento con una magnitud moderada de la pendiente. Hay homogeneidad de los datos, por tanto, poca variabilidad, presentando relación con los índices

de no solapamiento que muestran cambios de moderados a grandes.

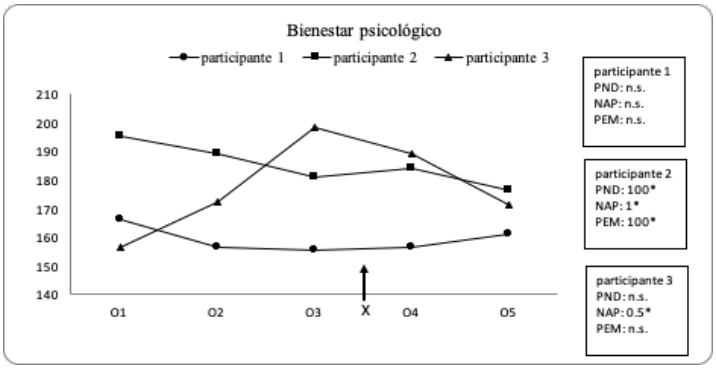

Figura 2

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

Respecto a la participante 3, reportó un aumento en la O3 y luego hay un moderado decremento en las últimas observaciones, siendo alta la magnitud de la recta. Nótese que las puntuaciones registradas después de la intervención son más altas que en las observaciones 1 y 2, mostrando relación con el índice NAP.

Funcionamiento cognitivo

Los resultados se muestran 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).

Tabla 5

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

Módulo	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	—	—	—

[a] *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 (—).*

Al comparar el análisis visual de la variable (figura 3), se identifica que las mediciones correspondientes a O5 son las que puntúan más elevadas, mostrando mejora desde la O4. Nótese que las tres participantes incrementan el valor en el desempeño de las tareas de evaluación del funcionamiento cognitivo, por lo que la recta es ascendente; entonces la inclinación o tendencia se valora como positiva. Además, la magnitud es moderada porque los valores de la variable aumentan lentamente. Los valores presentan dispersión en los datos, por lo que hay presencia de variabilidad, donde la tendencia de los datos es hacia puntuaciones elevadas en las observaciones 4 y 5.

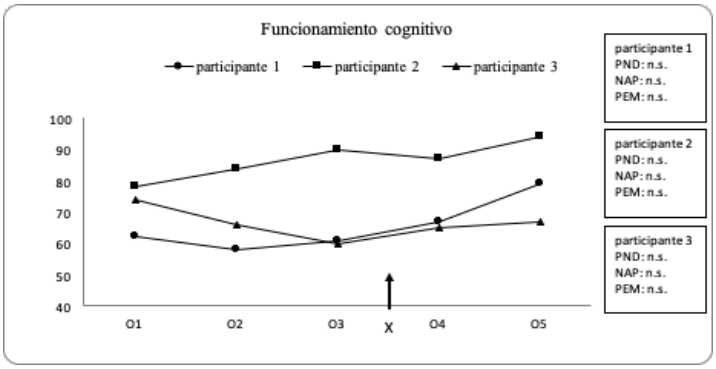

Figura 3

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

Discusión

Para comenzar con la discusión se retoma de nuevo el objetivo de este informe, 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 afirma que se cumplió con el objetivo.

Para contestar cuáles fueron los efectos que presenta el comportamiento de las variables de interés luego de la intervención se retoma la hipótesis de investigación (H1), la cual fue que el módulo de psicoestimulación cognitiva

Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social |Vol. 9| Núm. 1| Enero-Junio 2023| e-ISSN 2448-8119

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 interpreta que las variables se vieron preservadas a lo largo del tiempo porque 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 en su calidad de vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo.

Sobre todo en la calidad de vida se mejoraron las dimensiones en el nivel de satisfacción que se hace en las actividades pasadas, presentes y futuras, la capacidad sensorial, la participación social y en las relaciones íntimas. Todo ello de acuerdo con Cancino et al. (2018), quienes consideran que "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, indica que "al evaluar las necesidades de salud de una persona mayor, no sólo 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 sólo se trata de evaluar la salud o la enfermedad en la vejez, porque

> *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).*

Asimismo 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 aspectos pueden ser resultado de la adaptación a la pérdida, otros, en cambio, y evidencian 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 que en diversos contextos la vejez se relacione con una etapa de bienestar psicológico superior (Ryff, 2014), lo que 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.

Por último, 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 Puig (2009).

Respecto a la modalidad de la intervención, su aplicación de manera virtual se efectuó dadas las condiciones de confinamiento derivadas de la pandemia por Covid 19 impuestas a nivel nacional e internacional. De ahí que el propósito de esta investigación no consideró necesario evaluar el impacto de la modalidad en línea, ya que, de acuerdo con 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 teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS para fomentar y mantener la capacidad funcional de los adultos mayores para que puedan gozar de una mejor calidad de vida y bienestar psicológico.

La aportación más importante de este 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 efectuar sus actividades cotidianas libres de discapacidad.

Cuando se habla de envejecimiento "saludable", no necesariamente nos referimos a la ausencia de enfermedades, porque en la vejez es inevitable la presencia de morbilidad que surge como resultado de la carga genética y la exposición a factores de riesgo del entorno; más bien se alude a concebirlo como un proceso para preservar la capacidad funcional, y con ello lograr un estado de bienestar durante esta etapa de vida.

Por ello, es importante 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, 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. Es necesario mencionar que las participantes tuvieron, durante toda la intervención, 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. Para futuras investigaciones se sugiere tener en cuenta el suceso de la contingencia sanitaria como factor importante en esta cohorte, ya que en múltiples investigaciones se ha comprobado que se pueden presentar características negativas en la salud derivado de la situación 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 función 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), 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. (coords.). 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. 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. (Eds.) (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), 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. 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., & Gómez, H. (2017). Estudio de carga de la enfermedad en personas adultas mayores: Un reto para México. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Geriatría. http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/ResumenEjecutivo_Final_20Oct.pdf

Hubanks, L., Kuyken, W., & Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994). Quality of life Assessment. An annotated bibliography. OMS. http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.1.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), 2041-2043. 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

Martínez-Ruiz, 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

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), 24-30. https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/27/027_Padros.pdf

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

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

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

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., & 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/

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. Trillas.

Sociedad Mexicana de Psicología (SMP) (2010). Código ético del psicólogo (4a. 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 (WHO) & 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 (WHO) (2006). WHOQOL-OLD manual. European Office, Copenhagen, WHO, Geneva. http://library.cph.chula.ac.th/Ebooks/WHOQOL-OLD%20Final%20Manual.pdf

World Health Organization (WHO) (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