



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2023/2024

Modalidad: Propuesta de intervención

Título: Propuesta de un programa de intervención basado en Mindfulness para promover un envejecimiento saludable a nivel cognitivo, emocional y físico en adultos mayores sanos y con deterioro cognitivo leve

Código de autorización COIR: TFG.GPS.OPP.SLV.240513

Autor: Samuel, Lidón Vicente

Tutora: Olga Pellicer Porcar

Elche, a 21 de mayo de 2024

ÍNDICE

● RESUMEN.....	3
● INTRODUCCIÓN.....	3
- MARCO TEÓRICO.....	4
- JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	6
- REVISIÓN DE INTERVENCIONES PREVIAS.....	7
● MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
- OBJETIVOS.....	8
- POBLACIÓN OBJETIVO.....	11
- PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA: CONTENIDO DE SESIONES.....	12
- EVALUACIONES Y SEGUIMIENTO.....	21
● DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	24
● REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
● TABLAS Y FIGURAS.....	37
● ANEXOS.....	38

RESUMEN

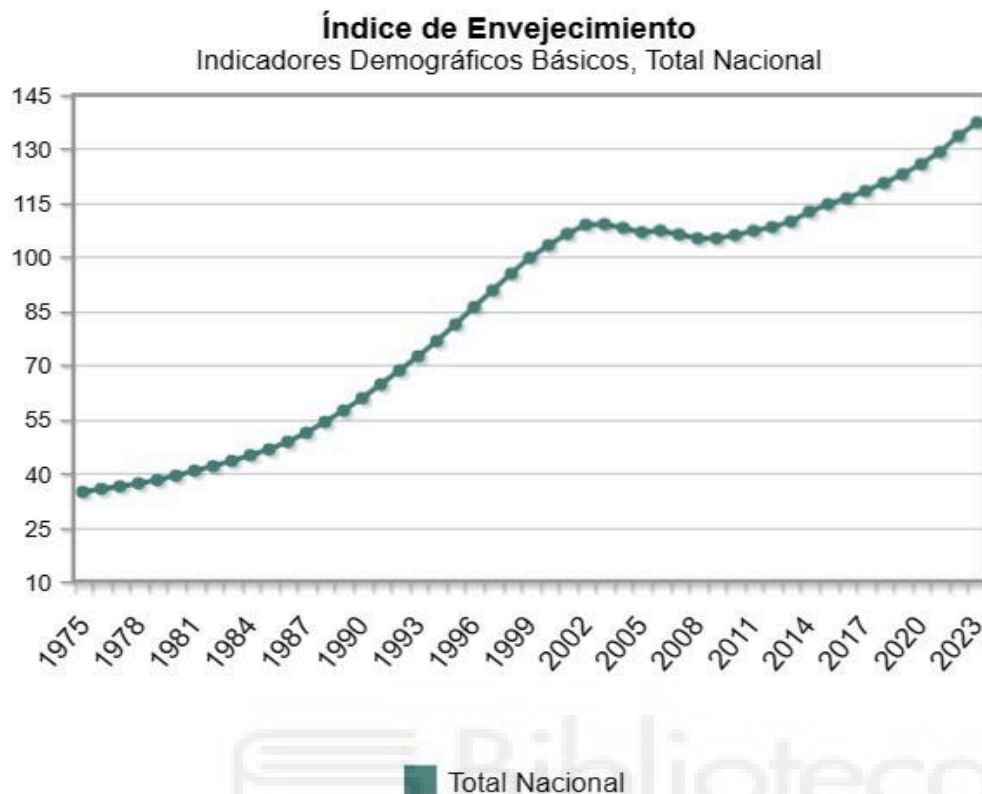
El envejecimiento de la población en España ha aumentado notablemente, en los últimos datos extraídos del índice de envejecimiento en 2023 se sitúa en un 137,3%, lo que ha llevado a un incremento significativo en la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas, generando un mayor gasto de recursos públicos y complicaciones económicas y psicológicas para los cuidadores de los individuos que sufren este tipo de deterioro (Instituto Nacional de Estadística, 2023; Carmona-Valdés y Ribeiro-Ferreira, 2010). Este trabajo propone un programa de intervención basado en Mindfulness dirigido a adultos mayores de 65 años en adelante, sanos y con deterioro cognitivo leve (DCL), enfocado en fomentar un envejecimiento saludable en el grupo de los sujetos sanos y en minimizar los síntomas de deterioro cognitivo leve, prevenir o retrasar la evolución hacia demencia en el grupo de sujetos con deterioro cognitivo leve. Los objetivos son reducir la sintomatología del deterioro cognitivo en los sujetos con DCL y fomentar la actividad física y la socialización positiva para un envejecimiento activo tanto en sujetos con DCL como sanos, mediante un programa de intervención basado en Mindfulness. (Zaldunbide, 2022; Blanco Álvarez et al., 2017). La intervención se realizará en el ámbito comunitario y se organizará en grupos para favorecer la socialización (Alvarado García y Salazar Maya, 2014). La práctica regular de Mindfulness y ejercicio físico puede mejorar la resiliencia cognitiva y la calidad de vida de los participantes (Quintana-Hernández et al., 2016; Muñetón Gómez, 2017; Alfaro et al. 2017).

Palabras clave: Mindfulness, envejecimiento, deterioro cognitivo, demencia, hábitos.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el envejecimiento de la población ha aumentado, y nos plantea un gran desafío para nuestra sociedad: combatir las consecuencias que conlleva el envejecimiento y su inherente deterioro en diferentes niveles. En España, la proporción de personas mayores ha aumentado significativamente, situándose el índice en un 137,3% de la población en 2023, y se proyecta que esta cifra siga en aumento (Instituto Nacional de Estadística, 2023) (Ver *Gráfico 1*).

Gráfico 1:



Extraído de: https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1418#_tabs-grafico

Este fenómeno demográfico ha llevado a un incremento en la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas, como el deterioro cognitivo leve (DCL) y la demencia, que representan una carga considerable para las personas que lo sufren, el sistema de salud, además de cuidadores y familia afectada (Carmona-Valdés y Ribeiro-Ferreira, 2010; Sansó et al., 2016; Erretegui, 2023).

Marco Teórico

La intervención que se presenta en este trabajo se enfoca tanto a personas sanas como con deterioro cognitivo leve. El deterioro cognitivo leve se define como una etapa intermedia entre el envejecimiento cognitivo normal y la demencia, caracterizada por una disminución notable en las capacidades cognitivas que, sin embargo, no interfiere significativamente con las actividades diarias, ni en la funcionalidad del individuo. Por otro lado, la demencia es un síndrome clínico caracterizado por un deterioro progresivo y notable en múltiples dominios cognitivos, afectando la memoria, la atención, la orientación, la

comprensión y la capacidad de juicio (Valero-Merino, 2023; Pesquera, 2023; Baquero, 2023; García-Ribas, 2023).

A continuación se presentan los principales hallazgos de investigaciones en las que se ha aplicado intervenciones basadas en mindfulness, en primer lugar en sujetos sanos y posteriormente en sujetos con DCL o demencia, por último se habla de otras variables como son el ejercicio físico, la socialización y la higiene del sueño, todas ellas muy relevantes tanto para la salud física como mental de las personas mayores, que es la población que nos ocupa, y como variables que se incluyen en el programa que se presentará a continuación.

Intervenciones en Adultos Mayores Sanos

Diversos estudios han demostrado que intervenciones basadas en Mindfulness, como la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) y la Reducción del Estrés Basada en Mindfulness (MBSR), son efectivas para mejorar la salud mental y la calidad de vida en adultos mayores sanos. Estas intervenciones se centran en aumentar la atención plena y la conciencia no juiciosa del momento presente, lo cual puede contribuir a la regulación emocional y la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, comunes en esta población (Guillén y Manuel, 2015; Zaldunbide, 2022).

Beneficios sobre el Envejecimiento

La evidencia sugiere que la práctica regular de Mindfulness puede influir positivamente en la plasticidad cerebral y la resiliencia cognitiva, contribuyendo a la prevención de enfermedades neurodegenerativas (Quintana-Hernández et al., 2016). Estudios han mostrado que programas basados en Mindfulness pueden reducir la sintomatología neuropsiquiátrica en adultos mayores sanos, mejorando su calidad de vida y funcionalidad diaria (Alsubaie et al., 2017).

Intervenciones en Sujetos con DCL o Demencia

En personas con DCL o demencia, las intervenciones basadas en Mindfulness también han demostrado ser beneficiosas. Estas prácticas pueden ayudar a mantener las capacidades cognitivas y reducir la progresión de la demencia. Ensayos clínicos han demostrado que los participantes con Alzheimer que recibieron intervención de Mindfulness presentaron una menor tasa de deterioro cognitivo comparado con el grupo control (Quintana-Hernández et al., 2016).

Beneficios para DCL o Demencia

La práctica de Mindfulness en personas con DCL o demencia puede mejorar la regulación emocional y reducir síntomas de ansiedad y depresión, mejorando así su calidad de vida (Hervás, Cebolla y Soler, 2016). Además, se ha observado que estas intervenciones pueden reducir el estrés y mejorar la funcionalidad diaria, lo cual es crucial para mantener la autonomía en esta población (Guillén y Manuel, 2015).

Otras Variables Importantes

Ejercicio Físico:

El ejercicio físico regular es fundamental para la salud física y mental. Estudios han demostrado que la actividad física puede mejorar la neuroplasticidad y la función cognitiva, así como prevenir el deterioro cognitivo en personas de edad avanzada (Castro García, 2023; Lores Torres et al., 2023).

Socialización:

Las actividades sociales tienen un impacto positivo en el bienestar personal durante el envejecimiento. La integración de Mindfulness y actividades sociales podría mejorar la salud mental y emocional de los adultos mayores (Carmona-Valdés y Ribeiro-Ferreira, 2010). En esta línea, estudios han demostrado que programas que combinan interacción social y habilidades sociales, pueden reducir la soledad, lo que contribuye a un mejor bienestar y calidad de vida (Masi et al., 2011; Hawkey y Cacioppo, 2010).

Higiene del Sueño:

La calidad del sueño es crucial para el mantenimiento de la salud cognitiva. Una buena higiene del sueño, combinada con la práctica de Mindfulness, puede mejorar la calidad del sueño y reducir los síntomas de insomnio, lo cual es beneficioso para los adultos mayores (Valero-Merino, 2023; Pesquera, 2023; García-Ribas, 2023).

Justificación de la Intervención

La implementación de un programa de hábitos protectores ante enfermedades neurodegenerativas basado en Mindfulness se justifica por varias razones:

El incremento de la prevalencia de DCL y demencia representa una carga significativa para el sistema de salud y la sociedad en general. La atención y el cuidado de personas con demencia requieren recursos considerables y afectan profundamente a las familias y cuidadores (Alvarado García y Salazar Maya, 2014).

Las intervenciones no farmacológicas, como el Mindfulness, han mostrado ser prometedoras para mejorar el bienestar psicológico y ralentizar el deterioro cognitivo (Alsubaie et al., 2017).

La práctica regular de Mindfulness puede influir positivamente en la plasticidad cerebral y la resiliencia cognitiva, contribuyendo a la prevención de enfermedades neurodegenerativas (Quintana-Hernández et al., 2016).

Revisión de Intervenciones Previas

La literatura sobre intervenciones basadas en Mindfulness es extensa y sugiere múltiples beneficios para la salud cognitiva y emocional de los adultos mayores. Guillén y Manuel (2015) revisaron la efectividad del programa MBSR y encontraron que este tipo de intervención reduce significativamente los niveles de estrés, ansiedad y depresión en diversas poblaciones, incluyendo adultos mayores.

Alsubaie et al. (2017) realizaron una revisión sistemática sobre los mecanismos de acción de MBCT y MBSR en personas con condiciones físicas y psicológicas, concluyendo que estos programas mejoran la regulación emocional y la resiliencia frente al estrés, lo cual puede ser sumamente beneficioso para quienes experimentan deterioro cognitivo. Quintana-Hernández et al. (2016) llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado que evaluó el impacto de Mindfulness en el mantenimiento de las capacidades cognitivas en pacientes con Alzheimer. Los resultados mostraron que los participantes que recibieron la intervención de Mindfulness presentaron una menor tasa de deterioro cognitivo comparado con el grupo control, sugiriendo que la práctica de Mindfulness podría ser una estrategia efectiva para retrasar la progresión de la demencia. Otra de las revisiones a tener en cuenta en este ámbito es la de Márquez Carreño y Delgado Ríos (2022), en la que destacan la efectividad del Mindfulness en la mejora del funcionamiento cognitivo y la reducción de síntomas neuropsiquiátricos como la ansiedad y la depresión en adultos mayores. Asimismo, la revisión de Kuyken et al. (2010) sobre la MBCT mostró mejoras significativas en la recurrencia de la depresión y en la calidad de vida. Los estudios de Goldberg et al. (2019) y MacKenzie et al. (2018) destacan la eficacia de estas intervenciones en el manejo de síntomas depresivos y en la promoción de la salud mental general.

En la misma línea, la investigación sobre la combinación de Mindfulness y otras prácticas saludables, como el ejercicio físico y una buena higiene del sueño, resalta su importancia en la promoción de un envejecimiento saludable. Muñetón Gómez (2017)

destacó las implicaciones positivas del deporte y Mindfulness en el bienestar general de los adultos mayores, sugiriendo que estas prácticas pueden mejorar tanto la salud física como la mental. Castro García (2023) enfatizó el papel del ejercicio físico como una estrategia preventiva y terapéutica en enfermedades neurodegenerativas, destacando que la actividad física regular puede mejorar la neuroplasticidad y la función cognitiva. Lores Torres et al. (2023) también subrayan la importancia del ejercicio físico en la prevención del deterioro cognitivo en personas de edad avanzada, proponiendo programas de actividad física estructurada como una herramienta efectiva para mantener la salud cerebral.

La higiene del sueño también juega un papel crucial en el mantenimiento de la salud cognitiva. Estudios han demostrado que una buena calidad del sueño está asociada con una menor incidencia de deterioro cognitivo y demencia. La combinación de Mindfulness y prácticas de higiene del sueño puede, por tanto, ofrecer beneficios adicionales, mejorando la calidad del sueño y reduciendo los síntomas de insomnio y otros trastornos del sueño comunes en los adultos mayores (Valero-Merino, 2023; Pesquera, 2023; García-Ribas, 2023).

En el contexto de un envejecimiento saludable, Hervás, Cebolla y Soler (2016) señalan que las intervenciones basadas en Mindfulness pueden tener un impacto significativo en la regulación emocional y en la disminución de síntomas asociados a la ansiedad y la depresión. Estos beneficios son particularmente relevantes para los adultos mayores, quienes a menudo enfrentan múltiples desafíos emocionales y psicológicos relacionados con el proceso de envejecimiento y la pérdida de funciones cognitivas.

Además, la literatura reciente resalta la importancia de promover un envejecimiento activo y saludable a través de programas multicomponentes que incluyen el ejercicio físico, la estimulación cognitiva y la práctica de Mindfulness (Alfaro, Mesa-Gresa, y Redola, 2017). Blanco Álvarez et al. (2017) discuten cómo la combinación de estas prácticas puede contribuir significativamente a la salud y el bienestar de los adultos mayores, promoviendo la resiliencia cognitiva y emocional.

Sumándose a esta corriente de actuación multicomponente, Carmona-Valdés y Ribeiro-Ferreira (2010) destacan la importancia de las actividades sociales en el bienestar personal durante el envejecimiento, sugiriendo que la integración de Mindfulness y actividades sociales podría tener un impacto positivo en la salud mental y emocional de los adultos mayores. Alvarado García y Salazar Maya (2014) también defienden un enfoque

integral del envejecimiento, que incluya la promoción de la salud mental y física a través de intervenciones basadas en la evidencia científica.

La alta prevalencia de enfermedades neurodegenerativas y el creciente envejecimiento de la población en España refuerzan la necesidad de desarrollar programas de intervención innovadores y efectivos para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y sus cuidadores. Un programa de hábitos protectores basado en Mindfulness podría no solo mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, sino también reducir la carga sobre el sistema de salud y los cuidadores, reduciendo el burnout y mejorando el bienestar general del equipo de atención (Sansó et al., 2016). La integración de Mindfulness con prácticas saludables como el ejercicio físico y una buena higiene del sueño ofrece una estrategia prometedora para abordar los desafíos del envejecimiento y promover un envejecimiento saludable y activo.

En conclusión, el diseño de un programa de intervención basado en Mindfulness para promover hábitos protectores ante enfermedades neurodegenerativas se sustenta en una sólida base teórica y empírica. La evidencia sugiere que tales programas no solo pueden mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico de los adultos mayores, sino también contribuir a la prevención y manejo del deterioro cognitivo y la demencia. La combinación de Mindfulness con otras prácticas saludables, como el ejercicio físico, una buena higiene del sueño, actividades sociales y regulación emocional, puede potenciar aún más estos efectos positivos, ofreciendo una estrategia integral para promover un envejecimiento saludable y activo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Objetivos

Objetivo General:

Promover el envejecimiento saludable a nivel cognitivo, emocional y físico, mediante la mejora de la atención, la reducción del estrés y la ansiedad, el incremento de la conciencia corporal y la actividad física, la socialización y la higiene del sueño, en sujetos mayores sanos y con DCL, en el caso de las personas con DCL se pretende además, fomentar una mejora de del deterioro cognitivo ya presente.

Objetivos específicos:

1. Mejorar la Atención y Concentración en Diferentes Tareas con Conciencia Plena

Objetivo: Incrementar la capacidad de atención y la concentración en tareas cotidianas.

La práctica de Mindfulness se centra en la atención plena, lo que implica mantener la concentración en el momento presente y reducir las distracciones. Este enfoque ayuda a los participantes a mejorar su capacidad de atención y concentración en sus actividades diarias, lo que puede conducir a un mejor desempeño en tareas cotidianas y una mayor eficiencia en sus rutinas.

2. Reducir el Estrés y la Ansiedad

Objetivo: Disminuir los niveles de estrés y ansiedad, promoviendo una mayor tranquilidad y bienestar emocional.

Las intervenciones basadas en Mindfulness han demostrado ser efectivas para reducir los niveles de estrés y ansiedad. A través de técnicas como la meditación y la respiración consciente, los participantes aprenden a manejar mejor sus emociones y a desarrollar una mayor resiliencia emocional. Esto puede resultar en una disminución de los síntomas de ansiedad y una mejora general en el bienestar emocional.

3. Incrementar la Conciencia Corporal y fomentar actividad física

Objetivo: Aumentar la conciencia y sensibilidad hacia las señales corporales para promover la salud física y la autorregulación.

Mindfulness también implica una mayor conciencia corporal, lo que ayuda a los participantes a estar más atentos a las señales de su cuerpo y a responder de manera más adecuada a sus necesidades físicas. Esta conciencia puede fomentar una mayor actividad física y una mejor autorregulación de la salud, lo que es crucial para el bienestar general y la prevención de enfermedades.

4. Fomentar la Socialización y Reducción de la Soledad

Objetivo: Utilizar el entorno grupal del programa para mejorar las habilidades sociales y reducir la sensación de soledad.

El programa de Mindfulness se lleva a cabo en un entorno grupal, lo que proporciona una oportunidad para la socialización y el desarrollo de habilidades sociales. Participar en actividades grupales puede ayudar a los adultos mayores a sentirse más conectados y

apoyados, reduciendo así la sensación de soledad y mejorando su bienestar emocional y social.

5. Promover la higiene del sueño:

Objetivo: Psicoeducar sobre la importancia de una adecuada higiene del sueño y de los patrones de sueño de los participantes.

Una adecuada higiene del sueño es crucial para la salud cognitiva y emocional. El programa incluye psicoeducación sobre la importancia de mantener buenos hábitos de sueño y técnicas de Mindfulness que pueden mejorar la calidad del sueño. Los participantes aprenden estrategias para establecer rutinas de sueño saludables y para manejar el insomnio y otros problemas de sueño comunes, lo que contribuye a un mejor descanso y, por ende, a una mejor salud general.

Población Objetivo

Este programa está diseñado de tal forma que las sesiones se llevarán a cabo con un grupo de 30 personas como máximo, a continuación se presentan los criterios de inclusión y exclusión para delimitar las características de los participantes.

Factores de Inclusión:

- Adultos mayores de 65 años, sin límite máximo de edad.
- Sujetos Sanos sin Quejas de Memoria: Participantes sin quejas de memoria y con puntuaciones en la Escala de Deterioro Global (GDS) de 1 y una puntuación en el Mini examen Cognoscitivo (MEC) entre 30-35.
- Sujetos con Síntomas de Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Aquí se incluirán sujetos con puntuaciones en la Escala GDS de 2, con puntuaciones en el MEC entre 25-30 y sujetos con puntuaciones en la Escala GDS de 3 y puntuaciones en el MEC de 20 a 27 (Anexos 3-4).
- Buen Estado de Salud Física y Mental:

Los participantes deben presentar un buen estado de salud física, en el caso de que presenten enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión etc, estas patologías deben estar controladas y bajo supervisión médica. En la recogida de datos inicial se preguntará por la existencia de enfermedades y el control de las mismas. En cuanto a las sintomatología depresiva, los sujetos deben presentar una puntuación de entre 0 y 10 en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, ya que son los valores compatibles con ausencia de sintomatología depresiva.

- Los participantes deben tener disponibilidad para participar en sesiones de 1.5 horas, el día y hora establecido.
- Los participantes deben tener al menos estudios primarios completos.

Factores de Exclusión:

- Diagnóstico de demencia u otras enfermedades neurodegenerativas
- Problemas de salud mental
- Presencia de limitaciones físicas o médicas que impidan la participación en las sesiones de mindfulness.
- No comprensión del idioma castellano.

Procedimiento del Programa: Contenido de Sesiones

El programa consiste en 8 sesiones totales, divididas en 1 sesión semanal de 1.5 horas cada una, se lleva a cabo todos los miércoles a las 11:00, por lo que transcurre en un periodo total de dos meses. Las sesiones están diseñadas para incluir una combinación de prácticas de mindfulness, actividad física, regulación emocional, psicoeducación sobre envejecimiento saludable e higiene del sueño, junto a diferentes actividades y ejercicios que fomenten la interacción social, enfocados a la estimulación cognitiva, a la reducción de ansiedad, depresión y estrés.

Cronograma de las sesiones

Sesión 1: Introducción al Mindfulness y sus Beneficios

- **Objetivos:** Mejorar la Atención y Concentración en diferentes tareas con conciencia plena, Fomentar la Socialización y con ello la Reducción de la Soledad.
- **Descripción:**

Presentación e Introducción del programa y sus objetivos, .Se explica y se informa sobre el funcionamiento del cerebro en modo piloto automático y la importancia de la conciencia plena mindfulness y sus beneficios para un envejecimiento saludable, y la salud cognitiva y emocional, algunos beneficios a exponer son la mejora de la atención y concentración, reducción de estrés y ansiedad, mayor conciencia corporal etc. Se muestra la diferencia entre el modo piloto automático y la conciencia plena con ejemplos cotidianos donde se emplea dicho modo automático. En segundo lugar, se realiza una introducción del

grupo e integración de todos los miembros, incluido el coordinador, mediante presentaciones individuales de todas las personas. Se anima a la participación en todas las actividades que se llevarán a cabo durante las sesiones para mejorar las habilidades de comunicación y fomentar habilidades sociales, con el objetivo de enriquecer el bienestar emocional y cognitivo fomentando el apoyo social del grupo. A continuación, se explica brevemente y se hace una pequeña demostración de una práctica guiada de respiración consciente con ayuda, en la que se detallan aspectos como la importancia de adoptar una postura cómoda para el ejercicio (sentado cómodamente, con la espalda recta, manos sobre las rodillas), mantener el foco de atención en la respiración (observando cada inhalación y exhalación sin juicio). Seguidamente, se lleva a cabo una discusión y reflexión grupal sobre dudas de la actividad (que tendrán que empezar a realizar durante la semana, ya que en la próxima sesión se trabajará de una manera más profunda), expectativas y objetivos de cada integrante respecto al transcurso del programa. Por último, se les da un cuadernillo para autorregistro “Diario de Mindfulness” resaltando la importancia de llevar a cabo este seguimiento, que se utilizará durante todo el programa como tarea para casa y se da instrucciones de cómo ponerlo en práctica durante la semana, con el objetivo de que en el periodo de tiempo entre sesiones, los participantes puedan practicar y tener un seguimiento continuo de estas prácticas y su progresión. Por otro lado, como tarea para casa, junto con el diario, se facilita a los miembros una pista de audio para la meditación con música (la cual se refuerza y se emplea en común en la siguiente sesión), con el fin de ayudar la integración en esta etapa inicial de la práctica, y se aconseja utilizar ambos durante la semana.

- Materiales:

Presentación multimedia (Anexo 5), proyector, pizarra, sillas cómodas, bolígrafo, y autorregistro Diario de Mindfulness, pista de audio para la meditación con música (Anexo 6).

- Temporalización:

Presentación e introducción del programa del programa: 50 minutos.

Explicación de ejercicio de respiración consciente: 15 minutos.

Discusión grupal: 15 minutos.

Explicación de las pautas del funcionamiento del autorregistro semanal y deberes para casa: 10 minutos

Sesión 2: Respiración consciente y relajación

- Objetivos: Reducir el Estrés y la Ansiedad, Incrementar la Conciencia Corporal y fomentar actividad física.

- Descripción:

Primero, se repasa la primera semana desde la primera sesión del programa y se pregunta por cómo ha ido la práctica en casa, el autorregistro y su cumplimentación (sensaciones, valoración de la experiencia, y/o dificultades hasta el momento). Posteriormente se llevan a cabo el ejercicio de meditación y relajación mediante la respiración de atención plena que se ha introducido en la sesión anterior, con ayuda de una pista de audio (facilitada anteriormente) relajante para hacer la actividad más inmersiva e intentar evitar posibles distracciones, los participantes se sientan en una posición cómoda y en silencio enfocan su atención en la respiración, notando cada inhalación y exhalación para centrar la mente únicamente en la respiración observando los pensamientos y sensaciones sin juzgarlas, intentando relajar todo el cuerpo. Al finalizar, se realizan variaciones del ejercicio base anterior, de manera que se elimina la música, se propone centrarse en partes específicas del cuerpo, es decir, un rastreo corporal, donde se enfoca la atención en partes específicas del cuerpo, observando las sensaciones (se explica más detenidamente en el desglose de la siguiente sesión). Se incluye el ejercicio de la uva pasa, que consiste en prestar atención plena a una uva pasa, notando su textura, sabor, y sensaciones al comerla, acercando el ejercicio a un contexto más cercano y cotidiano, A continuación, se ponen en común las diferentes experiencias y puntos de vista de cada participante respecto a estos ejercicios, observando que cada individuo sea capaz de poder realizar la práctica de manera autónoma y llevarla a cabo continuando con el autorregistro semanal (Diario de Mindfulness), el cual se recuerda su cumplimentación junto al cierre de la sesión.

- Materiales:

Dispositivo con altavoz, pista de audio para la meditación con música (Anexo 6), sillas cómodas, bolígrafo, y autorregistro “Diario de Mindfulness”, uvas pasas.

- Temporalización:

Revisión del autorregistro y primera semana: 15 minutos.

Práctica guiada: 30 minutos.

Reflexión y discusión: 30 minutos.

Cierre y tareas para casa: 15 minutos.

Sesión 3: Escaneo corporal

- Objetivos: Incrementar la Conciencia Corporal, Fomentar la Actividad Física y Mejorar la Atención y Concentración en Diferentes Tareas con Conciencia Plena.

- Descripción:

Para empezar, se suma un nivel de complejidad a los ejercicios anteriores de mindfulness, en esta ocasión, la sesión se desarrolla en el exterior, y se centra en la exploración y conciencia del cuerpo, mediante un escaneo corporal, los individuos se acuestan o se sientan cómodamente (en superficies tales como césped o bancos apropiados, también se admite que los participantes lleven consigo una colchoneta o esterilla si les resulta más agradable para la práctica) y dirigen su atención a diferentes partes del cuerpo de los pies a la cabeza, pasando por todas las partes del cuerpo relajando y observando sensaciones físicas sin intentar cambiarlas. El objetivo de esta práctica es aumentar la conciencia corporal y reducir la tensión física. Una vez acabado con el escaneo del cuerpo, se inicia la meditación caminando, este ejercicio se realiza al aire libre para fomentar los estímulos del entorno natural, idealmente en una zona de abundante naturaleza (parques, ladera del río...), se lleva a cabo caminando lentamente y prestando atención completa a cada paso, al entorno y a las sensaciones asociadas, se promueve la concentración y la conciencia plena del momento presente y del movimiento. Practicado regularmente, este ejercicio ayuda a mejorar la atención y a reducir el estrés. En la parte final de la sesión, se abordan ejercicios de estiramientos y flexibilidad suave, que reducen la rigidez muscular tras la actividad física, ayudando a mantener la movilidad en las articulaciones trabajadas, esto es crucial para la salud física general, también se realiza la reflexión y discusión habitual en esta parte de la sesión, para fomentar la interacción entre los miembros e intercambiar experiencias y sensaciones. Como se ha mencionado, para mejorar la efectividad de las actividades, además del autorregistro semanal, los participantes deben implementar desde esta sesión en adelante durante el programa, ejercicio aeróbico moderado como tarea para casa, actividades tales como caminar, nadar o ir en bicicleta durante 30 minutos, de tres a cinco veces por semana, dicha práctica puede mejorar la salud cardiovascular y cognitiva, previniendo el deterioro cognitivo. Se recomienda en la medida de lo posible, realizar estos ejercicios al aire libre para poner en práctica las técnicas aprendidas durante esta sesión.

- Materiales:

Disponibilidad de espacio al aire libre, ropa deportiva, y colchonetas/esterillas.

- Temporalización:

Escaneo corporal: 15 minutos.

Práctica guiada de meditación caminando: 30 minutos.

Estiramientos y discusión: 25 minutos.

Cierre y tareas para casa: 20 minutos.

Sesión 4: Regulación emocional

- Objetivos: Reducir el Estrés y la Ansiedad, Fomentar la Socialización y Reducción de la Soledad.

- Descripción:

En primer lugar, se lleva a cabo un ejercicio completo de mindfulness de las emociones, se trata de meditaciones guiadas que enfocan la atención en la experiencia emocional presente, observando las emociones sin juzgarlas ni tratar de cambiarlas. Se expondrá a los sujetos a situaciones ficticias que generalmente evoquen emociones más sencillas de identificar como enfado, tristeza, alegría, vergüenza etc. (trabajar al menos 4 emociones) de este modo se trabajan habilidades de regulación y aceptación emocional mediante mindfulness. Siguiendo esta actividad, se incorpora la parte del ejercicio de terapia aceptación y compromiso, en la que tras aceptar las emociones y pensamientos difíciles sin tratar de cambiarlos, se apoya a los participantes para comprometerse con acciones frente a las situaciones ficticias planteadas, que aumenten la flexibilidad psicológica, cuestionando la validez de los pensamientos negativos automáticos que puedan experimentar (reemplazándolos por pensamientos positivos más realistas), y sin desvincular la decisión de acción tomada de sus valores personales. Este ejercicio es eficaz en la reducción de la sintomatología depresiva y ansiosa. Una vez terminado, se explica el funcionamiento y contenido del Diario Emocional, que ayuda a tomar conciencia de sus emociones y mejorar su regulación emocional, y donde deben anotar situaciones que desencadenan las emociones, la emoción sentida, la respuesta conductual, y las consecuencias de dicha respuesta (se detalla en el apartado de evaluaciones). Tras esto, se realiza el primer registro durante la sesión (para comprobar su correcta comprensión), sobre la última situación que cada sujeto destaque, se utilizan las situaciones planteadas en la sesión para hacer el registro de ejemplo. Por último, se comparte en grupo la discusión y reflexión de la práctica a modo de conclusión de la extensa actividad, y antes de finalizar la sesión, se recuerdan las diferentes tareas que los miembros deben realizar en casa (Diario de Mindfulness, Ejercicio Aeróbico Moderado, Diario emocional).

- Materiales:

Autorregistro Diario Emocional, sillas cómodas, bolígrafo

- Temporalización:

Práctica de mindfulness de emociones y terapia aceptación y compromiso: 50 minutos.

Autorregistro Diario Emocional: 20 minutos.

Discusión y tareas para casa: 20 minutos.

Sesión 5: Atención plena en la vida cotidiana

- Objetivos: Fomentar la Socialización y Reducción de la Soledad, Mejorar la Atención y Concentración en Diferentes Tareas con Conciencia Plena.

- Descripción:

En esta sesión, el coordinador toma un papel más secundario que en el resto de sesiones, debido a que se busca forzar al grupo a que se enfrenten a tareas de resolución de problemas, de tal manera que tengan un papel más protagonista y organizador que les obligue a mejorar el razonamiento y la toma de decisiones a la hora de resolver problemas que aparezcan, para desvelar el objetivo real al final de la sesión y poner en común la discusión y reflexión final (siempre bajo la supervisión del coordinador). Primeramente, se implementa una práctica guiada de mindfulness en actividades cotidianas como comer, lavar los platos, o hacer diferentes actividades del hogar, en esta ocasión se organiza un pequeño almuerzo, en el que practicaremos estrategia de atención plena con la comida, acentuando las diferentes sensaciones como la textura, el sabor, el olor etc. A continuación, al finalizar el almuerzo, se realizan juegos de estimulación cognitiva y ejercicios de memoria, se disponen juegos como puzzles, cartas con dibujos para hacer parejas, el dominó, el UNO, y una baraja española (se hacen grupos de juego los cuales deben utilizar todos los juegos disponibles). Estos ejercicios son eficaces en el mantenimiento de la función cognitiva en el DCL, mejorando la atención, funciones ejecutivas, y la retención y recuperación de información. Para finalizar la sesión, se lleva a cabo la discusión habitual sobre el mindfulness en la vida cotidiana y los ejercicios, exponiendo sensaciones, posibles dudas, problemas que hayan podido encontrar, en este momento se incluye la discusión sobre la resolución de problemas que de manera más o menos directa han trabajado durante toda la sesión, y cómo han sentido la experiencia.

- Materiales:

Comida de los participantes, Juegos mencionados (puzzles, cartas con dibujos para hacer parejas, el dominó, el UNO, y una baraja española)

- Temporalización:

Práctica de mindfulness con comida: 30 minutos.

Práctica de estimulación cognitiva y memoria: 45 minutos.

Discusión final y resolución de problemas: 15 minutos.

Sesión 6: Gestión del estrés

- Objetivos: Reducir el Estrés y la Ansiedad, Fomentar la Socialización y Reducción de la Soledad.

- Descripción:

Esta sesión comienza llevando a cabo una puesta en común de las tareas para casa, son necesarios ambos autorregistros utilizados hasta el momento por los miembros entre sesiones, además de preguntar sobre la implementación del ejercicio anaeróbico moderado, se emplean las aportaciones de todos los participantes y en caso de que exista alguna dificultad es posible que el resto del grupo colabore y apoye a la resolución de dicha complicación (cabe destacar que si existe algún apartado/registro que cualquiera de los miembros desee no exponer es totalmente libre de no hacerlo). De esta manera se refrescan las sesiones relacionadas con la actual como son las técnicas aprendidas de mindfulness y relajación y las técnicas de regulación emocional y aceptación, ambas involucradas en la gestión del estrés. Después, se explica brevemente sobre el estrés, y cómo el cuerpo y la mente responden al estrés, incluyendo efectos del estrés crónico en la salud cognitiva y emocional para posteriormente mostrar una técnica de relajación diferente a las vistas hasta el momento, se añade visualización en imaginación, sigue el mismo funcionamiento que las prácticas anteriores de atención plena y mindfulness, únicamente que en este caso se cierran los ojos y mediante la imaginación, (con ayuda del coordinador en el caso de que sea necesario) se visualizan paisajes, momentos, personas y demás recursos personales para la relajación de cada individuo según sus preferencias, lo cual reduce el estrés, la ansiedad y mejora el estado de ánimo.

- Materiales:

Diario de Mindfulness, Diario emocional, Presentación multimedia (Anexo 7)

- Temporalización:

Autorregistros y puesta en común: 40 minutos.

Explicación y ejercicio del estrés: 45 minutos.

Cierre de sesión: 5 minutos.

Sesión 7: Higiene del sueño

- Objetivos: Promover la Higiene del Sueño, Reducir el Estrés y la Ansiedad.

- Descripción:

Se comienza por explicar y promover hábitos de sueño saludables, recalcando las prácticas de mindfulness que se han ido implementando en sesiones previas y de higiene del sueño para mejorar la calidad del sueño. Para ello se realiza un ejercicio de meditación y relajación antes de dormir, que consiste en realizar la relajación progresiva, y la respiración de conciencia plena, tal como se ha practicado durante el resto del programa, identificando y calmando todo el cuerpo, la diferencia en este contexto es que se orienta al sueño y a favorecer un descanso prolongado y continuo, por lo que la actividad imita en la medida de lo posible las circunstancias previas al sueño del individuo. Al finalizar, se lleva a cabo la discusión y reflexión sobre la higiene del sueño de cada integrante y las estrategias personales, las cuales tratan de adaptarse para un mejor resultado. Para el cierre, se recomiendan ejercicios personalizados para individualizar la práctica integrada en esta sesión y mejorar la higiene del sueño.

- Materiales:

Diario de Mindfulness, Presentación multimedia (Anexo 8)

- Temporalización:

Psicoeducación de higiene del sueño: 40 minutos.

Ejercicio de Mindfulness: 30 minutos.

Cierre y tareas para casa: 20 minutos.

Sesión 8: Integración y planificación del futuro

- Objetivos: Fomentar la Socialización y Reducción de la Soledad, Reducir el Estrés y la Ansiedad.

- Descripción:

La última sesión se dedica a consolidar lo aprendido y planificar la integración y continuidad del mindfulness en la vida cotidiana de los participantes. Se lleva a cabo una revisión de ejercicios empleados, conclusiones de todo el proceso, discusión grupal sobre la continuidad de la práctica de mindfulness y atención plena, con la revisión del avance

personal y cambios detectados (con el apoyo de todos los autorregistros empleados) y orientación de metas futuras para facilitar la generalización a la vida personal cotidiana. Además, se pregunta a los asistentes si han cumplido el objetivo expuesto en la primera sesión, o si se encuentran en un punto más próximo que al inicio del programa. Se facilita a los asistentes un calendario para realizar su plan de continuidad de los hábitos adquiridos e integrados durante el programa, que pueden empezar a elaborar en esta parte de la sesión, con pautas facilitadas por el coordinador. Por último, se recoge el feedback del programa por parte de los asistentes para posibles modificaciones y mejoras futuras, curiosidades sobre este, dificultades encontradas de cualquier tipo, tanto del participante como del programa.

- Materiales:

Todos los autorregistros recopilados durante el programa, bolígrafo, calendario para plan de continuidad (Anexo 9).

- Temporalización:

Consolidación: 40 minutos.

Plan de continuidad personalizado y objetivos: 30 minutos.

Feedback: 20 minutos.

Temporalización de fases del programa

FASE	FECHA	DURACIÓN	ACTIVIDAD
Evaluación Inicial	Marzo	15 días (2 horas por evaluación. Se supone 2 evaluaciones/día)	Administración de instrumentos de evaluación y comprobación de criterios de inclusión y exclusión
Intervención	Marzo - Mayo	2 meses (1.5 horas por sesión semanal)	Programa de hábitos protectores ante enfermedades neurodegenerativas (Deterioro Cognitivo Leve y Demencia) basado en Mindfulness

Evaluación Final	Mayo	15 días (2 horas por evaluación. Se supone 2 evaluaciones/día)	Administración de instrumentos de evaluación
Seguimiento	Agosto/Noviembre/ Mayo	15 días (2 horas por evaluación. Se supone 2 evaluaciones/día)	Administración de instrumentos de evaluación

Evaluaciones y Seguimiento

En cuanto a las evaluaciones, se llevarán a cabo una primera sesión de manera individual con cada miembro del grupo, (se estima una duración aproximada de una hora y media por participante para realizar la evaluación completa de todos los instrumentos) antes de comenzar el programa, para obtener una base de sus funciones cognitivas, niveles de ansiedad y depresión, calidad de vida, patrones de sueño, estado físico, habilidades sociales y soledad, y de las actividades de la vida diaria que puede realizar cada sujeto. La segunda evaluación se llevará a cabo al finalizar el programa, tras la última sesión (siguiendo el mismo procedimiento que en la primera evaluación), para determinar y cuantificar la mejora inmediatamente tras el programa. Posteriormente se realizarán evaluaciones de seguimiento tres meses después de haber terminado el programa, otra a los seis meses, y por último a los doce meses de haber concluido el programa, para identificar el mantenimiento de los resultados obtenidos por los participantes, y ajustar el programa según los resultados observados.

Se emplearán los siguientes instrumentos de evaluación estandarizados (Anexos 10-22):

Evaluación Cognitiva:

Dígitos Directos e Inversos (WAIS): Parte de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (Wechsler, 1955), esta prueba mide la atención y la resistencia a la distracción, la memoria auditiva inmediata y la memoria de trabajo.

Test de Fluidez Verbal (TFV) (Animales y Palabras que Empiecen con la Letra P): Desarrollada por Spreen y Benton en 1977, parte del Test de Barcelona, esta prueba mide la fluidez verbal y la función ejecutiva.

Test de Poppelreuter: Desarrollado por Walter Poppelreuter en 1990, evalúa la capacidad de discriminación visual y los procesos de atención visual.

Free and Cued Selective Reminding Test (FCSRT) de Buschke: Diseñado por Buschke en 1984, este test evalúa la memoria episódica.

Trail Making Test (TMT) A y B: Desarrollado por Reitan en 1958, esta prueba evalúa la atención, la velocidad de procesamiento y la función ejecutiva.

Evaluación de Ansiedad y Depresión:

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG): Desarrollada por Goldberg et al. en 1988, este cuestionario mide los niveles de ansiedad y depresión, proporcionando una puntuación que ayuda a identificar la presencia y severidad de estos síntomas.

Evaluación de Atención/Concentración y Aceptación:

Escala de Mindfulness de Filadelfia (FMS): Diseñada por Cardaciotto et al. en 2008, es un instrumento utilizado para medir dos componentes clave del mindfulness: la atención plena y la aceptación sin juicio

Evaluación Física:

Timed Up and Go (TUG): Propuesto por Podsiadlo y Richardson en 1991, este es un método sencillo y rápido utilizado para evaluar la movilidad, el equilibrio, la marcha y la funcionalidad en personas mayores. Se utiliza para detectar fragilidad y riesgos de caídas en adultos mayores, siendo un indicador clave en la evaluación de la salud global y la autonomía funcional.

La Prueba de Rendimiento Físico Breve (SPPB, por sus siglas en inglés): Desarrollada por Guralnik et al. en 1994, es un instrumento fundamental en la evaluación de la movilidad y la fragilidad en personas mayores. Esta prueba se enfoca en tres aspectos críticos de la movilidad: equilibrio, velocidad de marcha y fuerza en los miembros inferiores.

Evaluación de Calidad de vida:

Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD): Desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2006, este instrumento evalúa el bienestar y la calidad de vida en personas mayores a través de diferentes dominios, como el funcionamiento físico, psicológico, y social.

Evaluación de Habilidades Sociales y Soledad:

Cuestionario de Evaluación de Habilidades Sociales de Goldstein (1980): Este cuestionario mide las habilidades sociales, evaluando la capacidad del individuo para interactuar eficazmente en situaciones sociales.

Escala de Soledad de UCLA (versión 3): Desarrollada por Russell en 1996, esta escala mide la percepción de soledad y la insatisfacción con las relaciones sociales.

Evaluación del Sueño:

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI): Diseñado por Buysse et al. en 1989, este cuestionario mide la calidad y patrones del sueño a través de la duración del sueño, la latencia del sueño, y las posibles disfunciones durante el día.

Evaluación de Actividades en la Vida Diaria:

Escala de Lawton y Brody para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): Desarrollada por Lawton y Brody en 1969, está diseñada para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria. Estas actividades son esenciales para vivir de manera independiente en la comunidad y requieren un mayor nivel de habilidad cognitiva y física.

Además de los instrumentos estandarizados, es útil incorporar autorregistros que permitan a los participantes reflexionar sobre su experiencia y monitorear su progreso. La combinación de instrumentos estandarizados y autorregistro proporciona una evaluación integral que puede revelar no sólo los cambios cuantitativos, sino también las experiencias cualitativas de los participantes en el programa de mindfulness, para de esta manera comparar los resultados obtenidos con estudios previos y establecer la efectividad del programa en el contexto de la investigación en mindfulness y envejecimiento saludable.

Estos autorregistros no se cumplimentarán en la evaluación inicial, se realizarán durante la intervención y como recurso posterior, facilitando que los integrantes puedan continuar utilizándolo tras haber finalizado el programa, dichos autorregistros son:

- Diario de Mindfulness:
Fecha y el tiempo dedicado a la práctica diaria de mindfulness.

Nivel de Estrés Percibido Antes y Después de la Práctica: Escala Likert (1-5) para que los participantes califiquen su nivel de estrés antes y después de cada práctica.

Estado de Ánimo Antes y Después de la Práctica: Registrar cambios en el estado de ánimo utilizando adjetivos descriptivos.

Calidad del Sueño la Noche Anterior: Anotar la percepción de la calidad del sueño cada mañana. Escala Likert (1-5).

- Diario Emocional:
Fecha

Contexto previo a la emoción: Situación desencadenante previa a la emoción

Emoción evocada: Nombrar la emoción percibida, o en su defecto sensaciones y pensamientos mientras se focaliza en la emoción sentida.

Respuesta a esa emoción: Respuesta del individuo, reacción conductual desencadenada por la emoción.

Consecuencias en el entorno: Tras la respuesta conductual a la emoción evocada, el impacto que ha tenido en el contexto actual o posterior a la respuesta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El programa de intervención basado en mindfulness tiene el potencial de promover el envejecimiento saludable y mejorar significativamente la calidad de vida tanto de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve como de población mayor sana. Es un programa estructurado y basado en la evidencia, se centra en la mejora de la cognición y el bienestar emocional, por lo que posee un enfoque integral que puede ofrecer de manera accesible beneficios relevantes y estables a lo largo del tiempo mejorando la calidad de vida de los participantes.

El mindfulness tiene efectos comprobados en el cerebro, que constituyen la base de los cambios observados. Se ha demostrado que la práctica regular de mindfulness puede llevar a cambios estructurales en el cerebro, como el aumento de la densidad de la materia gris en áreas asociadas con la memoria, el aprendizaje y la regulación emocional, incluyendo el hipocampo y la corteza prefrontal. Además, puede reducir la densidad de la amígdala, que está relacionada con el estrés y la ansiedad. Estos cambios neurológicos explican por qué el mindfulness puede mejorar la cognición y el bienestar emocional, proporcionando una base científica sólida para su implementación en programas destinados a adultos mayores.

El seguimiento a largo plazo permitirá evaluar la sostenibilidad de los beneficios obtenidos y ajustar el programa según las necesidades y resultados observados. A medida que la población envejece, y la prevalencia de problemas cognitivos asociados aumenta, intervenciones como esta son cada vez más relevantes para apoyar el bienestar y la salud mental de los adultos mayores.

Para una implementación adecuada del programa se recomienda una adecuada y sólida formación en mindfulness y experiencia en trabajo con adultos mayores, además, deben ser capaces de adaptar las prácticas a este grupo poblacional objetivo del programa teniendo en cuenta sus necesidades específicas. Otras cuestiones que cabría personalizar en la implementación del programa son, la flexibilidad en el ritmo y duración de las sesiones y ejercicios con el objetivo de no resultar demasiado intensas ni extensas, proporcionar folletos informativos para que los participantes puedan reforzar lo aprendido en casa, asegurar que se dispone de unas instalaciones accesibles y cómodas para personas mayores con posibles limitaciones, y por último, es crucial implementar una evaluación continua, de tal manera que los integrantes puedan trasladar su feedback del programa y realizar ajustes que mejoren la efectividad de la intervención en el futuro.

En cuanto a los resultados esperados, se espera que los participantes mejoren significativamente en las puntuaciones de las pruebas estandarizadas, reflejando una mejoría en las funciones cognitivas globales y específicas, una mejora en la calidad del sueño y el bienestar emocional lo cual indicaría un impacto positivo del mindfulness en la salud mental y en la calidad de vida de los participantes.

Podemos extraer de este trabajo y de las revisiones realizadas, que el mindfulness ha mostrado ser efectivo en la mejora del funcionamiento cognitivo en adultos mayores, no

sólo en aquellos con deterioro cognitivo leve sino también en individuos sanos. También ha sido propuesto para reducir síntomas neuropsiquiátricos como la ansiedad y la depresión en adultos mayores, por lo que propone una aplicación más amplia en la gerontología y psicogerontología como intervención primaria.

A pesar de los avances mencionados, una de las limitaciones que podríamos destacar del programa es que los hábitos saludables requieren una regularidad constante, por lo que sería necesario prolongar en el tiempo las prácticas propuestas en el programa para verificar la integración de estas prácticas protectoras en la vida de los participantes y garantizar su progresión. Por otra parte, existe una necesidad crucial de explorar a fondo, cómo el mindfulness puede implementarse de manera efectiva como una intervención no farmacológica en los hábitos diarios de las personas mayores con deterioro cognitivo leve o personas sanas, dado que todavía se considera una disciplina “joven” y reciente. La relevancia de este estudio radica en su amplitud de posibilidades para proporcionar alternativas de investigación y tratamiento que complementen las terapias existentes, lo que podría reducir los costos asociados y mejorar los resultados de salud a largo plazo. La estimulación cognitiva a través de mindfulness podría ofrecer una nueva dirección de investigación, y en el tratamiento de trastornos neurodegenerativos, resaltando la importancia de intervenciones que aborden tanto los síntomas cognitivos como emocionales en esta población vulnerable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilera Vergara, M. (2022). *Estudio del tiempo de aparición de enfermedades neurodegenerativas en pacientes diagnosticados de trastorno de conducta de sueño REM mediante polisomnografía* (p. 1) [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidad de Alcalá]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=311356>

Alfaro, C., Mesa-Gresa, P., & Redola, R. (2017). *¿Qué factores deberían incluirse en una intervención multicomponente dirigida al mantenimiento de la salud cerebral?* *Calidad de Vida y Salud*, 10(1), Article 1. <http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/145>

Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T. F., Henley, W., & Kuyken, W. (2017). *Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review*. *Clinical Psychology Review*, 55, 74-91. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.008>

Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). *Análisis del concepto de envejecimiento*. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>

Baquero, M., & Álvarez-Sánchez, L. (2023). *Protocolo diagnóstico diferencial de la demencia*. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(74), 4400-4403. <https://doi.org/10.1016/j.med.2023.03.006>

Batería corta de desempeño físico (SPPB). (s. f.). Instituto Nacional de Geriátría. Recuperado 20 de mayo de 2024, de http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1690/mod_resource/content/4/Archivos/Instrumentos/03_SPPB.pdf

Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). *The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review*. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3)

Blanco Álvarez, L. M., González Espinel, F. J., Montalt Barrachina, A., Oliver López, C. (2017). *Envejecimiento activo y saludable. ¿Cómo promocionarlo en el trabajo?* *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 63(248), 276-288. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000300276#fn1

Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). *Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation*. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(2), 58-72. <https://doi.org/10.1111/spc3.12087>

Carreño, A. M., & Ríos, M. D. (2022). *Efecto de las intervenciones basadas en Mindfulness en el funcionamiento cognitivo de adultos mayores: Revisión sistemática*, 9(1). <https://www.neurama.es/articulos/17/articulo1.pdf>

Carmona–Valdés, S. E., & Ribeiro–Ferreira, M. (2010). *Actividades sociales y bienestar personal en el envejecimiento*. *Papeles de población*, 16(65), 163-185. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000300006

Capa Valdez, J. P., & Castillo Salinas, C. J. (2023). *EVALUAR LA PRESENCIA DE DETERIORO COGNITIVO Y DETERMINAR SU RELACIÓN CON LIMITACIONES EN LA AUTONOMÍA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES QUE RECIBEN ATENCIÓN EN LA CASA HOGAR BETANIA DE LA CIUDAD DE ZAMORA, MEDIANTE LA APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS CORTOS PARA DETECTAR EL DETERIORO COGNITIVO DURANTE EL PERIODO ABRIL - AGOSTO 2023* [Thesis]. <http://dspace.tecnologicosudamericano.edu.ec/jspui/handle/123456789/840>

Castro García, A. (2023). *Cerebro y ejercicio físico: Posible estrategia de prevención y tratamiento en enfermedades mentales y neurodegenerativas* [Bachelor thesis]. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/68435>

Clare, L., & Woods, R. T. (2004). *Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review*. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14(4), 385-401. <https://doi.org/10.1080/09602010443000074>

Test Trail Making (TMT). (1958). *CogniFit*. Recuperado 31 de mayo de 2024, de <https://www.cognifit.com/es/bateria-de-pruebas-y-tareas/trail-making-test>

Cognitive Health and Older Adults. (2020, october 1). National Institute on Aging. <https://www.nia.nih.gov/health/brain-health/cognitive-health-and-older-adults>

Desarrollo, estudio de equivalencia y datos normativos de la versión española B del Free and Cued Selective Reminding Test. (2018). Recuperado 31 de mayo de 2024, de <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-avance-desarrollo-estudio-equivalencia-datos-normativos-S0213485318300823>

Erretegui, C. (2023). *Acompañamiento psicológico a familiares cuidadores principales de adultos mayores con un diagnóstico de Alzheimer desde la Terapia de Aceptación y Compromiso y el Mindfulness* [Thesis, Universidad de Belgrano - Facultad de

Humanidades - Licenciatura en Psicología].

<http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/10275>

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG). (1988). Ficha técnica del instrumento. Recuperado 20 de mayo de 2024, de

<https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=19>

Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV (WAIS-IV). (1955). Ficha técnica del instrumento. Recuperado 30 de mayo de 2024, de

<https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=458>

Escala de Lawton y Brody para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). (2019). Ministerio de Inclusión Económica y Social

<https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/3b-ESCALA-DE-LAWTON-Y-BRODY.pdf>

Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-OLD). (2013). Ficha técnica del instrumento. Recuperado 20 de mayo de 2024, de <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=292>

Fam, J., Sun, Y., Qi, P., Lau, R. C., Feng, L., Kua, E. H., & Mahendran, R. (2020). *Mindfulness practice alters brain connectivity in community-living elders with mild cognitive impairment*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(4), 257–262.

<https://doi.org/10.1111/pcn.12972>

García-Ribas, G., Marín, A. S., & Barreto, P. L. (2023). *Tratamiento del deterioro cognitivo*. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(74), 4382-4394. <https://doi.org/10.1016/j.med.2023.03.004>

Ghibaudo, A. (2023). *FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y RESERVA COGNITIVA EN ADULTOS MAYORES DE 65 A 80 AÑOS, DE LAS CIUDADES DE MARÍA GRANDE Y PARANÁ*.

<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/17592/1/funcionamiento-cognitivo-reserva.pdf>

G. Diez, G., & Castellanos, N. (2022). *Investigación de mindfulness en neurociencia cognitiva*. Revista de Neurología, 74, 163. <https://doi.org/10.33588/rn.7405.2021014>

Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2019). *Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: A meta-analysis*. Cognitive Behaviour Therapy, 48(6), 445-462. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1556330>

Goldstein, A. (1980). *Escala de evaluación de habilidades sociales*. Syracuse University.

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/57124116/266977250-Test-de-Habilidades-Sociales-libre.pdf?1533274565=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DESCALA_DE_EVALUACION_DE_HABILIDADESSOCIA.pdf&Expires=1717117784&Signature=UeSj8Oiaa4PtMgZOHAOQt1nXqMd-X3a8xTV1J6x7JveTuWqiaKxBJ23cWkySaHRU~eQLpKnTNFrtM5CztSedDSSkSIPHmidUcBtER510WwgHnj9rGa4UPodl6ko13T7AtB7wAp-VaJm6N7JUbYgcOyrJ70qCE26TnSnS2pcxqil4f~RQfiq7d7QxGie8zwDWp9ZMxs5V0-BC3bQIUvDHR5Ca-4Ws0h7TtabrbuPpa5aFuPL2CIyTQirUyw8~LsG7N17WI-BDoZQwOP~Pva9z5uC9YhPoGIHrRWV5KCAWULO3XdbkwXAojsNA4RjrJsOvPJeQEnzAz8rGT22ibekJ3w &Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Gómez-Angulo, C., & Campo-Arias, A. (2011). *Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): Estudio de la consistencia interna y estructura factorial*. Universitas Psychologica, 10(3), 735-743. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672011000300008

González-Martínez P., Oltra-Cucarella J., Sitges-Maciá E., Bonete-López B. (2021). *Revisión y actualización de los criterios de deterioro cognitivo objetivo y su implicación en el deterioro cognitivo leve y la demencia*. Neurología. Recuperado 20 de mayo de 2024, de <https://neurologia.com/articulo/articulo/2020626>

Guillén, B., & Manuel, J. (2015). *Eficacia-efectividad del programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR): Actualización*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 35(126), 289-307. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000200005>

Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). *Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms*. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218-227. <https://academic.oup.com/abm/article/40/2/218/4569527>

Hervás, G. (2011). *PSICOPATOLOGÍA DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL: EL PAPEL DE LOS DÉFICIT EMOCIONALES EN LOS TRASTORNOS CLÍNICOS*. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, Vol. 19, N° 2, 2011, pp. 347-372. http://webprueba2.quned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/psicopatologiadelaregulacionemocionalpapeldelosdeficitemocionales.pdf

Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). *Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: Estado actual de la cuestión*. *Clínica y Salud*, 27(3), 115-124. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). *The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>

How the Aging Brain Affects Thinking. (2023, June 27). National Institute on Aging. <https://www.nia.nih.gov/health/brain-health/how-aging-brain-affects-thinking>

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI). (1997). Ficha técnica del instrumento. Recuperado 20 de mayo de 2024, de <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=254>

Índice de Envejecimiento(1418). (2023). Instituto Nacional de Estadística. Recuperado 16 de mayo de 2024, de https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1418#_tabs-grafico

Jha, A. P., Krompinger, J., & Baime, M. J. (2007). *Mindfulness training modifies subsystems of attention*. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 7(2), 109-119. <https://doi.org/10.3758/cabn.7.2.109>

Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J. D., & Dalgleish, T. (2010). *How does mindfulness-based cognitive therapy work?* *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105-1112. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.003>

Larouche, E., Chouinard, A. M., Morin-Alain, V., Goulet, S., & Hudon, C. (2017). [P2-017]: HIGHER MINDFULNESS MEDITATION PRACTICE PREDICTS IMPROVEMENT OF EXECUTIVE COMPONENTS OF ATTENTION IN OLDER ADULTS WITH AMNESTIC MILD COGNITIVE IMPAIRMENT. *Alzheimer's & Dementia*, 13(7S_Part_12). <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2017.06.665>

Llabata, J. M. S., Gimeno, R. G., & Andrés, J. M. L. (2023). *Otras formas de demencia: Demencia vascular, demencia con cuerpos de Lewy y demencia frontotemporal*. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(74), 4372-4381. <https://doi.org/10.1016/j.med.2023.03.003>

Linares, L., Estévez, A., Soler, J., & Cebolla, A. (2016). *El papel del mindfulness y el descentramiento en la sintomatología depresiva y ansiosa*. *Clínica y Salud*, 27(2), 51-56. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.03.001>

Lores Torres, A., Sesé, I. P., Mateo Hernando, P., Del Río Apuntaté., R., Compais López, E., & Bona Garrido., C. J. (2023). *Prevención de deterioro cognitivo mediante el ejercicio físico en las personas de edad avanzada*. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(8), 62. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/prevencion-de-deterioro-cognitivo-mediante-el-ejercicio-fisico-en-las-personas-de-edad-avanzada/>

MacKenzie, M. B., Abbott, K. A., & Kocovski, N. L. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy in patients with depression: Current perspectives*. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2147/NDT.S160761>

Marciniak, R., ŠUmec, R., Vyhnálek, M., Bendíčková, K., Lázničková, P., Forte, G., Jeleník, A., Římalová, V., Frič, J., Hort, J., & Sheardová, K. (2020). *The Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Depression, Cognition, and Immunity in Mild Cognitive Impairment: A Pilot Feasibility Study*. *Clinical Interventions in Aging*, Volume 15, 1365–1381. <https://doi.org/10.2147/cia.s249196>

Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). *A meta-analysis of interventions to reduce loneliness*. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20716644/>

Moscoso, M. (2022). *Estimulación de funciones superiores para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores en situación de pobreza y extrema pobreza. [Tesis de grado]*. Universidad Técnica de Ambato. <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/40251/1/Moscoso%20Michelle.pdf>

Muñetón Gómez, C. (2017). *Implicaciones del deporte y mindfulness en el bienestar*. Revista de la Universidad de La Salle, 2017(74), 101-113. <https://ciencia.lasalle.edu.co/ruls/vol2017/iss74/5/>

Ng, T. K. S., Fam, J., Feng, L., Cheah, I. K. M., Tan, C. T. Y., Nur, F., Wee, S. T., Goh, L. G., Chow, W. L., Ho, R. C. M., Kua, E. H., Larbi, A., & Mahendran, R. (2020). *Mindfulness improves inflammatory biomarker levels in older adults with mild cognitive impairment: a randomized controlled trial*. Translational Psychiatry, 10(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0696-y>

Olalla, A. B. (2022, octubre 12). *Timed Up and Go (TUG)*. Fisioterapia para fisioterapeutas y pacientes - lafisioterapia.net. <https://lafisioterapia.net/timed-up-and-go-tug/>

Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). *Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory*. International Psychogeriatrics, 19(1), 103-114. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003504>

Palomo, M. S. M., & Sevilla, M. A. Z. (2023). *Enfermedad de Alzheimer*. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 13(74), 4360-4371. <https://doi.org/10.1016/j.med.2023.03.002>

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

Pesquera, B. L. (2023). *Protocolo clínico para el diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo leve*. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 13(74), 4395-4399. <https://doi.org/10.1016/j.med.2023.03.005>

Proyecto EDADES. (2020). Recuperado 16 de mayo de 2024, de <https://proyectoedades.com/>

Puebla Guedea, M. (2020). *Efecto de mindfulness sobre variables psicológicas y biológicas en meditadores de larga duración* (p. 1) [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidad de Zaragoza]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=300705>

Quintana Hernández, D. J., & Miró Barrachina, M. T. (2015). *Estimulación basada en «mindfulness» para personas mayores con enfermedad de alzheimer y otras demencias*. Papeles del psicólogo, 36(3), 207-215. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5224296>

Quintana-Hernández, D. J., Miró-Barrachina, M. T., Ibáñez-Fernández, I. J., Pino, A. S.-D., Quintana-Montesdeoca, M. P., Rodríguez-de Vera, B., Morales-Casanova, D., Pérez-Vieitez, M. D. C., Rodríguez-García, J., & Bravo-Caraduje, N. (2016). *Mindfulness in the Maintenance of Cognitive Capacities in Alzheimer 's Disease: A Randomized Clinical Trial*. Journal of Alzheimer 's Disease: JAD, 50(1), 217-232. <https://doi.org/10.3233/JAD-143009>

Quintana Hernández, D. J., Miró Barrachina, M. T., Ibáñez Fernández, I., del Pino, A. S., García Rodríguez, J. r, & Hernández, J. R. (2014). *Efectos de un programa de intervención neuropsicológica basado en mindfulness sobre la enfermedad de Alzheimer: Ensayo clínico aleatorizado a doble ciego*. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 49(4), 165-172. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.03.002>

Quintana-Hernández, D. J., Rojas-Hernández, J., Santana-del Pino, A., Céspedes Suárez, C., Pellejero Silva, M., Miró-Barrachina, M. T., Ibáñez Fernández, I., Estupiñán López, J. A., & Borkel, L. F. (s. f.). (2023). *Mindfulness Prevents Depression and Psychopathology in Elderly People with Mild to Moderate Alzheimer' s Disease: A Randomized Clinical Trial*. Journal of Alzheimer 's Disease, 91(1), 471-481. <https://doi.org/10.3233/JAD-220889>

Ramos Monteagudo, A. M., Yordi García, M., & Miranda Ramos, M. de los Á. (2016). *El envejecimiento activo: Importancia de su promoción para sociedades envejecidas*. Revista Archivo Médico de Camagüey, 20(3), 330-337. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300014

Sánchez Lara, E. M. (2021). *Programa combinado de Mindfulness y estimulación cognitiva computarizada: Efectos en la cognición de mayores con y sin deterioro cognitivo leve*. Universidad de Granada. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/72063>

Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Cuesta, P., Sánchez, C., Benito, E. (2018). *Evaluación de una intervención mindfulness en equipos de cuidados paliativos*. *Psychosocial Intervention*, 27(2), 81-88. <https://doi.org/10.5093/pi2018a7>

Sburlati Álvarez, J. V. (2016). *Mindfulness en perspectiva: Una alternativa de estimulación cognitiva en adultos mayores*. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/34586>

Schmidt Urdanivia, J. S. (2022). *Programa de estimulación basado en la atención plena para prevenir el deterioro cognitivo en un centro de salud para adulto mayor, Lima, 2022*. Repositorio Institucional - UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/111104>

Schure, M., Christopher, J., & Christopher, S. (2008). *Mind–Body Medicine and the Art of Self-Care: Teaching Mindfulness to Counseling Students Through Yoga, Meditation, and Qigong*. *Journal of Counseling & Development*, 86. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00625.x>

Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Cebolla, A., Portella, M. J., Trujols, J., Soriano, J., Pérez, V., & Soler, J. (2014). *Propiedades psicométricas de la versión española de la Philadelphia Mindfulness Scale*. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(4), 157-165. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989114000573?via%3Dihub>

Terapia cognitiva basada en la atención plena: Teoría y práctica. (2012). <https://doi.org/10.1177/070674371205700202>

Test mini-mental: 30 preguntas. (1979). Redacción Médica. Recuperado 29 de mayo de 2024, de <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/test-mini-mental>

TFV. *Test de Fluidez Verbal*. (1977). TEA Ediciones. Recuperado 31 de mayo de 2024, de <https://web.teaediciones.com/TFV-Test-de-Fluidez-Verbal.aspx>

Valero-Merino, C., & Sánchez-Roy, R. (2023). *Demencia*. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(74), 4345-4359. <https://doi.org/10.1016/j.med.2023.03.001>

Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil, S., & García-de-Cecilia, J. M. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 42(3), 177-183. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-validacion-escala-soledad-ucla-perfil-S1138359315001896>

Ortega, G., Alegret, M., Espinosa, A., Ibarria, M., Cañabate, P., & Boada, M. (2014). *Valoración de las funciones viso-perceptivas y viso-espaciales en la práctica forense*. *Revista Española de Medicina Legal*, 40(2), 83-85. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-valoracion-las-funciones-viso-perceptivas-viso-espaciales-S0377473213000898>

Wong, S. Y., Mak, W. W., Cheung, E. Y., Ling, C. Y., Lui, W. W., Tang, W., Wong, R. L., Lo, H. H., Mercer, S., & Ma, H. S. (2011b). *A randomized, controlled clinical trial: the effect of mindfulness-based cognitive therapy on generalized anxiety disorder among Chinese community patients: protocol for a randomized trial*. *BMC Psychiatry*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-11-187>

Woods, B., Rai, H. K., Elliott, E., Aguirre, E., Orrell, M., & Spector, A. (2023). *Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub3>

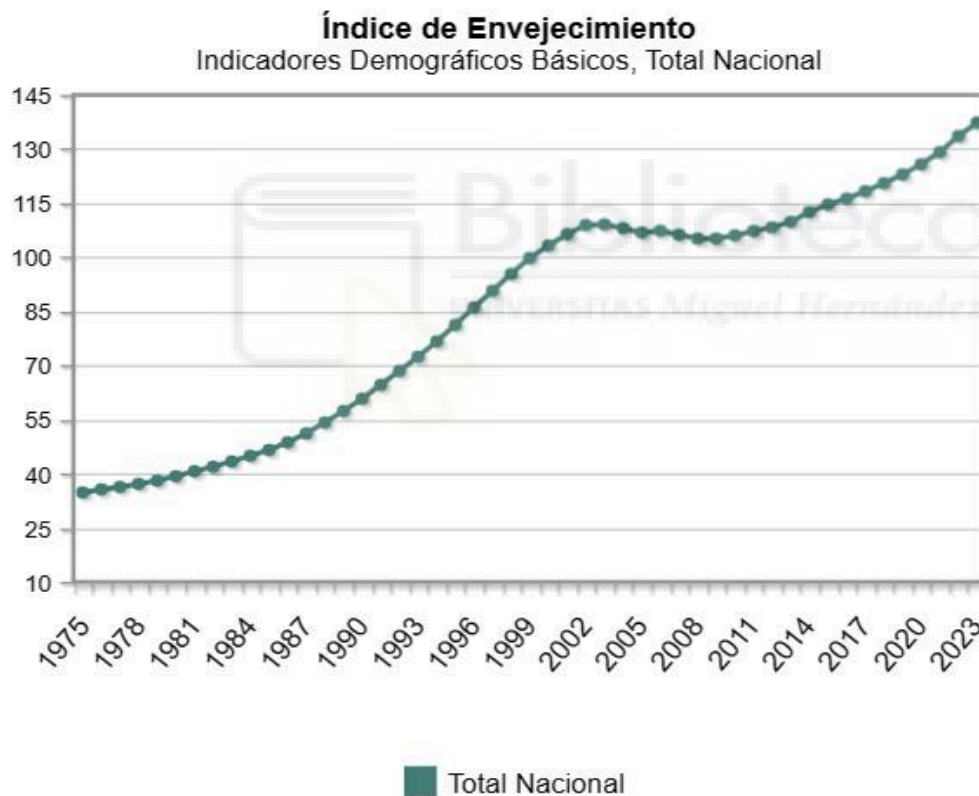
Yu, J., Rawtaer, I., Feng, L., Fam, J., Kumar, A. P., Kee-Mun Cheah, I., Honer, W. G., Su, W., Lee, Y. K., Tan, E. C., Kua, E. H., & Mahendran, R. (2021). *Mindfulness*

intervention for mild cognitive impairment led to attention-related improvements and neuroplastic changes: Results from a 9-month randomized control trial. Journal of Psychiatric Research, 135, 203–211. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.032>

Zaldunbide, M. E. (2022). *Propuesta de intervención basada en el Mindfulness para reducir la sintomatología neuropsiquiátrica (ansiedad y depresión) en adultos mayores con Deterioro Cognitivo Leve (DCL)*. https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/61885/TFM_Esteller_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

TABLAS Y FIGURAS

Gráfico 1:



Extraído de: https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1418#_tabs-grafico

ANEXOS

1. Autorización COIR TFG



INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 1. TFG (Trabajo Fin de Grado)

Elche, a 14/05/2024

Nombre del tutor/a	Olga Pellicer Porcar
Nombre del alumno/a	SAMUEL LIDÓN VICENTE
Tipo de actividad	Sin implicaciones ético-legales
Título del 1. TFG (Trabajo Fin de Grado)	Programa de hábitos protectores ante enfermedades neurodegenerativas (Deterioro Cognitivo Leve y Demencia) basado en Mindfulness: una propuesta de intervención a nivel primario
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional	240513132352
Código de autorización COIR	TFG.GPS.OPP.SLV.240513
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **Programa de hábitos protectores ante enfermedades neurodegenerativas (Deterioro Cognitivo Leve y Demencia) basado en Mindfulness: una propuesta de intervención a nivel primario** ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Jefe de la Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia



Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>



2. IRIU TFG: Índice de Responsabilidad en investigación universitaria



Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia
Universidad Miguel Hernández de Elche



Tu Índice de Responsabilidad en
Investigación Universitaria (IRIU)
ha sido de **46**

Título de la actividad:

Programa de hábitos protectores ante enfermedades neurodegenerativas (Deterioro Cognitivo Leve y Demencia) basado en Mindfulness: una propuesta de intervención a nivel primario

Nombre: SAMUEL LIDÓN VICENTE

El **Índice de Responsabilidad en Investigación Universitaria (IRIU)** puntúa los aspectos recogidos en el [Código de Buenas Prácticas Científicas \(CBPC\)](#) sobre investigación e innovación responsable, concretamente: el compromiso público y participación ciudadana, el acceso abierto, la igualdad de género, la ética e integridad, la educación científica y la gobernanza. La consideración de perspectivas más inclusivas, sostenibles y participativas, como las que se sugieren a continuación, le permitirán mejorar su IRIU en futuros proyectos.

Le indicamos a continuación los enlaces donde encontrará la información de los ítems contenidos en la pregunta **D.1 Integridad y buen gobierno** del cuestionario IRIU. Conocer todos estos ítems le permitirán mejorar su puntuación IRIU en actividades futuras:

1. He leído el Código de Buenas Prácticas Científicas y tengo en cuenta sus indicaciones en mi actividad investigadora: [CBPC](#)
2. Conozco cómo debe ser la relación entre supervisor/a y estudiante en formación en investigación y actúo en consecuencia: [CBPC](#)
3. He valorado los riesgos potenciales de mi investigación para la organización, la investigación y/o la seguridad y salud de las personas, animales y medio ambiente y seguiré las normas y procedimientos definidos para minimizar dichos riesgos: [CBPC](#) y [Web de Prevención de Riesgos Laborales](#)
4. Conozco la importancia de la buena gestión de los datos de investigación y las implicaciones legales del uso de datos personales y actúo con respeto a las consideraciones sobre seguridad, ética y legalidad: [CBPC](#) y [Web OIR](#)

5. Conozco el Plan de Medidas Antifraude de la UMH y actúo conforme a su Código de Conducta: [Web Antifraude UMH](#)
6. Conozco cómo identificar, declarar y actuar en caso de tener conflicto de intereses: [CBPC](#) y [Web Antifraude UMH](#)
7. Conozco cómo gestionar los derechos de la propiedad industrial e intelectual, así como de autoría científica y actúo en consecuencia: [CBPC](#)
8. Tengo en cuenta los requerimientos normativos y éticos para investigar con personas y/o animales y gestionar adecuadamente los riesgos: [Web OIR](#)
9. En mi investigación tengo en cuenta el concepto de Investigación e Innovación Responsable: [CBPC](#)
10. Rechazo cualquier conducta indeseable en investigación y sé cómo denunciar y proceder en caso de detectarla: [CBPC](#)

En cuanto a la cuestión D.2. Difusión de la actividad, la UMH está comprometida con la transparencia y con dar la máxima difusión a los resultados de la investigación. Por este motivo, la universidad promueve entre sus investigadores/as y profesorado el principio del acceso abierto u "open access". Es importante que la publicación científica, siempre que económicamente sea posible, se realice en formato abierto para mejorar la reproducibilidad de la ciencia y reducir las desigualdades en el acceso al conocimiento y la innovación.

Cuando los resultados de su investigación pueden mejorar la vida de las personas se dice que existe D.3 Compromiso público. El compromiso público en investigación e innovación responsable consiste en crear el futuro de manera conjunta con ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil, y también en incorporar la mayor diversidad posible de actores sociales en asuntos de ciencia y tecnología. En definitiva, diseñar los proyectos pensando en mejorar la vida de las personas. Cuanto mayor sea el alcance de los resultados de su investigación, mayor será el compromiso público. No obstante, también es positivo que se lleven a cabo proyectos locales que mejoren la calidad de vida de los ciudadanos del área de influencia de la Universidad Miguel Hernández.

En la evaluación de la investigación e innovación responsable la sostenibilidad ambiental cada día es más importante, como ya observamos en el programa Horizonte Europa, donde nos piden actividades de evaluación y seguimiento específicas (principio DNHS). En ocasiones nuestra actividad mejora, aunque sea de manera indirecta, el desarrollo ambiental sostenible. Si así es, y lo hemos indicado en el formulario, veremos reflejado el ODS correspondiente al final del presente informe.

En lo relativo a la D.6 Perspectiva de sexo/género, y siempre que sea posible, debe identificarse e incluirse como una variable más del proyecto de investigación el sexo y/o género, para así garantizar un enfoque más integrado de investigación e innovación y poder detectar, si las hay, diferencias entre sexos/géneros. Tener en cuenta estas consideraciones en el proyecto se puntúa positivamente en el IRIU.

La D.7 Educación científica es un área de acción clave cuyo objetivo es que el conocimiento científico se extienda, cree nuevas vocaciones científicas y todo ello redunde en una mejora en la sociedad.

El desarrollo de las capacidades y el desarrollo de formas innovadoras de conectar la ciencia con la sociedad debe ser una prioridad. Esto ayudará a hacer que la ciencia sea más atractiva para los jóvenes, aumentar el apetito de la sociedad por la innovación y abrir más actividades de investigación e innovación. Promover la educación científica formal e informal, de manera que llegue al mayor número de personas, forma parte de una conducta científicamente responsable.

Uno de los valores fundamentales de la UMH es la responsabilidad social, y la sostenibilidad económica, ambiental y social. Este valor está directamente relacionado con los **D.8 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** de Naciones Unidas. Además, los 17 ODS quedan perfectamente integrados con las 6 áreas de acción clave que la Comisión Europea describe como Investigación e Innovación Responsable (IIR):

- **Compromiso público y participación ciudadana** para mejorar la vida de las personas.
- **Acceso abierto e igualdad de género** para reducir las desigualdades.
- **Ética e integridad** para respetar a otras personas, a la universidad, a la sociedad y a nosotros mismos.
- **Educación científica** para que el conocimiento científico se extienda, cree nuevas vocaciones científicas y todo ello redunde en una mejora en la sociedad.
- **Buen gobierno** para establecer políticas y procedimientos adecuados que promuevan y faciliten la investigación responsable.

Desde el curso académico 2022/23, además de la puntuación de IRIU (1-100), y puesto que es uno de los objetivos del plan de acción del sello de calidad europeo [HRS4R de la UMH](#), comenzamos a medir el impacto de la investigación realizada en la UMH en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en una escala de 1 a 5 estrellas (insignia RRI ODS). Verá, además, que para obtener esta puntuación, los ODS se ponderan en función de las respuestas obtenidas en el presente formulario en 4 grados de implicación.

Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación
oir.umh.es



Cuanto mayor sea el impacto de nuestra investigación en los Objetivos de Desarrollo Sostenible mayor será la responsabilidad en nuestra actividad de investigación y/o innovación (RRI).



Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación
oir.umh.es

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE, AGENDA 2030



IMPACTO DE SU INVESTIGACIÓN EN LOS ODS

GRADO DE IMPLICACIÓN IV: OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

GRADO DE IMPLICACIÓN III: OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE



GRADO DE IMPLICACIÓN II: OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE



GRADO DE IMPLICACIÓN I: OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE



3. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5)

ESCALA DE YESAVAGE PARA DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDS-15 Y GDS-5)

TABLA 1
Matriz de correlaciones de la GSD-15 con rotación promax

Ítem	Factor	
	I	II
¿Está usted satisfecho con la vida que lleva?	0.715	0.138
¿Ha dejado de hacer las cosas que le gustan?	0.134	0.625
¿Siente que su vida está vacía?	0.620	0.515
¿Se siente aburrido frecuentemente?	0.650	0.406
¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	0.460	0.227
¿Está preocupado porque piensa que algo malo le va pasar?	0.551	0.305
¿Se siente feliz gran parte de su tiempo?	0.660	-0.003
¿Siente a menudo que no vale nada?	0.683	0.378
¿Prefiere estar sin hacer nada en casa durante el día que salir a la calle?	0.322	-0.009
¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente de su edad?	0.288	0.743
¿Piensa que es agradable estar vivo?	0.218	0.424
¿Siente que vale poco en su actual condición?	0.504	0.454
¿Se siente lleno de energía?	-0.006	0.456
¿Se encuentra sin esperanza por su condición actual?	0.446	0.608
¿Piensa que la mayoría de la gente tiene más suerte que usted?	0.564	0.341

Fuente: elaboración propia.

Escala para Depresión Geriátrica (GDS-5)

Esta versión corta consta de los ítems 1, 3, 4, 6 y 15 de la versión de 15 y se presenta en la Tabla 2. La GDS-5 mostró una consistencia interna de 0.73. La medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin mostró un coeficiente de 0.79 y la prueba de esfericidad de Bartlett mostró $\chi^2 = 99.6$; $gl = 10$; $p < 0.001$. Se observó un único factor, con un valor propio de 2.48 que dio cuenta de 49.5 % de la varianza. La solución factorial se presenta en la Tabla 2. La confiabilidad de constructo fue 0.83.

Discusión

En el presente estudio se observa que la GDS-15 en población adulta mayor, sin deterioro cognoscitivo, con limitada formación académica y asistente a centros de atención integral ambulatoria, presenta

TABLA 2
Matriz de correlaciones de la GDS-5

Ítem	
1. ¿Está usted satisfecho con la vida que lleva?	0.728
3. ¿Siente que su vida está vacía?	0.712
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?	0.680
6. ¿Está preocupado porque piensa que algo malo le va pasar?	0.710
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente tiene más suerte que usted?	0.686

Fuente: elaboración propia.

aceptable consistencia interna. Las dos dimensiones principales de la solución factorial explican aproximadamente el 40 % de la varianza y alta consistencia interna y confiabilidad de constructo. La versión propuesta GDS-5 exhibe aceptable

4. Mini examen Cognoscitivo (MEC)

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

NOMBRE:

FECHA:

ESTUDIOS/PROFESIÓN:

OBSERVACIONES:

F. NACIMIENTO:

N.Hº:

VARÓN / MUJER

EDAD:

¿En qué año estamos?	0 - 1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
¿En qué estación?	0 - 1		
¿En qué día(fecha)?	0 - 1		
¿En qué mes?	0 - 1		
¿En qué día de la semana?	0 - 1		
¿En qué hospital (o lugar) estamos?	0 - 1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?	0 - 1		
¿En qué pueblo (ciudad)?	0 - 1		
¿En qué provincia estamos?	0 - 1		
¿En qué país (o nación, autonomía)?	0 - 1		
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas basta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.		Nº de repeticiones necesarias	
Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Arbol 0-1)			FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.		ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)	
30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1			
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente		RECUERDO diferido(Máx.3)	
Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Arbol 0-1)			
<p>· DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 .</p> <p>· REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1</p> <p>· ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano 0-1 Dobla por mitad 0-1 Pone en suelo 0-1</p> <p>· LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1</p> <p>· ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1</p> <p>· COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1</p>		LENGUAJE (Máx.9)	
Puntuaciones de referencia 27 ó más= normal 24 ó menos = sospecha patológica 12-24= deterioro 9-12 = demencia			Puntuación TOTAL: (Máx.30puntos)

5. Presentación Multimedia sesión 1:

https://es.slideshare.net/slideshow/mindfulnesspdf-257870614/257870614?from_search=0

https://es.slideshare.net/slideshow/deterioro-cognitivo-en-el-adulto-mayor-35371502/35371502?from_search=1

<https://es.slideshare.net/slideshow/qu-es-mindfulness-presentacin/70312730>

<https://es.slideshare.net/slideshow/beneficios-de-la-prctica-diaria-de-mindfulness/231047611>

6. Pista de audio meditación y atención plena mediante la respiración sesión 1 y 2:

<https://www.youtube.com/watch?v=URrpShvTw3U>

7. Presentación Multimedia sesión 6:

<https://es.slideshare.net/DanielaYSalazarM/el-estrs-109293715>

<https://es.slideshare.net/manelm/estrs>

8. Presentación Multimedia sesión 7:

<https://es.slideshare.net/slideshow/higiene-del-sueo-52441971/52441971>

<https://es.slideshare.net/slideshow/higiene-del-sueo/265506771>

9. Calendario de plan de continuidad de hábitos protectores sesión 8:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-

10. Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV (WAIS-IV):

Razonamiento perceptivo (RP)	1. Cubos (C) . La tarea consiste en construir con cubos coloreados en rojo y blanco unos dibujos, de complejidad creciente. Evalúa la capacidad de análisis y síntesis visual y la reproducción de dibujos geométricos abstractos.	Principales
	4. Matrices (M) . Se trata de elegir el dibujo que completa una serie que está incompleta. Mide razonamiento abstracto y la capacidad para procesar información visual.	
	8. Puzles visuales (PV) . La tarea consiste en elegir las tres piezas que completan un puzle que se presenta completo. Mide capacidad para analizar y sintetizar estímulos visuales abstractos, establecer relaciones entre partes y razonamiento no verbal.	
	12. Balanzas (B) * . Se presentan balanzas con dos platillos: en uno de ellos hay una o varias pesas; la tarea es seleccionar la pesa, o pesas, que equilibran los platillos de la balanza. Mide la capacidad para comparar, establecer analogías y el razonamiento cuantitativo.	Opcionales
Memoria de trabajo (MT)	15. Figuras incompletas (FI) . La tarea consiste en indicar qué elemento clave falta en un dibujo. Requiere la identificación de objetos y utensilios familiares, y distinguir y diferenciar entre los aspectos esenciales y no esenciales.	
	3. Dígitos (D) . Está formada por tres tareas: Dígitos directos (consiste en repetir una serie de dígitos, que se presentan oralmente, en el mismo orden que se presentan) Dígitos inversos (repetir una serie de dígitos en orden inverso al presentado) y Dígitos en orden creciente (repetir de menor a mayor los números leídos por el examinador). Evalúa la atención y la resistencia a la distracción, la memoria auditiva inmediata y la memoria de trabajo.	Principales
	6. Aritmética (A) . La tarea consiste en resolver mentalmente problemas aritméticos y dar la respuesta dentro de un tiempo determinado. Evalúa la habilidad para utilizar conceptos numéricos abstractos, operaciones numéricas, la capacidad de atención y concentración y la memoria de trabajo.	
Velocidad de procesamiento (VP)	11. Letras y números (LN) * . En esta tarea se presentan oralmente una serie de números y de letras mezclados. Después se deben repetir los números en orden ascendente y las letras en orden alfabético. Evalúa atención, concentración y memoria de trabajo.	Opcional
	7. Búsqueda de símbolos (BS) . En este test se presentan dos símbolos y la persona evaluada debe decidir si alguno de ellos está presente dentro de un conjunto. Evalúa rapidez y precisión perceptiva y velocidad para procesar información visual simple.	Principales
10. Clave de números (CN) . La tarea consiste en completar, con los símbolos adecuados, unos cuadrados que tienen un dígito en su parte superior. Evalúa, la rapidez y destreza visomotora, el manejo de lápiz y papel y la capacidad de aprendizaje asociativo.		

La escala de inteligencia de Wechsler para adultos, cuarta edición (WAIS-IV). Documento de trabajo. J. A. Amador Campos Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona, Enero 2013.

Página 4

11. Test de Fluidez Verbal (TFV):

TFV: Test de Fluidez Verbal

Corrección y resultados

Informe del test: Perfil gráfico

Autor: J. A. Portellano Pérez y R. Martínez Arias

Editor: TEA

Finalidad: Evaluación global rápida del lenguaje y del funcionamiento ejecutivo mediante 3 tareas de lenguaje expresivo: Fluidez fonológica, Fluidez semántica y Fluidez excluyente

Variables:

- Fluidez fonológica (Fon)
- Fluidez semántica (Sem)
- Fluidez excluyente (Exc)

Descripción:

El TFV, *Test de Fluidez Verbal*, es una prueba de aplicación individual que sirve para realizar una evaluación global rápida del lenguaje y de las funciones ejecutivas. Está formado por tres tareas de fluidez verbal: fonológica (palabras que empiezan por una determinada letra), semántica (palabras pertenecientes a una determinada categoría) y excluyente (palabras que no contienen una determinada letra).

La combinación de estas tareas permite valorar diferentes procesos básicos del lenguaje expresivo, así como varios componentes de las funciones ejecutivas (p. ej., la fluencia, la flexibilidad, la categorización, la monitorización de la ejecución...). La valoración cuantitativa (mediante unos baremos amplios y actuales) junto con la valoración cualitativa de la ejecución (mediante el análisis del número y el tipo de errores), permitirán apreciar adicionalmente diferentes aspectos atencionales, de la memoria de trabajo, del acceso a la memoria...

Se trata de un test de gran sencillez, lo que permite su aplicación a numerosas poblaciones, incluidas aquellas con un nivel educativo muy bajo. Se puede utilizar de forma aislada, como prueba de cribado o *screening* inicial —para valorar el estado cognitivo general de la persona evaluada— o bien como parte de una batería de pruebas neuropsicológicas —para valorar los procesos específicos del lenguaje y de las funciones ejecutivas que permite evaluar—.

Administración: Individual.

Niveles de aplicación: Desde los 6 hasta los 90 años

Duración: Aproximadamente 8-10 minutos

Baremación: Baremos en función de la edad para cada una de las 3 tareas (Fluidez fonológica, Fluidez semántica y Fluidez excluyente) y para el índice de Fluidez total. Puntuaciones expresadas en puntuaciones T y percentiles

12. Test de Poppelreuter:

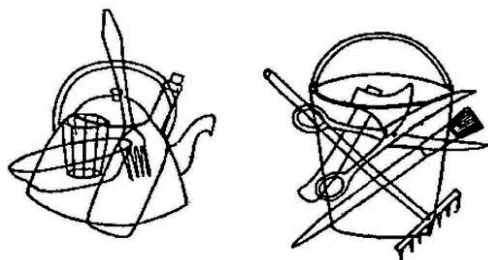


Figura 1 El test de «Poppelreuter».

Test de Poppelreuter⁵

Las pruebas que implican interferencia visual son tareas de reconocimiento visual complejas debido a la presencia de elementos distractores. El material estimulador contiene el elemento completo a identificar, pero se ve interferido por la superposición de otros dibujos, los cuales lo enmascaran y lo hacen menos reconocible. Las tareas de interferencia visual difieren de las de organización visual en las que se requiere que el sujeto analice la relación figura-fondo para distinguir la figura «objetivo» de los elementos de interferencia. Las pruebas tipo Poppelreuter son unas de las más utilizadas en los protocolos de evaluación neuropsicológica para objetivar signos agnósicos visuales. El test está formado por 2 láminas, las cuales contienen figuras superpuestas y el sujeto tiene que identificar todos los objetos que aparecen en cada una de las láminas. Cada una de las láminas contiene 5 dibujos. En total hay 10 dibujos (fig. 1).

A continuación se muestran las instrucciones de presentación de la prueba para el paciente: «Voy a enseñarle 2 láminas. En cada una de ellas se encuentran una serie de dibujos mezclados. Usted deberá decirme qué dibujos son los que aparecen y a la vez que los señala con el dedo». Si el sujeto tiene afasia o dificultades en la denominación se le pedirá que señale el contorno de las figuras que está viendo. Se puntúa 1 punto por cada figura identificada correctamente. Se anotan además los errores. La puntuación máxima es 10 contabilizando únicamente las respuestas correctas en la puntuación total de la prueba.

Test de los 15-Objetos⁶

El test de los 15-Objetos (T150) fue creado por Pillon et al., 1989⁶ como un test de discriminación visual con el objetivo de evaluar la velocidad de procesamiento cognitivo en la enfermedad de Parkinson (EP). El rendimiento en el T150 no está influenciado por el nivel de escolaridad y está libre de efecto práctica. Este test, al igual que el «test de Poppelreuter» trata de evaluar la discriminación de 15 objetos –de ahí su nombre– presentados de manera superpuesta. Se muestra al sujeto una lámina (modelo A o B indistintamente) y se le solicita que enumere, designe y señale uno a uno cada uno de los objetos de la lámina hasta un total de 15 elementos. Las instrucciones a seguir son: «A continuación, le enseñaré una hoja en la que aparecen objetos superpuestos. Por favor, dígame qué es lo que ve y señálelo con el dedo». En ningún caso el paciente puede girar la hoja (fig. 2).

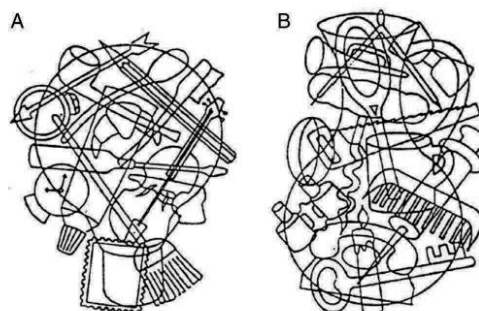


Figura 2 El test de los «15-Objetos».

No hay tiempo estipulado para realizar la prueba. Así, el paciente puede tomarse su tiempo para poder contestar. El evaluador, además de anotar las respuestas correctas, a su vez, toma nota de aquellos objetos que el sujeto verbaliza y que no se corresponden con ninguno de los elementos existentes en la lámina. En el caso de que el sujeto muestre dificultades relacionadas con el lenguaje (no sea capaz de denominar la palabra) se le permitirá explicar la finalidad del objeto en cuestión y se puntuará como válida la respuesta. Se puntúa 1 punto por cada figura identificada correctamente. La puntuación máxima es 15.

Relojes de Luria

La finalidad de esta prueba consiste en valorar la orientación espacial, el contenido y el procesamiento del conocimiento específico del código horario y los mecanismos de transcodificación semántica. El sujeto recibe una hoja con 4 relojes con manecillas, pero sin números, y debe decir la hora indicada por las agujas. Las instrucciones a seguir son las siguientes: «A continuación, le voy a enseñar 4 relojes. Debe decirme la hora que marcan cada uno de ellos». Para esta prueba no hay límite de tiempo. El examinador deberá tomar nota de la hora que el sujeto verbaliza para cada uno de los relojes mostrados (fig. 3).

En cuanto a la puntuación, se registrará un punto por cada respuesta correcta hasta un máximo de 4 puntos.

Interpretación de las puntuaciones en las pruebas viso-perceptivas y viso-espaciales

Nuestro equipo publicó recientemente los datos normativos de las puntuaciones del test de Poppelreuter y los Relojes de Luria en una muestra de 332 sujetos cognitivamente sanos, y el T150 en una submuestra de 119⁷. Además, en la tabla 1 se presentan los percentiles de las puntuaciones obtenidas en población española mayores de 49 años con lo que una puntuación correspondiente al percentil 10 estaría indicando que solo el 10% de la población diana tendría un peor rendimiento. Para facilitar la corrección de esta prueba, en este artículo⁷ se detallan la media y desviación estándar del rendimiento en estas pruebas (tabla 1). De esta manera nos permite concluir si un sujeto muestra un rendimiento relativamente preservado basándonos en datos de la población diana estudiada.

13. Free and Cued Selective Reminding Test (FCSRT):

Tabla 1 Frecuencias léxicas de los elementos de las versiones del A y B del *Free and Cued Selective Reminding Test* (FCSRT)

Categoría	Lista A	Frecuencia ^a	Lista B	Frecuencia ^a
Ave	CUERVO	0,73	GAVIOTA	0,71
Material de lectura	ENCICLOPEDIA	0,84	FOLLETO	0,96
Verdura	APIO	0,41	PUERRO	0,66
Calzado	ALPARGATAS	0,42	SANDALIA	0,61
Reptil	CAIMÁN	0,50	LAGARTIJA	0,65
Material de construcción	MÁRMOL	1,17	GRANITO	0,75
Piedra preciosa	TURQUESA	0,37	ESMERALDA	0,59
Edificio	PISO	1,79	APARTAMENTO	1,22
Mueble	ESCRITORIO	0,91	TOCADOR	0,44
Vehículo	AUTOCAR	0,85	TRANVÍA	0,85
Herramienta	HOZ	0,66	MAZO	0,47
Instrumento musical	ARMÓNICA	0,06	TAMBOR	1,00
Utensilio de cocina	COLADOR	0,23	EMBUDO	0,44
Deporte	GIMNASIA	0,84	ATLETISMO	0,89
Planta	JAZMÍN	0,40	LAVANDA	0,22
Tipo de barco	PESQUERO	1,28	VELERO	0,53

^a Logaritmo de la frecuencia por millón + 1 (CREA).

en 3) con el fin de evitar la posible repetición subvocal. (3) Recuerdo libre: se solicita al sujeto que diga todas las palabras que recuerde, en cualquier orden. El tiempo límite es de aproximadamente 90 segundos. Se interrumpe la tarea si no hay respuesta durante 15 segundos. Antes del segundo y tercer ensayo de recuerdo libre también se realiza la tarea de interferencia descrita (variando el punto de inicio de la resta, p. ej., desde el 99). (4) Recuerdo facilitado: inmediatamente después de cada ensayo de recuerdo libre, se procede al recuerdo facilitado, solo para aquellos elementos que no hayan sido evocados espontáneamente. Para cada palabra no evocada se le da la clave de la categoría. (5) Recuerdo selectivo: en los casos en que la palabra no sea evocada tras el recuerdo facilitado se le recuerda la misma antes de proceder a la siguiente. El recuerdo selectivo solo se realiza en los dos primeros ensayos. (6) Recuerdo diferido: tras un intervalo de, aproximadamente, 30 minutos (± 5), se realiza un último ensayo de recuerdo libre y facilitado. Al finalizar los 3 ensayos de aprendizaje el sujeto es advertido de que más tarde se le preguntarán las palabras.

Variables principales

Se obtienen 6 variables de la prueba: recuerdo libre en el primer ensayo (RL1, rango 0-16); recuerdo libre total (RLT; suma del número de palabras recordadas en cada uno de los 3 ensayos de recuerdo libre; rango 0-48); recuerdo total (RT; suma del total de palabras recordadas tanto libremente como tras la facilitación en los 3 ensayos de aprendizaje; rango 0-48); recuerdo diferido libre (RDL; rango 0-16); recuerdo diferido total (RDT; suma del número de palabras recordadas tanto libremente como tras facilitación en el ensayo de recuerdo diferido, rango 0-16); índice de retención (IR; RDT/recuerdo total del tercer ensayo; rango 0-1). En el presente estudio se muestran datos de las 5 primeras.

Sujetos

Estudio de rendimiento en sujetos sanos: muestra normativa

En el contexto del estudio NEURONORMA-Plus se administró el FCSRT-B a 232 sujetos cognitivamente sanos. Los criterios de inclusión fueron: (1) firma del consentimiento informado, (2) edad entre 18 y 90 años, (3) dominio del castellano y capacidad suficiente de lectura y escritura para la realización de las pruebas y (4) ausencia de alteraciones funcionales de la vida diaria debidas a problemas cognitivos. Los criterios de exclusión fueron: (1) antecedentes de enfermedad del sistema nervioso central con posibilidad de afectación neuropsicológica (AVC, epilepsia, meningitis, traumatismo craneoencefálico grave), (2) antecedentes de abuso significativo de alcohol o drogas, (3) presencia de enfermedad sistémica asociada con afectación cognitiva (valoración por historia), (4) antecedentes de enfermedad psiquiátrica grave (depresión mayor o esquizofrenia), (5) trastornos perceptivos auditivos o visuales que limiten la realización de las pruebas, (6) rendimiento psicométricamente indicativo de alteración cognitiva en los test de inclusión (*Mini Mental State Examination* [MMSE] < 25 y/o *Memory Impairment Screen* [MIS] < 5) y (7) cualquier otra condición que a juicio del evaluador supone un criterio de exclusión. Se administró el *Symbol Digit Modalities Test* (SDMT) con el objetivo de disponer de una prueba de la batería Neuronorma original con la que fuera posible comparar las muestras. En la [tabla 2](#) se muestran los descriptivos de las variables sociodemográficas y de las variables de las pruebas de inclusión.

Estudio de equivalencia

Con el fin de estudiar la equivalencia entre ambas versiones se creó un protocolo específico en el cual un subgrupo de 33 sujetos de la muestra anterior fue evaluado con ambas listas, en un intervalo entre evaluaciones de 8 semanas (± 1 semana). Se usó un protocolo de administración contrabalanceado en el cual se alternaba el orden de las versiones

Cómo citar este artículo: Grau-Guinea L, et al. Desarrollo, estudio de equivalencia y datos normativos de la versión española B del *Free and Cued Selective Reminding Test*. Neurología. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.02.002>

hecho de que el sujeto haya sido expuesto previamente a la tarea y a sus materiales⁶. Es decir, la capacidad cognitiva del sujeto puede no haber variado en absoluto respecto a una evaluación previa pero sus puntuaciones mejoran al repetir la evaluación, o bien porque aprendió cómo abordar la prueba más eficientemente, o bien porque recuerda los ítems en los casos en que se utiliza exactamente el mismo test. No todos los tipos de tareas y dominios cognitivos son igual de proclives al efecto práctica. Por razones obvias, la evaluación de la memoria episódica declarativa es la que se ve más afectada por este efecto, pues las sesiones previas pueden actuar como ensayos adicionales de aprendizaje⁷. Recientemente se han publicado datos de efecto aprendizaje y normas de referencia del cambio al año a partir de los seguimientos de parte de la muestra NEURONORMA⁸. En este estudio se observó una mejora al año en el FCSRT (usando la misma lista de palabras) de 0,24 desviaciones estándar en la variable principal de recuerdo inmediato y hasta de 0,40 en el recuerdo en el primer ensayo (lo que equivale a alrededor de 1 punto en ambas variables) en sujetos mayores de 50 años. Una de las alternativas propuestas para minimizar el impacto de la práctica es el desarrollo de versiones equivalentes de las pruebas en las que únicamente cambien los ítems a recordar. Existen publicaciones de versiones alternativas del FCSRT al menos en lengua inglesa⁹ e italiana¹⁰, pero hasta el momento no se dispone de una versión alternativa en español que ofrezca garantías de equivalencia con la previamente publicada en el contexto del estudio NEURONORMA. El objetivo de este estudio es ofrecer una versión paralela o alternativa del FCSRT, denominada «B», estudiar su equivalencia con la versión española previamente publicada, denominada «A», y ofrecer datos normativos de rendimiento en sujetos cognitivamente sanos.

Métodos

Los datos presentados en este trabajo se recogieron en el ámbito del proyecto NEURONORMA-Plus, cuyo objetivo es aportar datos normativos de pruebas neuropsicológicas complementarias a la batería NEURONORMA original. Los datos analizados en este artículo se recogieron entre los años 2013 y 2015. Todos los sujetos firmaron un consentimiento informado previamente a su inclusión en el estudio. El proyecto fue aprobado por el comité ético del centro y cumple con lo establecido en la Declaración de Helsinki.

El FCSRT es una prueba de memoria verbal episódica en la que se presentan 16 palabras por escrito, las cuales deben ser aprendidas. Cada una de las palabras pertenece a una categoría semántica diferente que se da explícitamente al sujeto para promover un procesamiento profundo y controlado del material. Los detalles de administración se ofrecen en el apartado de instrucciones de administración.

Desarrollo de la versión paralela

La versión B que se presenta en este estudio se creó a partir de la versión A, que había sido previamente adaptada al español a partir de la original inglesa¹¹. En esta

versión B se mantuvieron las categorías semánticas utilizadas en la versión A. En la versión inicial (A) las palabras dentro de cada categoría fueron escogidas en función de su frecuencia léxica, de acuerdo con el estudio de categorías y normas castellanas de Soto et al. de 1994¹². Todas las palabras se encontraban en el segundo tercio de frecuencia léxica. La selección de las 16 palabras de la versión paralela (B) se realizó asimismo atendiendo a criterios de frecuencia, prototipicidad y practicidad. Un principio básico en las pruebas en las que se proporcionan categorías a modo de pista es evitar la selección de las palabras prototípicas de cada categoría, con el fin de minimizar el número de respuestas correctas debidas al azar. En el proceso de creación de la nueva lista participaron dos lingüistas y dos investigadores clínicos expertos en neuropsicología. En primer lugar se determinaron las frecuencias actualizadas de las palabras de la versión A de acuerdo con el Corpus de Referencia del Español Actual (CREA, <http://web.frl.es/CREA>) de la Real Academia Española. A continuación se generaron conjuntos de palabras nuevas para cada categoría semántica y se determinó su frecuencia léxica con el fin de seleccionar aquellas que mostraran frecuencias similares a las de sus homólogas de la versión A. La búsqueda de los lemas en el CREA se restringió al subcorpus de España. Tras este proceso se consensuó entre los investigadores el conjunto de palabras que finalmente conformarían la versión B, evitando el uso de palabras polisémicas y/o de difícil lectura o pronunciación (tabla 1).

Instrucciones de administración

A continuación se detalla el procedimiento y las señales para la administración de la prueba, adaptadas del original de Buschke por Gramunt¹¹ para el proyecto NEURONORMA.ES¹³. La tarea consta de 6 fases diferenciadas: (1) lectura e identificación de las palabras, (2) interferencia, (3) recuerdo libre, (4) recuerdo facilitado, (5) recuerdo selectivo de las palabras no recordadas y (6) recuerdo diferido a la media hora aproximadamente (libre y facilitado). Las fases 2 a 5 se repiten 3 veces durante el proceso de aprendizaje. Inicialmente se dan las siguientes instrucciones al sujeto: «Va a aprender 16 palabras. Cada palabra pertenece a una categoría diferente. Yo le daré el nombre de las categorías y quiero que me diga qué palabra va con cada categoría. Después de haber identificado todas las palabras, me dirá todas las que recuerde, en el orden que sea. Cuando haya dado el máximo de palabras que pueda, le daré la clave de la categoría para ayudarlo a recordar cualquier palabra que no lo haya hecho sin ayuda. Finalmente, le recordaré cualquier palabra que le haya faltado antes de que intente de nuevo memorizarlas todas. Tendrá tres intentos para recordar las palabras». (1) Lectura e identificación: se coloca la primera lámina con las primeras 4 palabras ante el sujeto y se le solicita la lectura en voz alta. Luego, se le da el nombre de cada categoría y este debe decir cuál es la palabra que pertenece a dicha categoría. Este procedimiento se repetirá con las 3 láminas restantes. En el caso de que el sujeto no sea capaz de identificar todos los elementos, se interrumpe la administración. (2) Interferencia: tras la identificación, se utiliza una tarea de sustracción seriada durante 20 segundos (p. ej., 100 de 3

Cómo citar este artículo: Grau-Guinea L, et al. Desarrollo, estudio de equivalencia y datos normativos de la versión española B del *Free and Cued Selective Reminding Test*. *Neurología*. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.02.002>

14. Trail Making Test (TMT) A y B:

Trail Making Test Partes A y B

Mano utilizada
(marque una):

Dominante No Dominante

Trail Making Test Parte A- Tiempo de ejecución: _____ segundos

Trail Making Test Parte B- Tiempo de ejecución: _____ segundos

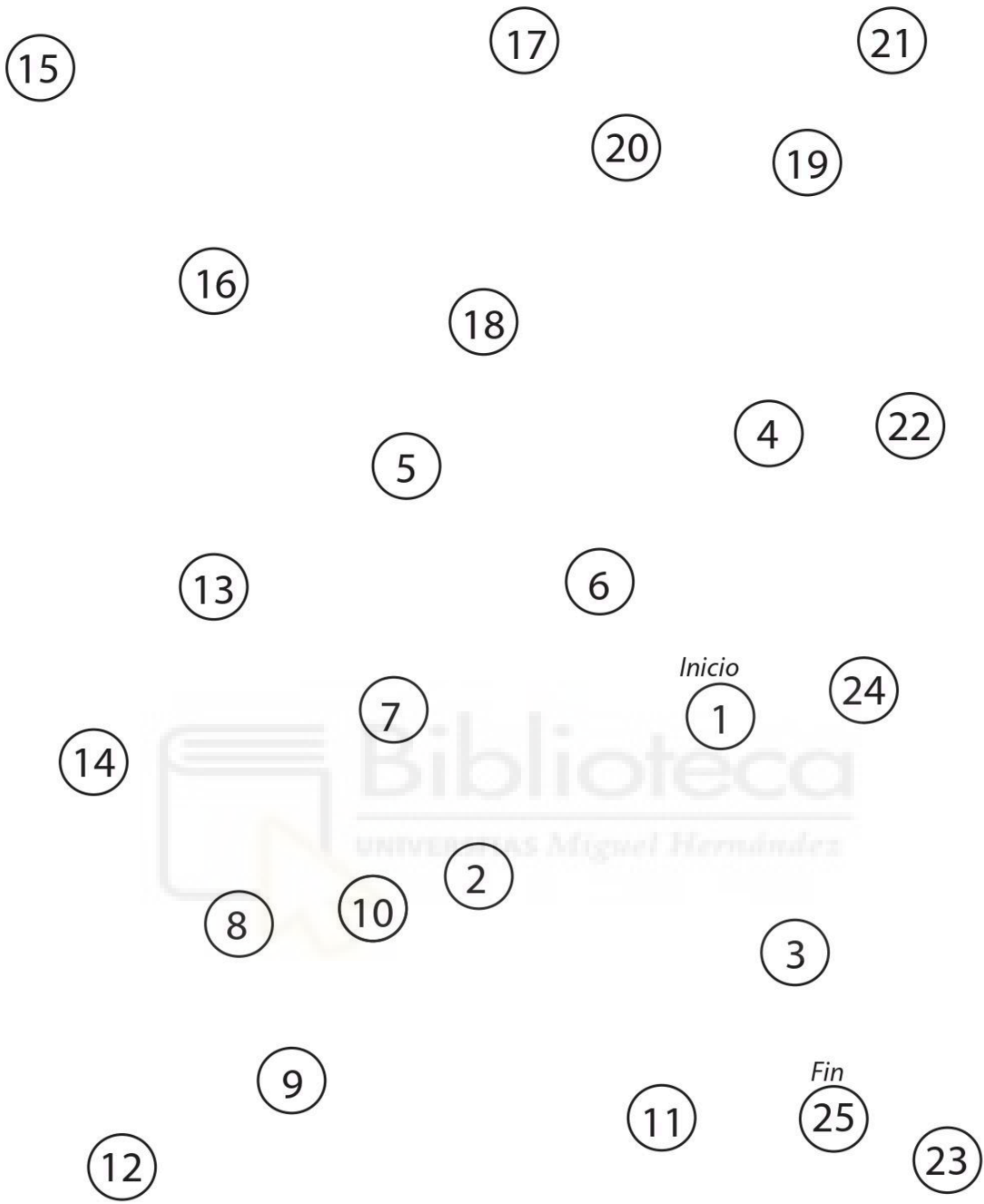


Trail Making Test

Parte A

PRÁCTICA

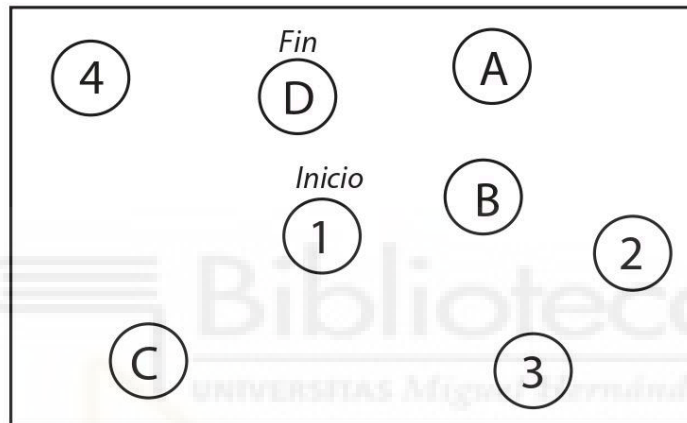


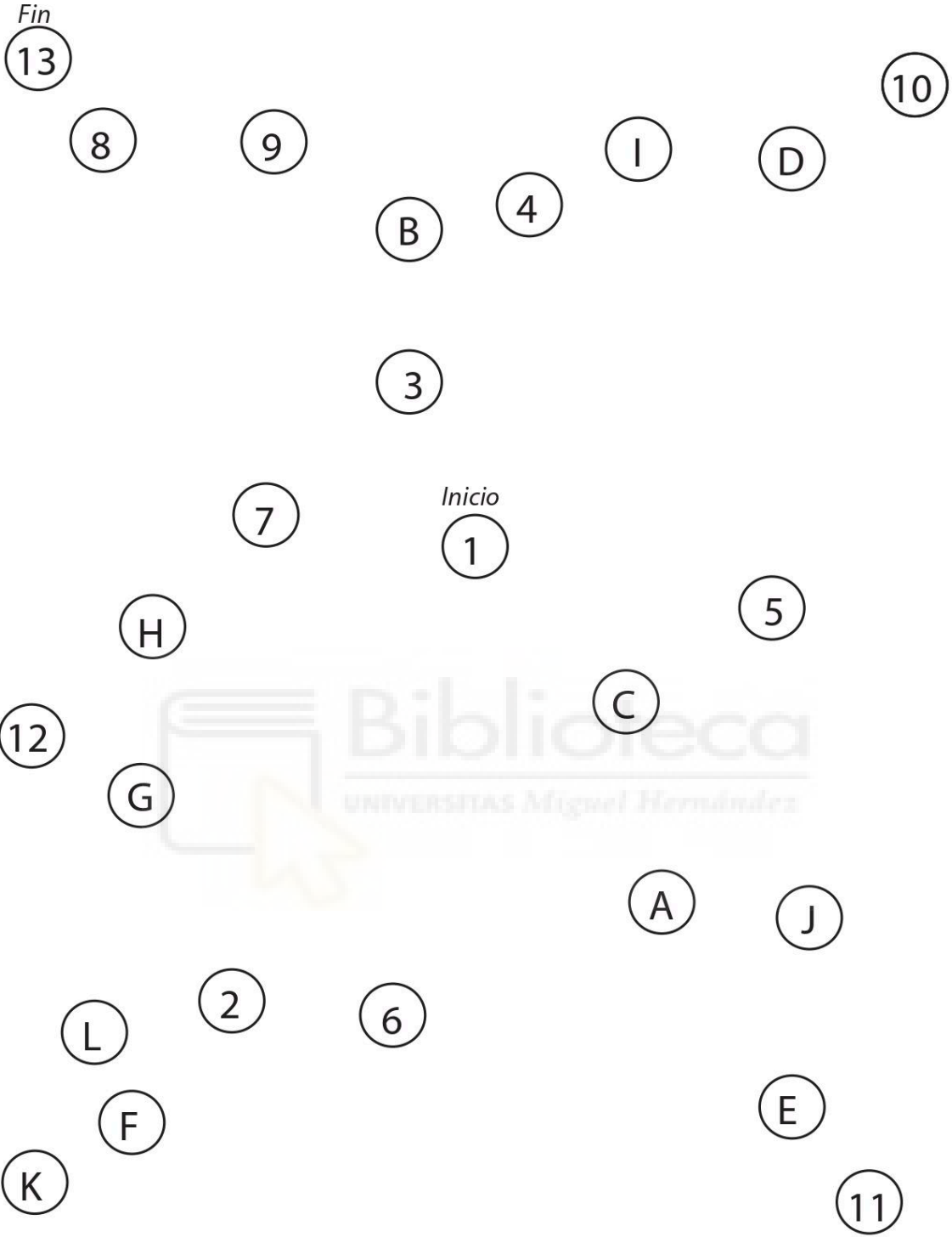


Trail Making Test

Parte B

PRÁCTICA





Trail Making Test (TMT)

<i>Trail Making Test Parte A</i>	
<i>Tiempo (segundos)</i>	
<i>Número de errores</i>	

<i>Trail Making Test Parte B</i>	
<i>Tiempo (segundos)</i>	
<i>Número de errores</i>	



15. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG):

Escala E.A.D.G.

(Marcar con X el número correspondiente a las preguntas contestadas afirmativamente, en opinión del entrevistador)

Codificar 1. –NO 2. –SI

(Atención: este es un ejemplo ya completado)

SUBESCALA DE ANSIEDAD

	SÍ	NO
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Subtotal

(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

	SÍ	NO
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha estado Vd. preocupado por su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL ANSIEDAD

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

	SÍ	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha perdido Vd. su interés por las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Subtotal

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

	SÍ	NO
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL DEPRESIÓN

INTERPRETACIÓN. Contar las respuestas afirmativas de la Escala A y las de la Escala D: se valorarán exclusivamente los puntajes 4+ en la Escala A y/o 2+ en la Escala D

16. Escala de Mindfulness de Filadelfia (PHLMS):

Tabla 2 Análisis factorial exploratorio: varianza explicada y matriz de configuración

Factores	PHLMS Ítems 1-20		PHLMS Eliminando ítem 15	
	Autovalor	% de la varianza	Autovalor	% de la varianza
1	4,90	24,49	4,76	25,08
2	3,60	18,00	3,60	18,94

Ítems	Matriz de configuración			
	Factor 1 Aceptación	Factor 2 Conciencia	Factor 1 Aceptación	Factor 2 Conciencia
1. Soy consciente de qué pensamientos están pasando por mi mente	-0,026	0,572	-0,032	0,574
2. Intento distraerme cuando siento emociones desagradables	0,434	0,218	0,446	0,228
3. Al hablar con otras personas, soy consciente de sus expresiones faciales y corporales	-0,105	0,555	-0,110	0,556
4. Hay aspectos sobre mí mismo en los que no quiero pensar	0,608	-0,274	0,596	-0,273
5. Cuando me ducho, soy consciente de cómo el agua recorre mi cuerpo	0,160	0,451	0,150	0,450
6. Intento mantenerme ocupado para evitar que pensamientos y sentimientos me vengán a la cabeza	0,721	-0,028	0,726	-0,021
7. Cuando estoy sobresaltado, me doy cuenta de lo que está pasando dentro de mi cuerpo	0,069	0,518	0,054	0,515
8. Ojalá pudiera controlar mis emociones más fácilmente	0,528	-0,117	0,517	-0,117
9. Cuando salgo a pasear, soy consciente de los olores o del contacto del aire en mi cara	0,093	0,495	0,089	0,498
10. Me digo a mí mismo que no debería tener determinados pensamientos	0,709	-0,090	0,703	-0,086
11. Cuando alguien me pregunta cómo me siento, puedo identificar mis emociones con facilidad	-0,195	0,604	-0,196	0,607
12. Hay cosas en las que intento no pensar	0,798	-0,161	0,799	-0,155
13. Soy consciente de los pensamientos que tengo cuando mi ánimo cambia	0,124	0,625	0,110	0,623
14. Me digo a mí mismo que no debería sentirme triste	0,564	0,055	0,561	0,059
15. Noto cambios dentro de mi cuerpo, como mi corazón latiendo más rápido o mis músculos tensándose	0,314	0,132	----	----
16. Si hay algo en lo que no quiero pensar, intentaré muchas cosas para quitármelo de la cabeza	0,638	0,223	0,639	0,230
17. Cuando mis emociones cambian, soy consciente de ello inmediatamente	-0,053	0,648	-0,066	0,645
18. Trato de sacar mis problemas fuera de mi mente	0,487	0,140	0,493	0,147
19. Mientras hablo con la gente, soy consciente de las emociones que estoy experimentando	0,064	0,626	0,053	0,625
20. Cuando tengo un mal recuerdo, intento distraerme para que se vaya	0,630	0,159	0,638	0,168

Todos los resultados que figuran a continuación se refieren a la versión española de la PHLMS que no incluye el ítem 15 de la versión original.

$\alpha = 0,86$ para la subescala de aceptación y de $0,81$ para la subescala de conciencia.

Consistencia interna

La versión española de la PHLMS presentó una α de Cronbach total de $0,82$. Con relación a sus subescalas, se observó una

Estabilidad temporal

Se estudió la fiabilidad test-retest de la PHLMS en una submuestra de 32 participantes del grupo de estudiantes y 21 pacientes con TLP. Con este fin se compararon las

17. La Prueba de Rendimiento Físico Breve (SPPB):

Batería corta de desempeño físico (SPPB)

Objetivo:

Identificar el desempeño físico de la persona mayor.

Descripción:

La batería corta de desempeño físico conocida por sus siglas en inglés SPPB (Short Physical Performance Battery), es un instrumento que evalúa tres aspectos de la movilidad: equilibrio, velocidad de marcha y fuerza de miembros o extremidades inferiores para levantarse de una silla. Apoya a la probable detección de desenlaces adversos tales como mortalidad e institucionalización, así como su asociación con discapacidad.

Requerimientos:

- Espacio privado, ventilado, iluminado y libre de distracciones, acondicionado con mobiliario cómodo para la realización de actividades incluyendo el espacio de 4 metros.
- Bolígrafo
- Formato impreso y protocolo de aplicación.
- Cronómetro o teléfono inteligente.
- Flexómetro para medir distancia de 4 metros.
- Silla sin descansar brazo y respaldo recto.
- Cinta para delimitar área en piso.

Instrucciones:

1. Explique a la persona mayor el propósito de aplicación de la batería corta de desempeño físico.
2. Prepare el espacio, a fin de desarrollar la evaluación. (mida y marque con cinta el espacio de 4 metros).
3. Utilice el protocolo de aplicación anexo.
4. Registre en el formato correspondiente.
5. Sume el puntaje obtenido por cada una de los apartados.
6. Determine la interpretación según el resultado.

Tiempo de aplicación: 15 minutos.

Calificación:

- Apartado 1. Prueba de balance:** realice la sumatoria del apartado a+b+c y registre el resultado ____/4puntos máximo.
- Apartado 2. Velocidad de la marcha (recorrido 4 metros):** del tiempo requerido para recorrer la distancia registrado en segundos determine el puntaje y registre resultado ____/4puntos máximo.
- Apartado 3. Prueba de levantarse cinco veces de la silla:** del tiempo requerido para levantarse 5 veces de la silla registrado en segundos determine el puntaje y registre resultado ____/4puntos máximo.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

- Sume el puntaje obtenido de la evaluación de los apartados 1+2+3 y registre ____/12 puntos máximo.
- Si la persona mayor tiene un puntaje menor a 8 puntos (< 8 puntos) se identifica un desempeño físico bajo.

Referencias:

- Izquierdo, M., Casas-Herrero, A., Zambom-Ferraresi, F., Martínez-Velilla, N., & Alonso-Bouzon, C. Guía práctica para la prescripción de un programa de entrenamiento físico multicomponente para la prevención de la fragilidad y caídas en mayores de 70 años [Internet]. Vivifrail. España: Vivifrail; 2017 [cited 2018 May 31].
- (Modificado de de Guralnik, J. M., Simonsick, E. M., Ferrucci, L., Glynn, R. J., Berkman, L. F., Blazer, D. G., ... Wallace, R. B. (1994). A Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Function: Association With Self-Reported Disability and Prediction of Mortality and Nursing Home Admission. *Journal of Gerontology*, 49(2), M85–M94. <https://doi.org/10.1093/geronj/49.2.M85>






Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátría.



Batería corta de desempeño físico (SPPB)



1. Prueba de balance

	A. Pararse con los pies uno al lado del otro ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba de balance.	Sí <input type="checkbox"/> (1 punto) No <input type="checkbox"/> (0 punto) Se rehúsa <input type="checkbox"/>
	B. Pararse en posición semi-tándem ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba de balance.	Sí <input type="checkbox"/> (1 punto) No <input type="checkbox"/> (0 puntos) Se rehúsa <input type="checkbox"/>
	C. Pararse en posición tándem ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Tiempo en seg _____ (máx. 15)	Sí <input type="checkbox"/> (2 punto) Sí <input type="checkbox"/> (1 punto) No <input type="checkbox"/> (0 punto) Se rehúsa <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 0= <3.0 seg o no lo intenta. <input type="checkbox"/> 1= 3.0 a 9.99 seg. <input type="checkbox"/> 2= 10 a 15 seg.		SUBTOTAL Puntos: /4

2. Velocidad de marcha (recorrido de 4 metros)

A. Primera medición Tiempo requerido para recorrer la distancia Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba.	Seg: <input type="checkbox"/> Se rehúsa <input type="checkbox"/>
B. Segunda medición Tiempo requerido para recorrer la distancia Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba.	Seg: <input type="checkbox"/> Se rehúsa <input type="checkbox"/>
Calificación de la medición menor. <input type="checkbox"/> 1= >8.70 seg. <input type="checkbox"/> 2= 6.21 a 8.70 seg. <input type="checkbox"/> 3= 4.82 a 6.20 seg. <input type="checkbox"/> 4= <4.82 seg.	
SUBTOTAL Puntos: /4	

3. Prueba de levantarse cinco veces de una silla

	A. Prueba previa (no se califica, sólo para decidir si pasa a B) ¿El paciente se levanta sin apoyarse en los brazos? Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se rehúsa <input type="checkbox"/>
	B. Prueba repetida de levantarse de una silla Tiempo requerido para levantarse cinco veces de una silla	Seg: <input type="checkbox"/> Se rehúsa <input type="checkbox"/>
Calificación de la actividad. 0= Incapaz de realizar cinco repeticiones o tarda > 60 seg 1= 16.7 a 60 seg. 2= 13.7 a 16.69 seg. 3= 11.2 a 13.69 seg 4= < o igual 11.19 seg		
SUBTOTAL Puntos: /4		

TOTAL BATERÍA CORTA DE DESEMPEÑO FÍSICO (1+2+3)/12

Puntos: /12

* Izquierdo, M., Casas-Herrero, A., Zambom-Ferraresi, F., Martínez-Velilla, N., & Alonso-Bouzon, C. Guía práctica para la prescripción de un programa de entrenamiento físico multicomponente para la prevención de la fragilidad y caídas en mayores de 70 años [Internet]. Vivifrail. España: Vivifrail; 2017 [cited 2018 May 31].

• (Modificado de de Gurahnik, J. M., Simonsick, E. M., Ferrucci, L., Glynn, R. J., Berkman, L. F., Blazer, D. G., ... Wallace, R. B. (1994). A Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Function: Association With Self-Reported Disability and Prediction of Mortality and Nursing Home Admission. *Journal of Gerontology*, 49(2), M85-M94. <https://doi.org/10.1093/geronj/49.2.M85>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátria.



18. Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD):

WHOQOL-AGE

Nos gustaría que pensara en su vida en las dos últimas semanas. Pensando en las dos últimas semanas...

		MUY MALA	MALA	NI BUENA NI MALA	BUENA	MUY BUENA
Q1	¿Cómo calificaría usted su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		MUY INSATISFECHO	INSATISFECHO	NI INSATISFECHO NI SATISFECHO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO
Q2	¿Cómo de satisfecho está con su audición, visión y demás sentidos?	1	2	3	4	5
Q3	¿Cómo de satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
Q4	¿Cómo de satisfecho está consigo mismo?	1	2	3	4	5
Q5	¿Cómo de satisfecho está con su capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria (cotidianas)?	1	2	3	4	5
Q6	¿Cómo de satisfecho está usted con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
Q7	¿Cómo de satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive (su casa)?	1	2	3	4	5
Q8	¿Cómo de satisfecho está con el modo en que utiliza su tiempo?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son sobre cómo de completamente usted experimenta o ha sido capaz de hacer determinadas cosas en las últimas dos semanas.

		NINGUNA	UN POCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
Q9	¿Tiene usted suficiente energía para su vida diaria?	1	2	3	4	5
Q10	¿Cuánto control tiene sobre las cosas que le gusta hacer?	1	2	3	4	5
Q11	¿Hasta qué punto está usted satisfecho con sus oportunidades para continuar alcanzando sus objetivos (logrando sus metas) en la vida?	1	2	3	4	5
Q12	¿Tiene usted suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5

		NADA	UN POCO	MODERADAMENTE	MUCHO	COMPLETAMENTE
Q13	¿Cómo de satisfecho está con sus relaciones íntimas en su vida?	1	2	3	4	5



19. Cuestionario de Evaluación de Habilidades Sociales de Goldstein:

LISTA DE CHEQUEO DE HABILIDADES SOCIALES

Nombre:.....Edad:.....

Año de estudio:.....Centro Educativo:.....

INSTRUCCIONES

Las proposiciones de la presente lista se refieren a experiencias de la vida diaria, de tal modo que describan como Ud. se comporta, siente, piensa y actúa. No es un test clásico, dado que no hay respuestas correctas ni incorrectas, todas las respuestas son validas.

Encierra en un circulo la respuesta que más crea conveniente:

Marque 1 si su respuesta es NUNCA.

Marque 2 si su respuesta es MUY POCAS VECES.

Marque 3 si su respuesta es ALGUNA VEZ.

Marque 4 si su respuesta es A MENUDO.

Marque 5 si su respuesta es SIEMPRE.

Responda rápidamente y recuerde de contestar todas las preguntas.

Items	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
1. ¿Presta atención a la persona que le está hablando y hace un esfuerzo para comprender lo que le están diciendo?	1	2	3	4	5
2. ¿Habla con los demás de temas poco importantes para pasar luego a los más importantes?	1	2	3	4	5
3. ¿Habla con otras personas sobre cosas que le interesan a los demás?	1	2	3	4	5
4. ¿Determina la información que necesita y se la pide a la persona adecuada?	1	2	3	4	5
5. ¿Permite que los demás sepan que agradece los favores, etc.?	1	2	3	4	5
6. ¿Se da a conocer a los demás por propia iniciativa?	1	2	3	4	5
7. ¿Ayuda a que los demás se conozcan entre sí?	1	2	3	4	5
8. ¿Le gusta algún aspecto de la otra persona o alguna de las actividades que realiza?	1	2	3	4	5
9. ¿Pide ayuda cuando tiene alguna dificultad?	1	2	3	4	5
10. ¿Elige la mejor forma para integrarse en un grupo o para participar en una determinada actividad?	1	2	3	4	5
11. ¿Explica con claridad a los demás como hacer una tarea específica?	1	2	3	4	5

12. ¿Presta atención a las instrucciones, pide explicaciones, lleva adelante las instrucciones correctamente?	1	2	3	4	5
13. ¿Pide disculpas a los demás por haber hecho algo mal?	1	2	3	4	5
14. ¿Intenta persuadir a los demás de que sus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de la otra persona?	1	2	3	4	5
15. ¿Intenta reconocer las emociones que experimenta?	1	2	3	4	5
16. ¿Permite que los demás conozcan lo que siente?	1	2	3	4	5
17. ¿Intenta comprender lo que sienten los demás?	1	2	3	4	5
18. ¿Intenta comprender el enfado de la otra persona?	1	2	3	4	5
19. ¿Permite que los demás sepan que se interesa o se preocupa por ellos?	1	2	3	4	5
20. ¿Piensa por qué está asustado y hace algo para disminuir su miedo?	1	2	3	4	5
21. ¿Se dice a si mismo o hace cosas agradables cuando se merece una recompensa?	1	2	3	4	5
22. ¿Reconoce cuando es necesario pedir permiso para hacer algo y luego lo pide a la persona indicada?	1	2	3	4	5
23. ¿Se ofrece para compartir algo que es apreciado por los demás?	1	2	3	4	5
24. ¿Ayuda a quien lo necesita?	1	2	3	4	5
25. ¿Llega a establecer un sistema que le satisfaga tanto como a quienes sostienen posturas diferentes?	1	2	3	4	5
26. ¿Controla su carácter de modo que no se le "escapan las cosas de la mano"?	1	2	3	4	5
27. ¿Defiende sus derechos dando a conocer a los demás cual es su postura?	1	2	3	4	5
28. ¿Se las arregla sin perder el control cuando los demás le hacen bromas?	1	2	3	4	5
29. ¿Se mantiene al margen de situaciones que le puedan ocasionar problemas?	1	2	3	4	5
30. ¿Encuentra otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearse?	1	2	3	4	5
31. ¿Les dice a los demás cuando han sido ellos los responsables de originar un determinado problema e intenta encontrar solución?	1	2	3	4	5
32. ¿Intenta llegar a una solución justa ante la queja justificada de alguien?	1	2	3	4	5
33. ¿Expresa un cumplido sincero a los demás por la forma en que han jugado?	1	2	3	4	5
34. ¿Hace algo que le ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibido?	1	2	3	4	5
35. ¿Determina si lo han dejado de lado en alguna actividad y, luego, hace algo para sentirse mejor en esa situación?	1	2	3	4	5
36. ¿Manifiesta a los demás que han tratado injustamente a un amigo?	1	2	3	4	5

37. ¿Considera con cuidado la posición de la otra persona, comparándola con la propia, antes de decidir lo que hará?	1	2	3	4	5
38. ¿Comprende la razón por la cual ha fracasado en una determinada situación y que puede hacer para tener más éxito en el futuro?	1	2	3	4	5
39. ¿Reconoce y resuelve la confusión que se produce cuando los demás le explican una cosa pero dicen o hacen otras que se contradicen?	1	2	3	4	5
40. ¿Comprende lo que significa una acusación y por qué se la han hecho y, luego piensa en la mejor forma de relacionarse con la persona que le ha hecho la acusación?	1	2	3	4	5
41. ¿Planifica la mejor forma para exponer su punto de vista antes de una conversación problemática?	1	2	3	4	5
42. ¿Decide lo que quiere hacer cuando los demás quieren que haga otra cosa distinta?	1	2	3	4	5
43. ¿Resuelve la sensación de aburrimiento iniciando una nueva actividad interesante?	1	2	3	4	5
44. ¿Reconoce si la causa de algún acontecimiento es consecuencia de alguna situación bajo su control?	1	2	3	4	5
45. ¿Toma decisiones realistas sobre lo que es capaz de realizar antes de comenzar una tarea?	1	2	3	4	5
46. ¿Es realista cuando debe dilucidar como puede desenvolverse en una determinada tarea?	1	2	3	4	5
47. ¿Resuelve que necesita saber y como conseguir la información?	1	2	3	4	5
48. ¿Determina de forma realista cual de los numerosos problemas es el más importante y el que debería solucionar primero?	1	2	3	4	5
49. ¿Considera las posibilidades y elige la que le hará sentirse mejor?	1	2	3	4	5
50. ¿Se organiza y se prepara para facilitar la ejecución de su trabajo?	1	2	3	4	5

20. Escala de Soledad de UCLA (versión 3):

Tabla 1 Perfil social de las personas > 65 años que viven solas

Variante	Descripción de datos	Medidas de dispersión: estimación de parámetros
<i>Viven solos</i>	23,3%	IC 95% = 19,3 a 25,3
<i>Mujeres</i>	82,7%	IC 95% = 79,9 a 85,4
<i>Porcentaje de mujeres > 65 años que viven solas</i>	28,4%	IC 95% = 18,6 a 38,2
<i>Porcentaje de hombres > 65 años que viven solas</i>	11,0%	IC 95% = 4,2 a 17,8
<i>Edad media</i>	70,7 años	DE = 8,2
<i>Tiempo medio viviendo solos</i>	10,5 años	Rango = 0-60 años
<i>Ancianos que tienen previsto no seguir viviendo solos^a</i>	15,7%	IC 95% = 13,0 a 18,3
<i>Viven solos por la pérdida del cónyuge</i>	61,7%	IC 95% = 58,2 a 65,2
<i>Accesibilidad familiar</i>		
Familiares cercanos	70,6%	IC 95% = 66,6 a 73,9
Pérdida del vínculo familiar o familiares inaccesibles	17,3%	IC 95% = 14,5 a 20,2
<i>Relación con el vecindario</i>		
Conservan la relación	35,3%	IC 95% = 31,8 a 38,8
Carecen de relaciones vecinales	14,0%	IC 95% = 11,5 a 16,5
<i>Ayuda domiciliaria</i>		
No tienen o es de < 4 h a la semana	72,3%	IC 95% = 69,0 a 75,6
Cuidador asalariado > 8 h al día ^b	27,1%	IC 95% = 23,9 a 30,3
<i>Vivienda adecuada</i>	70,7%	IC 95% = 67,4 a 74,0
<i>Puntuación media del cuestionario de Duke</i>	42,6 puntos	Rango: 11-55
<i>Disfunción familiar (cuestionario de Apgar)</i>	2,1%	IC 95% = 1,0 a 3,1

^a Tienen previsto gestionar una residencia o vivir con sus familiares.

^b Para conseguir una autonomía asistida.

Tabla 2 Validez de constructo. Estadísticos descriptivos de los ítems (n = 106)

	Mínimo	Máximo	Media	DE	Asimetría	Curtosis
Con qué frecuencia se siente infeliz haciendo tantas cosas solo	1	4	2,52	1,01	-0,024	-1,054
Con qué frecuencia siente que no tiene a nadie con quien hablar	1	4	2,65	0,90	-0,148	-0,722
Con qué frecuencia siente que no puede tolerar sentirse solo	1	4	2,62	0,97	-0,137	-0,931
Con qué frecuencia siente que nadie le entiende	1	4	2,89	0,85	-0,285	-0,633
Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo esperando que alguien llame o le escriba	1	4	2,59	1,00	-0,036	-1,059
Con qué frecuencia se siente completamente solo	1	4	2,73	0,96	-0,244	-0,874
Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean y comunicarse con ellos	1	4	2,87	0,84	-0,247	-0,607
Con qué frecuencia se siente hambriento de compañía	1	4	2,63	0,92	0,047	-0,872
Con qué frecuencia siente que es difícil hacer para usted hacer amigos	1	4	2,73	0,97	-0,219	-0,932
Con qué frecuencia se siente silenciado y excluido por los demás	1	4	3,04	0,92	-0,615	-0,562

21. Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI):

**ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH
(PSQI)**

APELLIDOS Y NOMBRE: _____ N.º HªC: _____
SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____ EDAD: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES:

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo ha dormido Vd. **normalmente durante el último mes**. Intente ajustarse en sus respuestas de la manera más exacta posible a lo ocurrido durante la **mayor parte** de los días y noches del **último mes**. ¡Muy Importante! CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS

1. Durante el **último mes**, ¿Cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?

APUNTE SU HORA HABITUAL DE ACOSTARSE: _____

2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, **normalmente**, las noches del **último mes**?

APUNTE EL TIEMPO EN MINUTOS: _____

3. Durante el **último mes**, ¿a qué hora se ha levantado **habitualmente** por la mañana?

APUNTE SU HORA HABITUAL DE LEVANTARSE: _____

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido **verdaderamente** cada noche durante el **último mes**? (El tiempo puede ser diferente al que Vd. permanezca en la cama).

APUNTE LAS HORAS QUE CREA HABER DORMIDO: _____

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Intente contestar a **TODAS** las preguntas.

5. Durante el **último mes**, cuántas veces ha tenido Vd. problemas para dormir a causa de:

a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

c) Tener que levantarse para ir al servicio:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

d) No poder respirar bien:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

e) Toser o roncar ruidosamente:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

f) Sentir frío:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

g) Sentir demasiado calor:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

h) Tener pesadillas o «malos sueños»:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

<p>i) Sufrir dolores:</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p> <p>j) Otras razones (por favor, descríbalas a continuación):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p> <p>6. Durante el último mes, ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su sueño?</p> <p>Bastante buena _____</p> <p>Buena _____</p> <p>Mala _____</p> <p>Bastante mala _____</p> <p>7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p> <p>8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía, o desarrollaba alguna otra actividad?</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p> <p>9. Durante el último mes, ¿ha representado para Vd. mucho problema el «tener ánimos» para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?</p> <p>Ningún problema _____</p> <p>Sólo un leve problema _____</p> <p>Un problema _____</p> <p>Un grave problema _____</p>	<p>10. ¿Duerme Vd. solo o acompañado?</p> <p>Solo _____</p> <p>Con alguien en otra habitación _____</p> <p>En la misma habitación, pero en otra cama _____</p> <p>En la misma cama _____</p> <p>POR FAVOR, SÓLO CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN EL CASO DE QUE DUERMA ACOMPAÑADO.</p> <p>Si Vd. tiene pareja o compañero de habitación, pregúntele si durante el último mes Vd. ha tenido:</p> <p>a) Ronquidos ruidosos.</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p> <p>b) Grandes pausas entre respiraciones mientras duerme.</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p> <p>c) Sacudidas o espasmos de piernas mientras duerme.</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p> <p>d) Episodios de desorientación o confusión mientras duerme.</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p> <p>e) Otros inconvenientes mientras Vd. duerme (Por favor, descríbalos a continuación):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO DE PITTSBURGH

El Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) consta de 19 preguntas autoaplicada y de 5 preguntas evaluadas por la pareja del paciente o por su compañero/a de habitación (si éste está disponible). Sólo las preguntas auto-aplicadas están incluidas en el puntaje. Los 19 Items auto-evaluados se combinan entre sí para formar siete «componentes» de puntuación, cada uno de los cuales tiene un rango entre 0 y 3 puntos. En cualquier caso, una puntuación de 0 puntos indica que no existe dificultad, mientras que un puntuación de 3 indica una severa dificultad. Los siete componentes entonces se suman para rendir una puntuación global, que tiene un rango de 0 a 21 puntos, indicando una puntuación de 0 puntos la no existencia de dificultades, y una de 21 indicando severas dificultades en todas las áreas estudiadas.

Para corregir, proceda de la siguiente manera:

Componente 1: Calidad subjetiva del sueño

Examine la pregunta n.º 6, y asigne la puntuación correspondiente:

Respuesta	Puntuación del componente 1
«Muy buena»	0
«Bastante buena»	1
«Bastante mala»	2
«Muy mala»	3

Puntuación del componente 1: _____

Componente 2: Latencia de sueño

1.º Examine la pregunta n.º 2, y asigne la puntuación correspondiente:

Respuesta	Puntuación
< 6 = a 15'	0
16-30 minutos	1
31-60 minutos	2
> 60 minutos	3

Puntuación de la pregunta n.º 2: _____

2.º Examine la pregunta n.º 5a, y asigne la puntuación correspondiente:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación de la pregunta n.º 5a: _____

3.º Sume las puntuaciones de las preguntas n.º 2 y n.º 5a

Suma de las puntuaciones de las preguntas n.º 2 y n.º 5a: _____

4.º Asigne la puntuación del componente 2 como sigue:

Suma de n.º 2 y n.º 5a	Puntuación
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación del componente 2: _____

Componente 3: Duración del sueño

Examine la pregunta n.º 4, y asigne las puntuaciones correspondientes:

Respuesta	Puntuación del componente 3
> 7 horas	0
6-7 horas	1
5-6 horas	2
< 5 horas	3

Puntuación del componente 3: _____

Componente 4: eficiencia de sueño habitual

1.º Escriba aquí la cantidad de horas dormidas:

2.º Calcule el número de horas permanecidas en la cama:

Hora de levantarse (pregunta n.º 3) _____

Hora de acostarse (pregunta n.º 1) _____

Número de horas permanecidas en la cama: _____

3.º Calcule la eficiencia habitual de sueño como sigue:

(Número de horas dormidas/número de horas permanecidas en la cama) x 100 = Eficiencia habitual de sueño (%)

(_____/_____) x 100 = _____%

4.º Asigne la puntuación del componente 4 como sigue:

Eficiencia habitual de sueño%	Puntuación
> 85%	0
75-84%	1
65-74%	2
< 65%	3

Puntuación del componente 4: _____

Componente 5: Perturbaciones del sueño

1.º Examine las preguntas del n.º 5b al 5j, y asigne puntuaciones para cada pregunta según sigue:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación n.º 5b: _____
n.º 5c: _____
n.º 5d: _____
n.º 5e: _____
n.º 5f: _____
n.º 5g: _____
n.º 5h: _____
n.º 5i: _____
n.º 5j: _____

2.º Sume las puntuaciones de las preguntas 5b a 5j:
Suma de 5b a 5j: _____

3.º Asigne la puntuación del componente 5 como sigue:

Suma de 5b a 5j	Puntuación del componente 5
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Puntuación del componente 5: _____

Puntuación Global del PSQI
Sume las puntuaciones de los 7 componentes:

Puntuación total del PSQI: _____

Componente 6: Uso de medicación hipnótica

Examine la pregunta n.º 7 y asigne la puntuación que corresponda:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación del componente 6: _____

Componente 7: Disfunción diurna

1.º Examine la pregunta n.º 8, y asigne las puntuaciones como sigue:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación de la pregunta n.º 8: _____

2.º Examine la pregunta n.º 9, y asigne las puntuaciones como sigue:

Respuesta	Puntuación
Ningún problema	0
Sólo un leve problema	1
Un problema	2
Un grave problema	3

3.º Sume las puntuaciones de las preguntas n.º 8 y n.º 9:
Suma de n.º 8 y n.º 9: _____

4.º Asigne las puntuaciones del componente 7 como sigue:

Suma de n.º 8 y n.º 9	Puntuaciones
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación del componente 7: _____

22. Escala de Lawton y Brody para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD):

ESCALA DE LAWTON Y BRODY (ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA) ¹				
FICHA N° 3b				
Nombre del Usuario:			Zona:	Distrito:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad	Años:	Meses:	Fecha de aplicación:	Aplicado por:
<p>A continuación encontrará 8 ítems correspondientes a actividades instrumentales de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.</p>				
1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:				
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia				1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares				1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar				1
- No utiliza el teléfono				0
2. HACER COMPRAS:				
- Realiza todas las compras necesarias independientemente				1
- Realiza independientemente pequeñas compras				0
- Necesita ir acompañado para cualquier compra				0
- Totalmente incapaz de comprar				0
3. PREPARACIÓN DE LA COMIDA				
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente				1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes				0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada				0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas				0
4. CUIDADO DE LA CASA				
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)				1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas				1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza				1
- Necesita ayuda en todas las labores de casa				1
- No participa en ninguna labor de la casa				0
5. LAVADO DE LA ROPA				
- Lava por sí solo toda la ropa				1
- Lava por sí solo pequeñas prendas				1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro				0

¹ Tomado de: Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011; 72 (1):11-16 Recibido: 15/10/2011; Aceptado:03/01/2011.

6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros	0
- No viaja	0
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada	1
- Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
8. CAPACIDAD PARA UTILIZAR DINERO	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda con las grandes compras y en los bancos	1
- Incapaz de manejar dinero	0
TOTAL:	

Puntuación total: 8 puntos.

En mujeres (8 funciones):	En hombres (5 funciones):
Dependencia total 0-1 Dependencia grave 2-3 Dependencia moderada 4-5 Dependencia ligera 6-7 Autónoma 8.	Dependencia total 0 Dependencia grave 1 Dependencia moderada 2-3 Dependencia ligera 4 Autónomo 5.

*La diferencia de puntaje se da porque en las tareas domésticas es donde más se nota la tradición, las mujeres que son ahora adultas mayores, han tenido mayor responsabilidad a la hora de cocinar, lavar la ropa y arreglar la casa o hacer el aseo de la misma. Es por ello que, en las respuestas más independientes de cada uno de estos ítems, son las mujeres las que poseen mayor porcentaje y tiene un mayor nivel de organización para su realización. En cambio, algunos hombres necesitarían ayuda de otra persona o supervisión, para realizar estas actividades y esto no está relacionado con su nivel de dependencia o independencia sino más bien con su tradición cultural. ²

Las 5 funciones valoradas en hombres son:

1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:
2. HACER COMPRAS:
6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:
8. CAPACIDAD PARA UTILIZAR DINERO

FIRMA DEL EVALUADOR

² Tomado de: Acosta G. María C. (2013). Capacidad funcional en las personas mayores según el género. (Trabajo de fin de grado). Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/4794/4/tfg-h8.pdf>