



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Gerontología y Atención Centrada en
la Persona y las Relaciones

**Promoviendo el envejecimiento activo:
Una propuesta de intervención con psico
estimulación a través de recursos
domiciliarios**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Ana Belén Siguenza Tenesaca
Tipo de trabajo:	Propuesta de intervención
Director/a:	Dr. Xavier Lorente Guerrero
Fecha:	05/03/2025

Resumen

El presente Trabajo de Fin de Máster tiene como objetivo impulsar un programa de intervención basado en la psicoestimulación en el entorno domiciliario, siguiendo el enfoque de la Atención Centrada en la Persona y sus Relaciones (ACPR). Para ello, se plantearon tres objetivos específicos: aumentar en un 40% la autonomía en las actividades de la vida diaria, reducir en un 20% los niveles de ansiedad y estrés en el entorno domiciliario, y fortalecer en un 50% las redes de apoyo para garantizar el cuidado y bienestar del adulto mayor. La metodología empleada se basó en el Modelo de Tyler, estableciendo una evaluación pre y post intervención para medir el impacto del programa. Los resultados resaltan la importancia de la psicoestimulación estructurada en el domicilio, evidenciando su contribución a la autonomía, el bienestar emocional y la integración social de los adultos mayores que viven solos.

Palabras clave: Envejecimiento, bienestar, calidad de vida, domicilio, bienestar social.

Abstract

The objective of this Master's Thesis is to promote an intervention program based on psychostimulation in the home environment, following the approach of Care Centered on the Person and Their Relationships (ACPR). To this end, three specific objectives were set: increasing autonomy in daily living activities by 40%, reducing anxiety and stress levels in the home environment by 20%, and strengthening support networks by 50% to guarantee the care and well-being of the elderly. The methodology used was based on the Tyler Model, establishing a pre- and post-intervention evaluation to measure the impact of the program. The results highlight the importance of structured psychostimulation at home, evidencing its contribution to the autonomy, emotional well-being and social integration of older adults who live alone.

Keywords: Aging, well-being, quality of life, home, social well-being.

Índice de contenidos

1.	Introducción y justificación	8
1.1.	Objetivo general	11
1.2.	Objetivos específicos	11
2.	Marco teórico.....	12
2.1.	Adulto mayor	12
2.1.1.	Adultos Mayores en soledad	13
2.1.2.	Adultos Mayores sin Deterioro Cognitivo	14
2.1.3.	Adultos Mayores en Situaciones de Riesgo.....	14
2.2.	Envejecimiento	14
2.2.1.	Envejecimiento activo	15
2.2.2.	Actividades significativas y complejas	16
2.3.	Atención centrada en la persona (ACP) y las relaciones	16
3.	Atención domiciliaria para adultos mayores sin deterioro cognitivo	18
3.1.	Atención domiciliaria.....	19
3.1.1.	Importancia de la atención domiciliaria	19
3.1.2.	Características de la atención domiciliaria para adultos mayores sin deterioro cognitivo. 20	
3.1.3.	Beneficios de la Atención Domiciliaria	20
4.	Marco legal de la atención domiciliaria	21
4.1.	Constitución de la República del Ecuador	21
4.2.	Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores	21
4.3.	Plan Nacional de Desarrollo y la Política Pública de Envejecimiento Activo.....	22
4.4.	Normativa Técnica para la Atención Integral del Adulto Mayor	22
4.5.	Implicaciones de la Atención Domiciliaria para el Envejecimiento Activo.....	23

5.	Psicoestimulación.....	23
5.1.	Psicoestimulación y calidad de vida	24
5.2.	Psicoestimulación en el Contexto Domiciliario	25
6.	Diseño de la propuesta de intervención	25
6.1.	Introducción.....	25
6.2.	Objetivos.....	25
6.2.1.	Objetivo general	25
6.2.2.	Objetivos específicos	25
6.3.	Metodología de la intervención	26
6.3.1.	Contextualización	26
6.3.2.	Contenidos y metodología del programa	27
6.4.	Desarrollo de la intervención.....	29
6.5.	Temporalización de la intervención.....	36
6.6.	Recursos de la intervención	38
6.7.	Evaluación de las actividades.....	40
7.	Evaluación del programa.....	41
8.	Conclusiones.....	43
9.	Limitaciones y prospectiva	45
9.1.	Limitaciones.....	45
9.2.	Prospectiva	46
	Referencias bibliográficas.....	49
Anexo A.	Índice de Barthel.....	56
Anexo B.	Escala de Lawton y Brody	60
Anexo C.	Escala de Ansiedad Geriátrica de Yesavage (GDS)	64
Anexo D.	Escala de Estrés Percibido (PSS)	65

Anexo E.	Cuestionario COPE abreviado.....	68
Anexo F.	Entrevista semiestructurada	69

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Contenidos del programa</i>	27
Tabla 2. <i>Fases del Plan Personalizado</i>	29
Tabla 3. <i>Temporalización del programa</i>	36
Tabla 4. <i>Evaluación de las actividades</i>	40
Tabla 5. <i>Evaluación de la propuesta de intervención del Objetivo 1</i>	42
Tabla 6. <i>Evaluación de la propuesta de intervención del Objetivo 2</i>	43
Tabla 7. <i>Evaluación de la propuesta de intervención del Objetivo 3</i>	43

1. Introducción y justificación

El envejecimiento es un proceso inevitable, lo podríamos considerar un viaje natural que trae consigo una serie de cambios físicos y psicológicos y presenta oportunidades y posibilidades de desarrollar un envejecimiento activo y saludable. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en oms define el envejecimiento activo como "el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen" (p. 17). Este enfoque no solo promueve la salud física, sino que también considera el bienestar emocional y social de los adultos mayores, especialmente aquellos que se encuentran en situaciones de riesgo, como es el caso de vivir solos. La población adulta mayor está en constante crecimiento, y se estima que para el año 2050, habrá aproximadamente 2 mil millones de personas de 60 años o más en el mundo (Naciones Unidas, 2019). Este incremento plantea importantes desafíos para los sistemas de salud y la sociedad en general, ya que muchos de estos adultos mayores experimentan condiciones que pueden limitar su calidad de vida.

El envejecimiento puede ser influenciado por diversos factores, incluidos los aspectos sociales, económicos y culturales. Los adultos mayores a menudo enfrentan la soledad y el aislamiento social, problemas que se agravan en aquellos que viven solos. En 2018, Víctor et al., mencionan que la soledad puede llevar a un deterioro en el bienestar emocional y a una mayor vulnerabilidad ante situaciones de riesgo, lo que resalta la importancia de abordar estas cuestiones en la intervención propuesta. La soledad ha sido identificada como un predictor significativo de la mortalidad y morbilidad en los adultos mayores (Cacioppo & Cacioppo, 2018). Por ello, resulta fundamental desarrollar estrategias que promuevan la conexión social y el bienestar emocional en este grupo poblacional.

La presente propuesta de intervención se centra en promover el envejecimiento activo en adultos mayores que viven solos y que no presentan deterioro cognitivo ni demencia, a través de un programa de psicoestimulación basado en recursos domiciliarios. La psicoestimulación ha demostrado ser efectiva para mejorar la calidad de vida, fomentar la socialización y mantener las capacidades cognitivas en este grupo poblacional (Martínez et al., 2020). Según la literatura, la psicoestimulación implica la aplicación de actividades que fomentan la cognición, las habilidades sociales y el bienestar emocional. Al diseñar un

programa que integre actividades significativas y adaptadas a las necesidades de cada individuo, se espera no solo mantener su autonomía y bienestar, sino también brindarles un espacio seguro y enriquecedor en el que puedan seguir desarrollándose.

El envejecimiento activo se ha convertido en una prioridad en las políticas públicas y en el ámbito de la salud. La promoción de un envejecimiento activo no solo se basa en la ausencia de enfermedades, sino en la capacidad de los individuos para participar plenamente en la vida social, económica y cultural. La inclusión de adultos mayores en actividades significativas puede tener efectos positivos en su salud física y mental, reduciendo el riesgo de depresión y ansiedad (Rowe & Kahn, 1997).

En este sentido, la intervención propuesta busca contribuir a la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores que viven solos. Vivir solo representa un desafío considerable para muchos adultos mayores, especialmente aquellos que no cuentan con una red de apoyo social sólida. La soledad puede impactar negativamente en la salud mental, llevando a un aumento en los niveles de ansiedad y depresión. Investigaciones han demostrado que los adultos mayores que viven solos tienen más probabilidades de experimentar problemas de salud mental, lo que subraya la necesidad de intervenciones dirigidas a este grupo (Cacioppo & Cacioppo, 2018; Hawkley & Cacioppo, 2010).

La intervención que se propone busca mitigar estos riesgos a través de la psicoestimulación y la creación de oportunidades para la socialización, proporcionando un soporte emocional y social fundamental. Las actividades de psicoestimulación no solo benefician a los participantes, sino que también pueden tener un impacto positivo en sus familias. Al fomentar la autonomía y la participación activa, se espera reducir la carga emocional y física que a menudo enfrentan los familiares o cuidadores de adultos mayores que viven solos.

Enfocar la intervención en adultos mayores que no presentan deterioro cognitivo ni demencia es crucial, ya que este grupo tiene la capacidad de participar activamente en su cuidado y en las actividades propuestas. Según Noble et al., (2020), plantea que "la intervención temprana y la estimulación cognitiva son claves para mantener la salud mental y prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores" (p. 35). Al centrarse en esta población, se busca fomentar un envejecimiento activo y saludable, promoviendo habilidades cognitivas y sociales que puedan sostenerse a lo largo del tiempo. El uso de enfoques

personalizados en la psicoestimulación también ha mostrado ser beneficioso, ya que permite ajustar las actividades a las preferencias y capacidades individuales, aumentando así la efectividad de la intervención (Pérez et al., 2019).

La psico estimulación se presenta como una herramienta valiosa para mejorar el bienestar de los adultos mayores. La literatura indica que este tipo de intervención puede generar beneficios significativos, incluyendo la mejora en las funciones cognitivas y la reducción de síntomas depresivos (González et al., 2017). Un enfoque domiciliario permite que estas intervenciones se realicen en un ambiente familiar y cómodo, lo que puede aumentar la efectividad y el compromiso de los participantes (Gitlin et al., 2016). La psicoestimulación en el hogar también facilita la inclusión de cuidadores y familiares en el proceso, lo que puede reforzar las conexiones sociales y mejorar la red de apoyo del adulto mayor.

Es fundamental que las intervenciones se adapten a las necesidades y preferencias individuales de cada adulto mayor. Según Pérez, Rodríguez y Martínez en 2019 mencionan que Adaptar las actividades de forma personalizada es crucial para incrementar la motivación y el interés de los participantes, fomentando en ellos un sentimiento de pertenencia y logro. Las actividades deben ser significativas y tener un nivel adecuado de complejidad para fomentar la participación activa y el desarrollo personal. Al incorporar actividades que reflejen los intereses y habilidades de los adultos mayores, se puede promover un sentido de propósito y satisfacción, lo que contribuye a una mayor calidad de vida (Kearney et al., 2021).

La implementación de este programa de psicoestimulación domiciliaria tiene como objetivo promover el envejecimiento activo y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores que viven solos, al proporcionarles un entorno enriquecedor y estimulante que fomente su bienestar. Se espera que la intervención no solo fortalezca las habilidades cognitivas, sino que también promueva la socialización y el apoyo emocional, creando un impacto positivo en la vida de los participantes y sus familias. Además, la intervención puede ser vista como una inversión en la salud a largo plazo, reduciendo potencialmente la necesidad de atención médica y cuidados especializados en el futuro.

La propuesta de intervención "Promoviendo el envejecimiento activo: Una propuesta de intervención con psicoestimulación a través de recursos domiciliarios" aborda una

necesidad urgente en la sociedad actual, al centrarse en un grupo vulnerable de adultos mayores que viven solos y que no presentan deterioro cognitivo. A través de la psicoestimulación, se busca promover un envejecimiento activo, mejorar la calidad de vida y mitigar los riesgos asociados con la soledad y el aislamiento social. La intervención es relevante no solo para los participantes, sino también para la sociedad en su conjunto, al contribuir a un envejecimiento saludable y activo.

A continuación, se expone el objetivo general y específicos para este programa:

1.1. Objetivo general

Impulsar un programa de intervención basado en la psicoestimulación en un recurso domiciliario a partir de la ACPR.

1.2. Objetivos específicos

- a) Aumentar un 40% la autonomía en las actividades de la vida diaria mediante psicoestimulación domiciliaria.
- b) Disminuir un 20 % los niveles de ansiedad y estrés, en las ABVD en el entorno domiciliario.
- c) Organizar redes de apoyo que aseguren el cuidado y responsabilidad del adulto mayor en un 50%.

2. Marco teórico

El marco teórico que se presenta a continuación establece los fundamentos conceptuales esenciales para comprender el enfoque del envejecimiento activo, centrado en la intervención a través de la psicoestimulación en recursos domiciliarios. En primer lugar, se definirá el termino adulto mayor, seguido de envejecimiento, enfatizando su relevancia en el contexto actual de la población adulta mayor y la importancia de promover un estilo de vida saludable y participativo. Se abordarán los principios del enfoque biopsicosocial, que integra aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la comprensión del envejecimiento, destacando cómo estos factores interactúan y afectan la calidad de vida de las personas mayores.

Seguido de esto, se discutirá la psicoestimulación cognitiva como una herramienta clave para el mantenimiento y la mejora de las capacidades cognitivas en adultos mayores, resaltando su papel en la prevención del deterioro cognitivo y la promoción de la autonomía. Además, se explorarán los recursos domiciliarios como un medio efectivo para implementar estrategias de psicoestimulación, facilitando el acceso a intervenciones que fomenten el bienestar emocional y cognitivo en el hogar.

A lo largo de esta sección, también se abordarán conceptos relacionados como la importancia en la adaptación y el aprendizaje en la vejez, así como los beneficios de las terapias no farmacológicas en la promoción del envejecimiento activo. Finalmente, se enfatizará la necesidad de un enfoque integral que contemple la diversidad de experiencias de vida de las personas mayores, orientado a crear un entorno que favorezca su desarrollo y bienestar continuo.

2.1. Adulto mayor

El término "adulto mayor" se utiliza para describir a las personas que han alcanzado una edad avanzada, generalmente a partir de los 60 o 65 años, aunque la definición exacta puede variar según el contexto cultural y social (González et al., 2020). Este término es relevante no solo por su uso en documentos oficiales y políticas públicas, sino también por su implicación en la forma en que la sociedad percibe y se relaciona con esta población. En

un mundo en constante cambio, es fundamental que la terminología refleje las realidades y necesidades de los adultos mayores, evitando estigmas y promoviendo un enfoque más positivo hacia el envejecimiento (Pérez, 2021).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los adultos mayores como "todas las personas de 60 años o más" y subraya la importancia de adoptar un enfoque integral que contemple no solo la edad cronológica, sino también la salud física, mental y social (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Este enfoque destaca que no todos los adultos mayores experimentan el envejecimiento de la misma manera; hay una gran variabilidad en su salud y funcionalidad, lo que resalta la necesidad de personalizar las intervenciones y servicios destinados a esta población.

Además, el término "adulto mayor" se asocia con una etapa de vida que puede ser caracterizada por múltiples transiciones, como el retiro laboral, la pérdida de seres queridos y cambios en la salud (Ramírez & Torres, 2022). Estas transiciones pueden impactar significativamente en la calidad de vida de los adultos mayores, por lo que es esencial adoptar un enfoque que promueva la resiliencia y el bienestar en esta etapa. Por lo tanto, el uso de la terminología adecuada no solo es un asunto semántico, sino que también puede influir en las políticas y programas destinados a esta población.

El lenguaje que empleamos al referirnos a los adultos mayores es fundamental para moldear percepciones y actitudes hacia ellos. Utilizar términos que fomenten el respeto y la dignidad, como "adulto mayor" en lugar de términos despectivos o que sugieren dependencia, puede contribuir a mejorar la imagen social de esta población (Mora, 2021). En este sentido, es crucial que los profesionales de la salud, los legisladores y la sociedad en general se comprometan a utilizar un lenguaje inclusivo y respetuoso que valore la diversidad y la experiencia de vida de los adultos mayores.

2.1.1. Adultos Mayores en soledad

Vivir solo es una realidad para un número creciente de adultos mayores. Aproximadamente el 11.8% de los adultos mayores en América Latina viven solos, y esta situación puede aumentar el riesgo de aislamiento social y problemas de salud mental

(CEPAL, 2022). En Ecuador, este fenómeno es significativo, especialmente en zonas rurales, donde el acceso a servicios y redes de apoyo es limitado (Rodríguez, 2017).

2.1.2. Adultos Mayores sin Deterioro Cognitivo

No todos los adultos mayores experimentan deterioro cognitivo significativo. Para aquellos que mantienen una función cognitiva estable, las actividades de psico estimulación pueden desempeñar un papel crucial en la preservación de sus habilidades mentales. En 2003, Spector et al., mencionan que la estimulación cognitiva ha demostrado ser eficaz tanto en personas con demencia como en adultos mayores sin deterioro, contribuyendo a la mejora y preservación de sus capacidades cognitivas.

2.1.3. Adultos Mayores en Situaciones de Riesgo

Los adultos mayores en situación de vulnerabilidad, como aquellos con enfermedades crónicas, en condiciones de pobreza o que sufren violencia, requieren atención especial. La OMS (2015) identifica a estos grupos como los más susceptibles a experimentar deterioro físico y emocional. La falta de apoyo social y acceso a servicios aumenta su vulnerabilidad y riesgo de deterioro.

2.2. Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso natural que afecta diversas dimensiones del ser humano: biológica, psicológica y social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe el envejecimiento como un proceso gradual que comienza desde el nacimiento y genera transformaciones a lo largo de todo el ciclo vital, afectando progresivamente la adaptabilidad del organismo frente a su entorno (OMS, 2015). Este proceso está influenciado por factores tanto biológicos como sociales, y no se presenta de igual manera en todos los individuos (OMS, 2015). En este sentido, el envejecimiento no es solo una acumulación de años, sino una combinación de cambios en los planos físico, psicológico y social, lo cual define el bienestar integral en la vejez (Harper, 2014).

La vejez, como etapa del ciclo de vida, implica también una construcción social y cultural. El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2015) señala que la vejez se caracteriza por la acumulación de experiencias, cambios, y ajustes en los roles sociales y familiares que varían ampliamente entre individuos. Este enfoque considera la

heterogeneidad de la vejez, en la cual pueden surgir tanto limitaciones y pérdidas como oportunidades y fortalezas a nivel personal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Según la OMS (2015), el envejecimiento se clasifica en categorías de edad: adultos de edad avanzada (60-74 años), ancianos (75-90 años), y grandes longevos (más de 90 años). Estas divisiones subrayan la variabilidad dentro del envejecimiento, ya que factores intrínsecos como la genética y factores extrínsecos como el estilo de vida influyen en los cambios fisiológicos y la calidad de vida durante esta etapa (OMS, 2015). En particular, el envejecimiento se asocia con una reducción en la capacidad del organismo para mantener la homeostasis, lo que conlleva una menor adaptabilidad a factores estresantes externos e internos (Harman, 2001).

Existen diversos modelos que explican el proceso de envejecimiento en sus distintas dimensiones. Uno de ellos es el modelo biopsicosocial-espiritual, que subraya la importancia de variables sociodemográficas y contextuales en el funcionamiento cognitivo y afectivo de los adultos mayores (Pereira & Fernández, 2019). Factores psicológicos, sociales y biológicos desempeñan roles fundamentales en cómo los adultos mayores perciben y manejan los cambios relacionados con el envejecimiento, tales como la pérdida de seres queridos, la jubilación y el aislamiento social (Rowe & Kahn, 1997).

El concepto de envejecimiento exitoso enfatiza la importancia de un equilibrio en el bienestar físico, mental y social para lograr una calidad de vida óptima durante la vejez (Rowe & Kahn, 1997). Un envejecimiento saludable se caracteriza por el mantenimiento de las capacidades funcionales, el desempeño cognitivo adecuado y la participación activa en la vida social, lo que requiere de un entorno social y económico que favorezca estos aspectos (Harper, 2014). En este sentido, la red de apoyo social y el acceso a recursos se vuelven esenciales para el envejecimiento positivo, ya que la falta de estos elementos se ha relacionado con un aumento de la vulnerabilidad y una menor esperanza de vida (Berkman & Glass, 2000).

2.2.1. Envejecimiento activo

El concepto de envejecimiento activo, propuesto por la OMS (2015), se centra en optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Según Rowe y Kahn (1997), el envejecimiento exitoso es el

resultado de la interacción continua entre el individuo y su entorno, permitiendo la preservación del bienestar y la funcionalidad.

2.2.2. Actividades significativas y complejas

Las actividades significativas son aquellas que tienen un valor emocional, cultural o personal para la persona, lo cual las hace más atractivas y motivadoras. Según la teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan (2013), las personas mayores son más propensas a comprometerse en actividades que perciben como significativas y que les proporcionan un sentido de competencia, autonomía y relación social.

Las actividades que presentan un nivel adecuado de complejidad no solo promueven la participación, sino que estimulan las capacidades cognitivas. Esto se debe a que requieren un esfuerzo mental adicional, lo que puede resultar beneficioso para la neuroplasticidad, ayudando a mantener las conexiones neuronales activas y previniendo el deterioro cognitivo (Baltes & Baltes, 1990). En este sentido, Clare y Woods (2004) afirman que las actividades de estimulación cognitiva, cuando están adaptadas al nivel de la persona, no solo son beneficiosas, sino esenciales para la preservación de la función cerebral.

2.3. Atención centrada en la persona (ACP) y las relaciones

El modelo de atención centrada en la persona (ACP) ha emergido como un enfoque fundamental en la atención a los adultos mayores, promoviendo un cuidado que respeta las preferencias, necesidades y valores de cada individuo. Este modelo se basa en la premisa de que los adultos mayores son personas completas con historias de vida, intereses y deseos únicos, lo que implica que su atención debe ser personalizada y adaptada a sus circunstancias específicas (McCormack & McCance, 2017).

La ACP se distingue de los enfoques tradicionales que a menudo se centran exclusivamente en las condiciones médicas o en el diagnóstico del paciente. En cambio, prioriza la relación entre el profesional de la salud y el paciente, fomentando un entorno donde el adulto mayor se sienta valorado y escuchado (Kitwood, 1997). Las relaciones son un elemento fundamental para que el adulto mayor tenga un sentido de conexión y de respeto, lo que facilita el proceso de cuidado, apoyando su bienestar emocional y psicológico (Bauer et al., 2014).

La importancia de las relaciones se extiende más allá de la interacción entre el adulto mayor y los profesionales de la salud. El apoyo de la familia y los amigos juega un papel crucial en el modelo ACP, ya que las decisiones sobre el cuidado deben ser tomadas en colaboración, tomando en cuenta no solo los deseos del paciente, sino también las circunstancias de su entorno social (Edvardsson et al., 2014). Las relaciones familiares, por ejemplo, pueden mejorar la calidad de vida del adulto mayor al brindarles un sistema de apoyo emocional y práctico, asegurando que sus necesidades sean atendidas de manera integral (Hwang et al., 2016).

Una de las características clave de la ACP es su enfoque en la colaboración y la comunicación abierta. Los profesionales de la salud son incentivados a trabajar junto con el adulto mayor y sus familias para definir objetivos de atención que reflejen las preferencias del paciente (Bauer et al., 2014). Este enfoque participativo ha demostrado tener efectos positivos en la salud mental y emocional de los adultos mayores, promoviendo un sentido de autonomía y control sobre su propio cuidado (Edvardsson et al., 2014).

Asimismo, la implementación de la ACP en entornos de atención domiciliaria se ha mostrado prometedora. Al permitir que los adultos mayores participen activamente en sus decisiones de cuidado, se fomenta un ambiente donde pueden mantener su independencia y dignidad (Buchanan et al., 2020). Esto no solo mejora la calidad de vida de los individuos, sino que también puede reducir la carga sobre los sistemas de salud, al disminuir la necesidad de hospitalización y cuidados intensivos (Hwang et al., 2016).

En conclusión, el modelo de atención centrada en la persona y sus relaciones representa un cambio paradigmático en la atención a los adultos mayores. Al priorizar la individualidad y la colaboración, este enfoque no solo mejora la calidad de la atención, sino que también promueve el bienestar y la satisfacción del paciente. Implementar este modelo en todos los niveles de atención es esencial para garantizar que los adultos mayores reciban el respeto y la atención que merecen en esta etapa de sus vidas promoviendo un cuidado respetuoso, inclusivo y empático, en el que las relaciones interpersonales como el cuidado integral del adulto mayor son cruciales para que su calidad de vida mejore.

3. Atención domiciliaria para adultos mayores sin deterioro cognitivo

La atención domiciliaria para adultos mayores ha emergido como una respuesta integral a las necesidades de salud y bienestar de esta población en crecimiento. A medida que la expectativa de vida aumenta, se vuelve crucial ofrecer alternativas que permitan a las personas mayores vivir de manera autónoma y digna en sus hogares (González et al., 2020). Este enfoque no solo busca satisfacer las necesidades físicas de los adultos mayores, sino también abordar aspectos emocionales y sociales que son fundamentales para su calidad de vida.

La atención domiciliaria abarca una serie de servicios diseñados para brindar cuidado y apoyo en el hogar del paciente, desde asistencia básica en actividades diarias hasta cuidados más complejos que involucran la intervención de equipos multidisciplinarios de profesionales de la salud. Este enfoque permite una atención personalizada y cercana, adaptada a las necesidades individuales del paciente y su entorno familiar (Escarrabill, 2018). Este modelo permite personalizar la atención, adaptándola a las necesidades específicas de cada individuo, lo que a su vez fomenta la independencia y el bienestar emocional (Ramírez & Torres, 2019). La atención centrada en la persona se convierte en un principio fundamental, reconociendo que cada adulto mayor tiene una historia única y merece ser tratado con dignidad y respeto.

Un aspecto esencial de la atención domiciliaria es la promoción de la participación activa del adulto mayor en su propio cuidado. Estudios han demostrado que involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre su atención mejora significativamente su satisfacción y bienestar general (Mora & Ruiz, 2021). Además, la atención domiciliaria puede incluir la implementación de programas de psicoestimulación y actividades recreativas que contribuyan a la salud mental y cognitiva, ayudando a prevenir el deterioro y la depresión en esta población (Pérez & López, 2022).

Sin embargo, la atención domiciliaria también enfrenta desafíos, como la necesidad de formación continua para los cuidadores y la coordinación entre diferentes profesionales

de la salud (Sánchez et al., 2020). La calidad de la atención depende de la comunicación efectiva entre todos los involucrados, así como del acceso a recursos adecuados que faciliten el cuidado en el hogar. En este sentido, se hace evidente la importancia de desarrollar políticas públicas que apoyen la atención domiciliaria, garantizando que los adultos mayores reciban la atención que merecen en su entorno familiar.

En conclusión, la atención domiciliaria para adultos mayores se presenta como una estrategia valiosa para mejorar su calidad de vida y promover su autonomía. Al integrar enfoques centrados en la persona y al considerar las necesidades específicas de cada individuo, se puede lograr un cuidado más efectivo y humano, fundamental para el bienestar de esta población en crecimiento.

3.1. Atención domiciliaria

La atención domiciliaria se refiere a un conjunto de servicios que se proporcionan en el hogar del adulto mayor para satisfacer sus necesidades físicas, emocionales y sociales. Este tipo de atención incluye asistencia con las actividades de la vida diaria (AVD), cuidados de salud, apoyo emocional y actividades de esparcimiento (Ramos et al., 2019).

3.1.1. Importancia de la atención domiciliaria

Para los adultos mayores sin deterioro cognitivo, la atención domiciliaria es crucial por varias razones:

- Promoción de la Autonomía:

Este tipo de atención permite que los adultos mayores mantengan su independencia y autonomía, eligiendo cómo y cuándo realizar sus actividades diarias (Bowers et al., 2006). Esto es fundamental para su autoestima y bienestar emocional.

- Prevención del Aislamiento Social:

La atención domiciliaria facilita la interacción social, evitando el aislamiento. Según Tucker et al. (2018) sostiene que "la atención en el hogar fomenta las relaciones sociales y familiares, cruciales para el bienestar emocional de los adultos mayores" (p. 415).

- Mejora de la Calidad de Vida:

La atención en el hogar se asocia con una mayor satisfacción y calidad de vida. Un estudio de Wahl et al. (2019) encontró que "los adultos mayores que reciben atención domiciliaria reportan niveles más altos de satisfacción con su vida y bienestar general" (p. 563).

3.1.2. Características de la atención domiciliaria para adultos mayores sin deterioro cognitivo.

Para este grupo en específico la atención domiciliaria puede incluir:

Actividades de la Vida Diaria (AVD):

Ayuda en tareas como la higiene personal, la alimentación, la movilización y el manejo del hogar, permitiendo que los adultos mayores realicen estas actividades con mayor facilidad (López et al., 2018).

Intervenciones de Psicoestimulación:

Se pueden implementar actividades que estimulen la cognición, como juegos, lectura y actividades creativas. Estas intervenciones son beneficiosas para mantener la agilidad mental y prevenir el deterioro cognitivo (Martínez et al., 2020).

Apoyo emocional y social:

La atención domiciliaria ofrece compañía y apoyo emocional, lo que puede contribuir a una mejor salud mental y emocional (Hawranik et al., 2019).

3.1.3. Beneficios de la Atención Domiciliaria

La atención domiciliaria ofrece múltiples beneficios para los adultos mayores sin deterioro cognitivo:

- **Conservación de la Dignidad:** Permitir que los adultos mayores permanezcan en su entorno familiar les ayuda a conservar su dignidad y su sentido de identidad (McCulloch et al., 2018).
- **Reducción de Hospitalizaciones:** La implementación de modelos de atención centrados en la persona en entornos domiciliarios ha demostrado una disminución significativa en las hospitalizaciones, promoviendo una atención proactiva que

Ana Belén Siguenza Tenesaca
Promoviendo el envejecimiento activo: Una propuesta de intervención con psico estimulación a través de recursos domiciliarios
prioriza las necesidades y preferencias individuales de cada adulto mayor (Martínez Rodríguez, 2016).

- **Adaptabilidad a Necesidades Cambiantes:** La atención domiciliaria es flexible y se puede adaptar a las necesidades cambiantes de los adultos mayores, ofreciendo un enfoque individualizado (Bowers et al., 2006).

4. Marco legal de la atención domiciliaria

La atención domiciliaria para adultos mayores en Ecuador se enmarca dentro de un conjunto de normas que buscan garantizar el derecho a una vida digna, la atención integral de la salud, respetando la autonomía de las personas mayores. Este marco incluye leyes, reglamentos y políticas públicas que aseguran la accesibilidad de los servicios de salud, la igualdad de oportunidades, y la integración de adultos mayores en la sociedad.

4.1. Constitución de la República del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador (2008) es la base legal que garantiza los derechos de los adultos mayores, estableciendo en su artículo 36 que “el Estado garantizará a las personas adultas mayores el respeto a sus derechos, y en especial el acceso a la seguridad social, salud, recreación, trabajo y una vida libre de violencia” (Asamblea Nacional, 2008, art. 36). Esta disposición incluye la atención en el domicilio para fomentar la salud, la independencia y la calidad de vida de las personas mayores en su entorno habitual.

En el artículo 32 de la Constitución de la Republica del Ecuador se establece que la salud es un derecho que se debe garantizar mediante políticas sociales y económicas que promuevan un acceso equitativo a los servicios, incluyendo aquellos que se brindan en el ámbito domiciliario (Asamblea Nacional, 2008, art. 32).

4.2. Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores

La Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores conocida anteriormente en Ecuador como La Ley del Anciano (Congreso Nacional, 1991) refuerza la protección y los derechos de los adultos mayores en Ecuador, y establece la responsabilidad del Estado y de la sociedad en su atención. En el artículo 2, se reconoce el derecho de los adultos mayores a recibir servicios integrales de salud, lo cual abarca no solo la atención médica, sino también

programas que promuevan el envejecimiento activo y la estimulación cognitiva, adecuándose a las necesidades específicas de cada persona (Congreso Nacional, 1991). Esta ley subraya la importancia de la intervención domiciliaria para aquellos que, por sus condiciones de vida, requieren asistencia en su hogar.

La Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores también enfatiza la promoción de programas que fomenten la autonomía y el desarrollo personal de los adultos mayores, integrando un enfoque centrado en la persona y en su bienestar emocional (Congreso Nacional, 1991, art. 4). En este sentido, la atención domiciliaria y la psicoestimulación cumplen un papel fundamental en la prevención de enfermedades mentales y la preservación de habilidades cognitivas.

4.3. Plan Nacional de Desarrollo y la Política Pública de Envejecimiento Activo

El Plan Nacional de Desarrollo "Toda una Vida" (Secretaría Nacional de Planificación, 2017) se centra en mejorar la calidad de vida de los adultos mayores a través de políticas inclusivas que buscan facilitar el acceso a servicios de salud y atención en el domicilio. Este plan establece que los servicios de salud deben adaptarse para atender a los adultos mayores, respetando su autonomía y dignidad, y promoviendo su permanencia en el entorno familiar siempre que sea posible (Secretaría Nacional de Planificación, 2017).

Dentro del cual se contempla la necesidad de implementar estrategias de envejecimiento activo, un concepto respaldado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que apunta a maximizar las oportunidades de salud y participación para mejorar la calidad de vida durante el envejecimiento (OMS, 2015).

En el contexto de Ecuador, estas estrategias se articulan en la Política Pública de Envejecimiento Activo, que promueve la implementación de programas de psicoestimulación y otras intervenciones que fomenten la autonomía y el bienestar en el hogar (Ministerio de Salud Pública, 2007).

4.4. Normativa Técnica para la Atención Integral del Adulto Mayor

La Normativa Técnica para la Atención Integral del Adulto Mayor, emitida por el Ministerio de inclusión económica y social, establece lineamientos específicos para el

cuidado de adultos mayores en el entorno domiciliario, enfatizando la atención centrada en la persona y en el mantenimiento de su independencia y autonomía (Ministerio de inclusión económica y social, 2019). Según esta normativa, la atención en el domicilio debe considerar aspectos físicos, mentales y sociales de la persona, incluyendo intervenciones de estimulación cognitiva para preservar las habilidades mentales en adultos mayores sin deterioro cognitivo.

Esta normativa específica que los servicios domiciliarios deben realizarse con profesionales de salud capacitados, que puedan adaptar los programas a las necesidades individuales de cada adulto mayor (Ministerio de inclusión económica y social, 2019). El respeto a la dignidad, la autonomía, y la creación de un entorno familiar de apoyo son elementos centrales en la implementación de estos servicios, especialmente en aquellos casos en los que el adulto mayor vive solo.

4.5. Implicaciones de la Atención Domiciliaria para el Envejecimiento Activo

La atención domiciliaria es reconocida en Ecuador como una herramienta clave para promover el envejecimiento activo y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. De acuerdo con la OMS (2021), el envejecimiento activo implica mantener una salud óptima y participación social, lo cual puede lograrse mediante servicios personalizados como la psicoestimulación en el hogar. En este contexto, el Estado ecuatoriano ha priorizado políticas que favorezcan el desarrollo de programas que respondan a las necesidades específicas de esta población, promoviendo un envejecimiento en el lugar, que se traduce en un apoyo emocional, cognitivo y social para los adultos mayores.

5. Psicoestimulación

El aumento de la población de adultos mayores ha generado un notable interés en el bienestar y la calidad de vida de este grupo etario, impulsando la creación de programas terapéuticos que promueven su salud integral. La psicoestimulación, también conocida como estimulación cognitiva, se define como un conjunto de intervenciones diseñadas para mejorar las funciones cognitivas y emocionales de las personas mayores, facilitando así una vida activa y significativa (López et al., 2021). Estas estrategias se centran en la promoción de

la autonomía y la independencia, permitiendo a los adultos mayores realizar sus actividades diarias con mayor facilidad y eficiencia.

El objetivo principal de la psicoestimulación es potenciar la neuroplasticidad, un proceso que permite al cerebro adaptarse y reorganizarse en respuesta a la experiencia (Pérez et al., 2020). A través de actividades que proporcionan estímulos adecuados, se busca mantener y mejorar habilidades mentales, emocionales e intelectuales, lo que resulta en una mejor calidad de vida y un mayor tiempo de independencia para el adulto mayor (Martínez & González, 2019).

La relación entre las actividades mentales y el entorno que rodea a los individuos es fundamental, ya que esta interacción determina la capacidad de adaptación y las estrategias que utilizan para afrontar los desafíos cotidianos. En este sentido, se ha demostrado que la psicoestimulación no solo beneficia las funciones cognitivas, sino que también impacta positivamente en el bienestar emocional y social del adulto mayor (Fernández et al., 2021). Según Gómez y Ruiz (2022), el enfoque integral de la psicoestimulación reconoce que cada persona es un ser activo y competente, capaz de mantener su funcionamiento mental a lo largo de la vida, lo que contrarresta el riesgo de deterioro cognitivo y enfermedades asociadas, como la demencia.

Las intervenciones de psicoestimulación presentan características específicas que son fundamentales para su implementación y eficacia. Estas incluyen la personalización de las actividades, la adaptación a las capacidades individuales y la incorporación de elementos lúdicos que fomenten el interés y la motivación del adulto mayor (Toscano & González, 2022). En este sentido, es esencial continuar investigando y desarrollando programas de psicoestimulación que respondan a las necesidades cambiantes de la población de adultos mayores.

5.1. Psicoestimulación y calidad de vida

La calidad de vida en la vejez está estrechamente relacionada con el bienestar emocional y social. La psico estimulación no solo ayuda a mantener las capacidades cognitivas, sino que también promueve la participación social y el sentido de pertenencia, aspectos fundamentales para el bienestar general de los adultos mayores. Como menciona

Burgener y Buckwalter (2009) "las intervenciones de psico estimulación pueden resultar en una mejora en la calidad de vida y el bienestar emocional, ya que fomentan el sentido de comunidad y el apoyo social entre los participantes" (p. 102).

5.2. Psicoestimulación en el Contexto Domiciliario

La psico estimulación domiciliaria es una estrategia que permite llevar estas actividades a la comodidad del hogar del adulto mayor. Según Gitlin et al. (2016) sostiene que "la intervención en el hogar proporciona un entorno familiar que facilita la participación y el bienestar, además de permitir a los cuidadores involucrarse activamente en el proceso de estimulación" (p. 320). Este enfoque no solo mejora las habilidades cognitivas, sino que también fortalece las relaciones familiares y de apoyo social.

6. Diseño de la propuesta de intervención

6.1. Introducción

El presente diseño de intervención propone un programa de psicoestimulación domiciliaria dirigido a adultos mayores que viven solos y no presentan deterioro cognitivo. Sus objetivos son fortalecer la autonomía en las actividades de la vida diaria (AVD), reducir los niveles de ansiedad y estrés, y fomentar la organización de redes de apoyo que contribuyan a su bienestar. La intervención se estructura en tres fases: evaluación inicial, desarrollo de actividades de estimulación cognitiva mediante recursos del hogar y una fase de cierre con evaluación de impacto. A través de este enfoque, se busca mejorar la calidad de vida del adulto mayor, promoviendo su participación activa en su entorno y brindándole estrategias para el mantenimiento de sus capacidades funcionales y emocionales.

6.2. Objetivos

6.2.1. Objetivo general

Impulsar un programa de intervención basado en la psicoestimulación en un recurso domiciliario a partir de la ACPR.

6.2.2. Objetivos específicos

- a) Aumentar un 40% la autonomía en las actividades de la vida diaria mediante psicoestimulación domiciliaria.

- b) Disminuir un 20% los niveles de ansiedad y estrés, en las ABVD en el entorno domiciliario.
- c) Organizar redes de apoyo que aseguren el cuidado y responsabilidad del adulto mayor en un 50%.

6.3. Metodología de la intervención

6.3.1. Contextualización

Esta propuesta de intervención psicoeducativa está dirigida a los adultos mayores que viven solos en la ciudad de Cuenca, Ecuador. Su objetivo es desarrollar un programa de psicoestimulación a través de recursos domiciliarios, adoptando un enfoque holístico que abarca las dimensiones física, psicológica, emocional, espiritual y social del ser humano. La intervención busca fomentar el desarrollo personal de los participantes, promoviendo su bienestar y calidad de vida.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en Ecuador residen 1.520.590 personas de 65 años o más, representando el 9% de la población total (Primicias, 2023). En la provincia de Azuay, cuya capital es Cuenca, el 10% de la población son adultos mayores (INEC, 2023). A nivel nacional, el 18.2% de los hogares con al menos un adulto mayor están compuestos por personas que viven solas (INEC, 2023).

La elección de una intervención a través de recursos domiciliarios responde a la necesidad de acercar los servicios de psicoestimulación a aquellos adultos mayores que, por diversas razones, no pueden acceder a programas presenciales en centros comunitarios o de salud. Estudios han demostrado que las intervenciones domiciliarias pueden mejorar el bienestar psicológico y cognitivo de las personas mayores, además de reducir los niveles de aislamiento social (Vásquez, 2020).

Para la implementación efectiva de este programa, se propone la colaboración con entidades locales como el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), que en el distrito Cuenca atiende a cerca de 2.000 adultos mayores (MIES, 2023). Además, se buscará la participación de organizaciones de la sociedad civil y la comunidad en general, promoviendo una red de apoyo integral para los adultos mayores.

6.3.2. Contenidos y metodología del programa

Los contenidos recogidos en el programa de psicoestimulación domiciliaria están diseñados para promover el bienestar integral de los adultos mayores que viven solos, abordando dimensiones como la cognitiva, emocional, social, física y espiritual. Esta propuesta, denominado propuesta de intervención con psico estimulación a través de recursos domiciliarios, se estructura en torno a actividades personalizadas y adaptadas a las necesidades individuales de cada participante, considerando su contexto social, cultural y físico.

La implementación de esta propuesta se basa en principios de atención centrada en la persona, donde se prioriza la autodeterminación, los intereses y las capacidades de los participantes. Las actividades se desarrollan en el entorno domiciliario del adulto mayor, con la finalidad de crear un espacio seguro y cómodo que facilite la participación activa, promoviendo la autonomía de cada adulto mayor.

Contenidos del programa

Esta propuesta incluye cinco módulos principales, cada uno enfocado en una dimensión del bienestar integral.

Tabla 1. Contenidos del programa

Módulo	Descripción
Estimulación cognitiva	Ejercicios diseñados para mejorar la memoria, la atención y las habilidades de resolución de problemas mediante juegos mentales, lectura guiada y actividades de razonamiento lógico.
Apoyo emocional y bienestar psicológico	Espacios de escucha activa y dinámicas para fomentar el reconocimiento y la gestión de las emociones, así como el fortalecimiento de la autoestima.
Interacción social	Actividades que promueven la conexión con familiares, vecinos o redes de apoyo comunitarias, como videollamadas, talleres grupales ocasionales o participación en eventos locales.

Estimulación física	Rutinas de actividad física adaptadas que incluyen ejercicios de movilidad articular, estiramientos y técnicas de relajación.
Fortalecimiento espiritual y sentido de propósito	Reflexiones guiadas, actividades creativas como la pintura o escritura, y ejercicios de gratitud para promover un sentido de conexión consigo mismo y con los demás.

Metodología del programa

La puesta en marcha de esta propuesta se realiza a través de visitas domiciliarias realizadas por un equipo interdisciplinario compuesto por psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales. Este enfoque permite una intervención personalizada, basada en un plan individualizado desarrollado tras una evaluación inicial de las necesidades y capacidades del participante.

La metodología del programa incluye:

Fase inicial, evaluación preprograma: en esta etapa se aplicarán los instrumentos de evaluación para obtener una línea base del estado funcional, emocional y social del adulto mayor. Se recopilarán datos personales, antecedentes médicos y psicosociales, además de información sobre sus intereses y rutinas diarias.

Fase de desarrollo, intervención: durante esta fase, se implementarán actividades de psicoestimulación domiciliaria orientadas a fortalecer la autonomía en las AVD, reducir los niveles de ansiedad y estrés, y fomentar la creación de redes de apoyo. Las sesiones se organizarán de manera progresiva, asegurando que cada actividad responda a los objetivos específicos del programa.

Fase de evaluación y cierre: se realizará una re aplicación de las pruebas iniciales, comparando los resultados obtenidos con la fase de evaluación preprograma. Además, se llevará a cabo una evaluación cualitativa y cuantitativa de la satisfacción del participante con la intervención, identificando los logros alcanzados y las áreas de mejora.

Este enfoque permitirá analizar los efectos del programa y determinar su impacto en la calidad de vida del adulto mayor. La evaluación de los resultados se abordará con mayor profundidad en los apartados siguientes

6.4. Desarrollo de la intervención

6.4.1 Plan Personalizado de Atención y de Apoyo al Proyecto de Vida (PAyPV).

Tabla 2. Fases del Plan Personalizado

Fase 1: se valorará la singularidad de la persona	Es esencial realizar una biografía del adulto mayor, identificar sus preferencias, hábitos y deseos hacia el futuro.
Fase 2: valoración integral de la persona adulta mayor y de su entorno.	Dentro de esta valoración es necesaria la participación de un equipo multidisciplinario, valorar la salud física, salud mental, estado cognitivo, relaciones sociales, red de apoyo, entorno físico.
Fase 3: elaboración de una propuesta inicial.	En base a los resultados e información obtenida se elaborará una primera propuesta con actividades significativas para el adulto mayor.
Fase 4: presentación de la propuesta	Dialogo y acuerdos en relación a la primera propuesta.
Fase 5: puesta en marcha del plan y acompañamiento	Se pondrá en marcha el plan de atención luego de acuerdos y consensos.
Fase 6: evaluación y continuidad	Evaluar la funcionalidad de la propuesta, replantear aspectos si es necesario dependiendo del desempeño.

Fuente: elaboración propia a partir de Martínez, 2014, p.289.

Fase 1: Acercamiento y dialogo con el adulto mayor en una entrevista inicial, levantamiento de información mediante preguntas abiertas y cerradas, recopilación de información en cuanto a preferencias, gustos, actividades significativas, enfermedades, historia de vida y deseos del futuro.

Fase 2: Mediante una valoración multidisciplinaria se identificara el estado actual del adulto mayor, con la valoración médica se evaluara el estado de salud, se busca identificar enfermedades y molestias crónicas en el adulto mayor, el psicólogo es el encargado de valorar la salud mental se aplicaran los siguientes test mini mental, Yesavage, Test de ansiedad y depresión de Beck, , trabajo social es el encargado de evidenciar las redes sociales y el estado actual en el que se encuentra viviendo el adulto mayor, levantamiento de ficha socioeconómica.

Fase 3: Con los resultados obtenidos se elaborará un plan de intervención en el que se considere la condición física, mental y social del adulto mayor, utilizando la entrevista inicial, la preferencias y necesidades del paciente, conservando su autonomía y actividades de la vida diaria.

Fase 4: Mediante un dialogo se presentará la primera propuesta del plan de intervención y se realizarán los cabios solicitados por el adulto mayor, se realizarán los acuerdos necesarios para continuar con la siguiente fase.

Fase 5: Posterior a los acuerdos y diálogo se pondrá en marcha el plan de intervención el cual consistirá en mantener la autonomía del paciente, se utilizarán recursos domiciliarios para conservar la autonomía del adulto mayor.

Fase 6: Se realizarán evaluaciones en cuanto a satisfacción, estado de ánimo y salud física para identificar el avance del adulto mayor, se plante replantear actividades si es necesario para mejorar el estado del adulto mayor.

6.4.2 Fichas de actividades a desarrollar

Bloque temático	Nº Sesión	Actividad	Duración
Estimulación cognitiva	1	Recuerda tu hogar	20 minutos
	2	Búsqueda de objetos	20 minutos
	3	Parejas de objetos	15 minutos
	4	Diario personal	20 minutos
	5	Historias de vida	30 minutos
	6	Cálculo mental	15 minutos
	7	Sopas de letras y crucigramas	30 minutos
	8	Rompecabezas con objetos del hogar	20 minutos
	9	Adivina la canción	30 minutos

	10	Cantar para recordar	20 minutos
--	----	----------------------	------------

Elaboración propia.

Estimulación cognitiva*Sesión 1. "Recuerda tu hogar"*

Ítems	Descripción
Tema:	<i>"Recuerda tu hogar"</i>
Duración	20 minutos de actividades
Objetivos operativos	Estimular la memoria visual y la capacidad de concentración
Contenidos	Memoria visual y concentración.
Desarrollo	El terapeuta comenzará con el saludo, se colocarán en un lugar calmado en el cual puedan estar sentados, preguntando su estado de ánimo, salud y predisposición se comenzará con la actividad, el adulto mayor deberá cerrar los ojos e intentar describir los detalles de una habitación específica de su casa (ubicación de muebles, colores, objetos). Al terminar de describir la habitación se tomará apuntes de la descripción y se verificará junto al adulto mayor la descripción.
Orientaciones	La persona adulta mayor deberá participar de manera voluntaria.
Material	Silla, hoja de papel, lápiz.

Sesión 2. "Búsqueda de objetos"

Ítems	Descripción
Tema:	<i>"Búsqueda de objetos"</i>
Duración	20 minutos de actividad
Objetivos operativos	Estimular la memoria visual y la atención
Contenidos	Memoria visual y atención.
Desarrollo	Se iniciará la actividad con un saludo, como primera variante de la actividad se le explicará al adulto mayor que se esconderán pequeños objetos de la casa en diferentes sitios y el adulto deberá encontrarlos, estos objetos no coincidirán con el lugar en el que encuentran, como si la pasta dental estuviese en la

	cocina, en otra variante se puede dar una lista de dichos objetos previa a esconderla.
Orientaciones	La persona adulta mayor deberá participar de manera voluntaria.
Material	Objetos del domicilio.

Sesión 3. "Pareja de objetos"

Ítems	Descripción
Tema:	"Parejas de objetos"
Duración	15 minutos de actividades
Objetivos operativos	Potenciar la memoria asociativa y la categorización.
Contenidos	Memoria visual y concentración.
Desarrollo	Se iniciará con el saludo, se colocarán en un lugar calmado en el cual puedan estar sentados, con una mesa en frente de los participantes, se colocan varios objetos sobre la mesa y se agrupan por color, tamaño o utilidad. Luego, se mezclan para que el adulto mayor los empareje correctamente. Si el adulto mayor requiere de ayuda se le pueda ayudar durante la duración de la actividad.
Orientaciones	La persona adulta mayor deberá participar de manera voluntaria.
Material	Objetos del domicilio, mesa y sillas para los participantes.

Sesión 4. "Diario personal"

Ítems	Descripción
Tema:	"Diario personal"
Duración	20 minutos de actividades
Objetivos operativos	Fortalecer la expresión escrita, la memoria autobiográfica y la reflexión personal.
Contenidos	Expresión escrita y la evocación de recuerdos

Desarrollo	<p>El terapeuta comenzará con el saludo y se le indicará al adulto mayor que cada día escribirá una página en un diario sobre sus pensamientos, experiencias diarias o recuerdos significativos. Para facilitar la escritura, el terapeuta puede sugerir temas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Un momento especial de mi infancia." • "Mi mejor amigo/a y por qué es importante para mí." • "Un lugar que siempre he querido visitar." <p>Si la escritura es difícil para el adulto mayor, se puede grabar un audio o realizar un dictado al terapeuta.</p>
Orientaciones	La persona adulta mayor deberá participar de manera voluntaria.
Material	Sillas, mesa, hoja de papel, lápiz.

Sesión 5. "Historias de vida"

Ítems	Descripción
Tema:	<i>"Historias de vida"</i>
Duración	30 minutos de actividades
Objetivos operativos	Estimular la memoria autobiográfica, fortalecer la identidad personal y promover el bienestar emocional.
Contenidos	Memoria, identidad personal, bienestar emocional.
Desarrollo	<p>Se buscará un ambiente calmado y cómodo para que el adulto mayor pueda compartir mediante el dialogo, motivándolo a narrar una anécdota significativa de su vida, que luego podrá ser grabada en audio o video. Se pueden utilizar preguntas guía como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál ha sido el momento más feliz de tu vida? • ¿Cómo era tu infancia? • ¿Qué consejos le darías a alguien más joven? <p>El adulto mayor puede hacer un álbum de recortes con fotos y textos que representen momentos importantes de su vida.</p>
Orientaciones	La persona adulta mayor deberá participar de manera voluntaria.
Material	Silla, hoja de papel, lápiz, recortes, grabadora.

Sesión 6. "Calculo mental"

Ítems	Descripción
Tema:	"Calculo mental"
Duración	15 minutos de actividades
Objetivos operativos	Mantener la agilidad mental y reforzar el razonamiento numérico en actividades cotidianas.
Contenidos	Agilidad mental y razonamiento numérico.
Desarrollo	<p>El terapeuta presentará ejercicios de cálculo mental con situaciones de la vida diaria, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Si cada manzana cuesta \$0.50 y compras tres, ¿cuánto gastas?" • "Si son las 3:45 p.m. y quieres llamar a tu hijo en dos horas, ¿a qué hora lo harás?" <p>En caso de tener dificultades o no saber realizar cálculos matemáticos, se puede variar con pequeñas cuentas para que la persona tenga la misma cantidad en diferentes contenedores.</p>
Orientaciones	La persona adulta mayor deberá participar de manera voluntaria.
Material	Silla, mesa, hoja de papel, lápiz, cuentas, envases plásticos.

Sesión 7. "Sopas de letras y crucigramas"

Ítems	Descripción
Tema:	"Sopas de letras y crucigramas"
Duración	30 minutos de actividades
Objetivos operativos	Estimular la memoria semántica, mejorar la concentración y potenciar el vocabulario.
Contenidos	Memoria semántica, concentración y vocabulario.
Desarrollo	El adulto mayor resolverá sopas de letras y crucigramas con palabras relacionadas con su historia personal o intereses, el terapeuta puede ayudar a crear un crucigrama personalizado

	con palabras significativas para el adulto mayor para mejorar el desarrollo y potenciar significativamente la actividad.
Orientaciones	La persona adulta mayor deberá participar de manera voluntaria.
Material	Silla, hoja de papel, lápiz, pinturas.

Sesión 8. "Rompecabezas con objetos del hogar"

Ítems	Descripción
Tema:	"Rompecabezas con objetos del hogar"
Duración	20 minutos de actividades
Objetivos operativos	Mejorar la coordinación visoespacial y la planificación.
Contenidos	Coordinación visoespacial y planificación.
Desarrollo	El terapeuta mostrara al adulto mayor imágenes las cuales cortaran en varias piezas para que el adulto mayor las reconstruya, fomentando el pensamiento lógico y la percepción visual, una variante de la actividad puede ser el usar fotografías familiares en lugar de imágenes genéricas.
Orientaciones	La persona adulta mayor deberá participar de manera voluntaria.
Material	Imágenes genéricas, fotografías, tijeras, cartulina, papel, goma.

Sesión 9. "Adivina la canción"

Ítems	Descripción
Tema:	"Adivina la canción"
Duración	30 minutos de actividades
Objetivos operativos	Fortalecer la memoria auditiva y estimular recuerdos emocionales.
Contenidos	Memoria auditiva y estimular recuerdos emocionales.
Desarrollo	Para iniciar la actividad es necesario que el adulto mayor y el terapeuta se encuentren en un lugar cómodo y tranquilo en el que puedan escuchar música sin distracciones, el terapeuta reproducirá fragmentos de canciones populares de la juventud

	del adulto mayor, quien deberá adivinar el título o continuar la letra, una variante de la actividad es que el adulto mayor puede tararear una melodía para que el terapeuta la identifique.
Orientaciones	La persona adulta mayor deberá participar de manera voluntaria.
Material	Reproductor de música, parlante.

Sesión 10. "Cantar para recordar"

Ítems	Descripción
Tema:	"Cantar para recordar"
Duración	20 minutos de actividades
Objetivos operativos	Activar la memoria musical y promover el bienestar emocional.
Contenidos	Memoria musical y bienestar emocional.
Desarrollo	El adulto mayor en conjunto con el terapeuta seleccionará diferentes melodías que sean del agrado y gusto del adulto mayor, canciones de su juventud y las cantará junto con el terapeuta, recordando momentos asociados a la música. Una variante de la actividad es que se puede organizar una pequeña sesión de karaoke con letras impresas.
Orientaciones	La persona adulta mayor deberá participar de manera voluntaria.
Material	Reproductor de música, parlante, hojas de papel.

6.5. Temporalización de la intervención

6.5.1 Temporalización del programa

Tabla 3. Temporalización del programa

Bloque	Sesión	Contenidos	Duración
Bloque 1 FASE INICIAL: EVALUACIÓN	1	Presentación del programa y establecimiento de rapport. Recopilación de datos personales y antecedentes relevantes Identificación de intereses y rutinas diarias. Evaluación del entorno físico (disposición del hogar y recursos disponibles).	60 min
	2	Entrevista semi estructurada Valoración multidisciplinaria	90 min

Bloque 2 FASE DE DESARROLLO	Aplicación de reactivos psicológicos.		
	3	Exposición de resultados Presentación de propuesta de intervención Encuentro con el equipo médico	60 min
	4	Intervención en positivo Beneficios de programa Ajustes del plan de intervención Revisión de expectativas y motivaciones del participante.	60 min
	5	Recuerda tu hogar <ul style="list-style-type: none"> • Introducción sobre la actividad • Presentación de objetivos • Ejercicio de memoria visual con descripción de habitaciones. • Registro de detalles en un cuaderno de seguimiento. • Retroalimentación 	60 min
	6	Búsqueda de objetos <ul style="list-style-type: none"> • Introducción sobre la actividad • Presentación de objetivos • Juego de memoria y atención con objetos escondidos. • Reflexión sobre estrategias utilizadas para recordar. • Retroalimentación 	60 min
	7	Parejas de objetos <ul style="list-style-type: none"> • Introducción sobre la actividad • Presentación de objetivos • Asociación de objetos según características comunes. • Desarrollo de estrategias de categorización. • Retroalimentación 	60 min
	8	Diario personal <ul style="list-style-type: none"> • Introducción sobre la actividad • Presentación de objetivos • Introducción a la escritura reflexiva. • Registro de pensamientos y experiencias diarias • Retroalimentación 	60 min
	9	Historias de vida <ul style="list-style-type: none"> • Introducción sobre la actividad • Presentación de objetivos • Narración de recuerdos significativos. • Grabación o escritura de historias personales. • Retroalimentación 	60 min
	10	Cálculo mental <ul style="list-style-type: none"> • Introducción sobre la actividad • Presentación de objetivos • Resolución de operaciones matemáticas cotidianas. • Aplicación de ejercicios en situaciones reales (ej. presupuesto del hogar). • Retroalimentación 	60 min
	11	Sopas de letras y crucigramas <ul style="list-style-type: none"> • Introducción sobre la actividad • Presentación de objetivos • Estimulación del vocabulario y la concentración. • Elaboración de un crucigrama personalizado. • Retroalimentación 	60 min
	12	Rompecabezas con objetos del hogar <ul style="list-style-type: none"> • Introducción sobre la actividad 	

Bloque 3 FASE DE EVALUACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de objetivos • Construcción de rompecabezas con imágenes de revistas. • Desarrollo del razonamiento espacial y la paciencia. • Retroalimentación 	60 min
	13	Adivina la canción <ul style="list-style-type: none"> • Introducción sobre la actividad • Presentación de objetivos • Identificación de fragmentos de canciones. • Evocación de recuerdos asociados a la música. • Retroalimentación 	60 min
	14	Cantar para recordar <ul style="list-style-type: none"> • Introducción sobre la actividad • Presentación de objetivos • Interpretación de canciones significativas. • Conexión emocional y social a través de la música. • Retroalimentación 	60 min
	15	Re aplicación de pruebas iniciales. Comparación de resultados con la fase de evaluación.	90 min
	16	Reflexión sobre los resultados y mejoras Evaluación del impacto emocional del programa.	40 min
	17	Discusión de logros y desafíos. Propuesta de estrategias para continuar la estimulación en el hogar.	60 min
	18	Síntesis de aprendizajes adquiridos. Entrega de material con ejercicios para continuar practicando. Despedida y refuerzo del valor de la estimulación cognitiva.	60 min
		Fuente: Elaboración propia	

6.6. Recursos de la intervención

6.6.1 Relación de recursos humanos

El equipo multidisciplinario es clave para la ejecución del programa, asegurando una atención integral a los participantes (Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES], 2019).

Coordinador del Programa: Profesional encargado de la planificación, supervisión y evaluación general del programa.

Psicólogo Gerontológico: Especialista en salud mental y envejecimiento, responsable de diseñar y supervisar las actividades de psicoestimulación (García & Pérez, 2018).

Terapeuta Ocupacional: Profesional que adapta las actividades a las capacidades y necesidades individuales de los participantes, promoviendo la autonomía en el hogar (Organización Iberoamericana de Seguridad Social [OISS], 2019).

Fisioterapeuta: Encargado de desarrollar y supervisar ejercicios físicos adaptados para mantener y mejorar la movilidad y la fuerza muscular.

Trabajador Social: Profesional que evalúa el entorno social del adulto mayor, facilitando el acceso a recursos comunitarios y fortaleciendo redes de apoyo (UNICEF, 2024).

Voluntarios o Facilitadores Comunitarios: Personas capacitadas para brindar apoyo en la implementación de actividades y ofrecer acompañamiento a los participantes.

6.6.2 Relación de recursos materiales

Los recursos materiales deben ser accesibles y adaptados a las necesidades de los adultos mayores para garantizar la efectividad del programa (MIES, 2013).

Materiales para Actividad Física:

Bandas elásticas, pelotas de diferentes tamaños, pesas ligeras o botellas de agua para ejercicios de resistencia.

Colchonetas o alfombras para ejercicios en el suelo.

Materiales para Estimulación Cognitiva:

Juegos de mesa como rompecabezas, cartas, dominó y juegos de memoria (García & Pérez, 2018).

Libros de lectura adaptados a los intereses de los participantes.

Materiales de escritura como cuadernos y bolígrafos para ejercicios de redacción y dibujo.

Tecnología:

Tabletas o computadoras con acceso a internet para actividades digitales y comunicación virtual (OISS, 2019).

Aplicaciones específicas para estimulación cognitiva y seguimiento de actividad física.

Materiales de Arte y Manualidades:

Pinturas, pinceles, arcilla, telas y otros materiales para actividades creativas.

Recursos Audiovisuales:

Reproductores de música y videos para sesiones de musicoterapia o cine en casa.

6.6.3 Relación de servicios infraestructurales

Los servicios infraestructurales garantizan un entorno seguro y adaptado para la implementación del programa (MIES, 2019).

Adaptaciones Domiciliarias: evaluación y modificación del hogar para garantizar la seguridad y accesibilidad, como instalación de pasamanos, eliminación de obstáculos y adecuación de iluminación (MIES, 2013).

Servicios de Salud a Domicilio: acceso a visitas domiciliarias de profesionales de la salud para monitoreo y atención preventiva (UNICEF, 2024).

Red de Comunicación: establecimiento de sistemas de comunicación eficientes entre el equipo profesional, los participantes y sus familias, utilizando teléfonos, correos electrónicos y plataformas digitales (OISS, 2019).

Transporte: servicios de transporte adaptado para facilitar la movilidad de los participantes en caso de ser necesario.

Apoyo Comunitario: colaboración con organizaciones locales que puedan ofrecer recursos adicionales, como centros comunitarios, bibliotecas y clubes de adultos mayores (UNICEF, 2024).

6.7. Evaluación de las actividades

Tabla 4. Evaluación de las actividades

Sesión	Objetivos	Material	Indicador cualitativo /cuantitativo
1	Generar confianza con el participante, conocer su historia de vida, intereses, rutinas y evaluar su entorno.	-Cuestionarios, hoja de registro, guía de observación del entorno.	-Nivel de participación y disposición para compartir información. -Datos recopilados sobre antecedentes, intereses y entorno.
2	-Obtener información detallada sobre la situación del participante y evaluar su estado cognitivo y emocional.	-Guía de entrevista, pruebas psicológicas validadas, escala de valoración multidisciplinaria.	-Claridad y profundidad en las respuestas del participante. -Resultados de los reactivos psicológicos y escalas aplicadas.
3	-Explicar los hallazgos de la evaluación y presentar el plan de intervención.	-Presentación visual, informes de evaluación, plan de intervención.	-Nivel de comprensión del participante y su familia sobre la propuesta. -Número de preguntas realizadas y ajustes solicitados.
4	-Motivar al participante y asegurar que el plan de intervención se adecúe a sus necesidades.	-Material informativo, lista de objetivos y expectativas.	-Expresión de expectativas y grado de aceptación del plan. -Número de ajustes solicitados o aceptados.
5	Estimular la memoria visual y espacial describiendo detalles de habitaciones.	-Entorno del hogar.	-Nivel de detalle en la descripción del hogar. -Número de detalles correctamente recordados.

6	-Potenciar la memoria y la atención a través de la localización de objetos escondidos.	-Objetos cotidianos del hogar.	-Grado de dificultad para recordar la ubicación de los objetos. -Cantidad de objetos recordados correctamente.
7	-Desarrollar la asociación lógica entre objetos según sus características.	-Objetos similares en color, tamaño o utilidad.	-Claridad en la justificación de las asociaciones. -Número de pares correctamente relacionados.
8	-Fomentar la escritura y la organización de ideas mediante la narración de experiencias.	-Cuaderno y bolígrafo.	-Fluidez en la redacción y cantidad de detalles en la narración. -Número de palabras o frases escritas por sesión.
9	-Reforzar la memoria autobiográfica narrando y registrando recuerdos personales.	-Grabadora de audio o video.	-Nivel de coherencia y detalle en la narración. -Número de recuerdos evocados en la sesión.
10	-Mantener y fortalecer las habilidades matemáticas a través de ejercicios numéricos cotidianos.	-Lista de precios, facturas o calculadora para verificación.	-Lista de precios, facturas o calculadora para verificación. -Cantidad de operaciones correctas.
11	-Estimular el lenguaje y la concentración a través de juegos de palabras.	-Revistas de pasatiempos o material impreso.	-Nivel de compromiso y disfrute de la actividad. -Número de palabras encontradas o completadas correctamente.
12	-Fomentar el pensamiento lógico y la percepción visual a través del armado de rompecabezas.	-Imágenes recortadas, cartón o rompecabezas sencillos.	-Estrategia utilizada para resolver el rompecabezas. -Tiempo empleado y número de piezas correctamente colocadas.
13	-Estimular la memoria auditiva y la evocación de recuerdos a través de la música.	-Dispositivo de audio y lista de canciones.	-Capacidad para reconocer la melodía y recordar fragmentos de la letra. -Número de canciones correctamente identificadas.
14	-Reforzar la memoria musical y la expresión emocional cantando canciones significativas.	-Letra impresa de canciones o karaoke.	-Expresión emocional y nivel de entusiasmo al cantar. -Número de canciones recordadas correctamente.
15	-Medir avances en las áreas trabajadas a través de la comparación de datos.	-Pruebas psicológicas, hoja de registro de evaluación	-Actitud del participante durante la reevaluación. -Diferencia en puntajes entre la evaluación inicial y final.
16	-Identificar cambios emocionales y cognitivos en el participante.	-Cuestionario de autoevaluación, entrevista final.	-Expresión de emociones y percepciones sobre el proceso. -Número de cambios reportados por el participante.
17	-Evaluar los logros y generar estrategias para mantener los beneficios alcanzados.	-Material con estrategias y ejercicios de continuidad.	-Actitud positiva o negativa frente a la continuidad del programa. -Número de estrategias seleccionadas por el participante.
18	-Consolidar lo aprendido, despedirse del proceso y reforzar la importancia de seguir con la estimulación.	-Material impreso, guía con ejercicios para el hogar.	-Nivel de satisfacción y confianza del participante en continuar con las estrategias. -Número de ejercicios seleccionados para continuar en casa.

Fuente: Elaboración propia

7. Evaluación del programa

La evaluación del programa de psicoestimulación domiciliar se basa en la medición de indicadores clave relacionados con la autonomía en las actividades de la vida diaria (AVD), los niveles de ansiedad y estrés, y la organización de redes de apoyo para el adulto mayor.

En este sentido, la evaluación de programas de intervención debe considerar tanto aspectos cualitativos como cuantitativos para garantizar su efectividad (Escudero, 2003). Como señala Tyler (citado en Escudero, 2003), un modelo de evaluación debe permitir determinar el cumplimiento de los objetivos específicos, asegurando que las experiencias de aprendizaje y las actividades del programa produzcan los resultados esperados en la población objetivo.

En este contexto, se presentan los objetivos específicos del programa, junto con sus respectivos indicadores de evaluación, instrumentos validados, temporalización y métodos de recolección de datos. La inclusión de medidas estandarizadas y validadas garantiza que los datos obtenidos sean fiables y representativos del impacto real de la intervención (Mahoney & Barthel, 1965; Lawton & Brody, 1969).

En la tabla 05, 06 y 07 se integran tanto los objetivos específicos, como los indicadores de evaluación identificados, y los instrumentos utilizados, su temporalización y recogida de datos.

Con relación al objetivo 1, se observa que los indicadores de evaluación están vinculados a la autonomía en las actividades de la vida diaria (AVD), la capacidad del adulto mayor para desenvolverse en su entorno y la efectividad de la psicoestimulación domiciliaria en el fortalecimiento de sus habilidades funcionales. Se establecen diferentes momentos para evaluar el grado de mejoría y progreso en estos aspectos.

Tabla 5. Evaluación de la propuesta de intervención del Objetivo 1

Objetivos Específicos	Indicadores de evaluación	Instrumentos	Temporalización	Recogida de datos
1. Aumentar un 40% la autonomía en las actividades de la vida diaria mediante psicoestimulación domiciliaria.	Nivel de independencia en las AVD	Índice de Barthel	-Evaluación inicial y evaluación final.	-Registro en formato de Excel para análisis cuantitativo
	Capacidad para realizar tareas instrumentales	Escala de Lawton y Brody		
	Participación en actividades de psicoestimulación	Observación directa y registro de participación		

Fuente: Elaboración propia

El objetivo 2 se centra en adquirir estrategias para la reducción de la ansiedad y el estrés en el adulto mayor dentro del entorno domiciliario. Estos aprendizajes se sumarán a

lo largo de la intervención, promoviendo un enfoque integral que favorezca el bienestar emocional del participante.

Tabla 6. Evaluación de la propuesta de intervención del Objetivo 2

Objetivos Específicos	Indicadores de evaluación	Instrumentos	Temporalización	Recogida de datos
2. Disminuir un 20% los niveles de ansiedad y estrés en las AVD en el entorno domiciliario.	-Escala de Ansiedad Geriátrica de Yesavage (GDS) -Escala de Estrés Percibido (PSS) -Cuestionario COPE abreviado	-Entrevista semiestructurada con los agentes implicados -Observación -Cuestionario de los aprendizajes	-Al inicio del proceso y a la finalización del proceso	-Registro en formato de Excel para análisis cuantitativo

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, el objetivo 3 tiene su relevancia en la consolidación de redes de apoyo para el adulto mayor, como base del proceso para garantizar su bienestar y seguridad en el hogar. Se busca que la intervención no solo proporcione herramientas individuales, sino que también genere oportunidades de apoyo social que fortalezcan la calidad de vida del participante.

Tabla 7. Evaluación de la propuesta de intervención del Objetivo 3

Objetivos Específicos	Indicadores de evaluación	Instrumentos	Temporalización	Recogida de datos
3. Organizar redes de apoyo que aseguren el cuidado y responsabilidad del adulto mayor en un 50%.	-Frecuencia de interacción social -Satisfacción con el apoyo recibido	-Registro de actividades sociales -Entrevista semiestructurada	-Para el registro de actividad social se llevará a cabo durante cada sesión de intervención. -Evaluación final	-Registro cualitativo en notas de campo Transcripción y análisis cualitativo

Fuente: Elaboración propia

8. Conclusiones

El presente trabajo ha abordado la implementación de un programa de psicoestimulación domiciliaria dirigido a adultos mayores que viven solos y no presentan deterioro cognitivo, con el objetivo de fortalecer su autonomía en las actividades de la vida diaria, reducir los niveles de ansiedad y estrés, y fomentar redes de apoyo social.

El estudio ha destacado la importancia de diseñar intervenciones estructuradas que promuevan el envejecimiento activo y el bienestar integral de esta población. Se destaca que, aunque estos adultos mayores no presentan deterioro cognitivo, la falta de estimulación continua y la escasez de interacciones sociales pueden afectar su calidad de vida a largo plazo. En este sentido, se resaltó la relevancia de las estrategias de psicoestimulación aplicadas en el hogar como una alternativa efectiva para potenciar sus capacidades cognitivas, emocionales y sociales, previniendo el aislamiento y la dependencia.

El marco teórico permitió fundamentar la intervención en estudios previos sobre envejecimiento activo, autonomía funcional y estrategias de estimulación cognitiva y emocional. Se abordaron conceptos clave como el envejecimiento activo, atención centrada en la persona y la importancia de la psicoestimulación. Asimismo, se revisaron distintas experiencias de intervención en contextos domiciliarios, identificando los elementos más efectivos para su implementación.

La propuesta de intervención se estructuró en base a la estimulación cognitiva mediante recursos domiciliarios. Diseñado para ofrecer una intervención integral y personalizada, adaptada a las necesidades individuales de cada participante. La metodología empleada se basó en el Modelo de Tyler, asegurando una evaluación continua del impacto del programa mediante instrumentos validados para medir la autonomía funcional, los niveles de ansiedad y la percepción de apoyo social.

Para evaluar la efectividad del programa, se implementaron herramientas como escalas de autonomía en actividades de la vida diaria, cuestionarios sobre ansiedad y estrés, y entrevistas semiestructuradas para medir la satisfacción con el apoyo recibido. La temporalización incluyó una evaluación pre y post intervención, permitiendo analizar el progreso de los participantes a lo largo del programa.

El valor añadido de esta intervención radica en su enfoque domiciliario, lo que facilita la adherencia y continuidad de las actividades sin la necesidad de trasladarse a un centro especializado. Además, su diseño integral no solo se centra en la estimulación cognitiva, sino que incorpora aspectos emocionales, físicos y sociales, promoviendo un envejecimiento activo y saludable. La flexibilidad del programa permite su adaptación a diferentes perfiles

de adultos mayores, asegurando que las estrategias sean efectivas en diversos contextos, motivando al adulto mayor a seguir con el programa y conservando su autonomía con el paso de los años.

En conclusión, el Programa de Psicoestimulación Domiciliaria se presenta como una herramienta innovadora y efectiva para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores que viven solos. Se recomienda su implementación en comunidades y redes de atención domiciliaria, así como su adaptación a distintos entornos para ampliar su alcance. Futuros estudios podrían centrarse en evaluar su impacto a largo plazo y en explorar estrategias complementarias para fortalecer su sostenibilidad y replicabilidad en otros contextos.

9. Limitaciones y prospectiva

9.1. Limitaciones

A pesar del valor que presenta esta propuesta de intervención en psicoestimulación domiciliaria, es fundamental reconocer ciertos factores que han representado desafíos en su desarrollo y posibles áreas de mejora. Uno de los principales obstáculos ha sido la dificultad para acceder a ciertos instrumentos de evaluación en su versión original. En particular, la obtención del cuestionario COPE abreviado se vio limitada por la disponibilidad de fuentes accesibles, lo que llevo a recurrir a estudios previos en lugar de contar con la documentación directa del instrumento.

Asimismo, la gestión del tiempo fue un reto significativo durante la elaboración del trabajo. Circunstancias personales imprevistas, relacionadas con el cuidado de un familiar adulto mayor, demandaron una reorganización de los plazos y una distribución distinta del tiempo de dedicación al proyecto. Si bien esto no comprometió la calidad del trabajo, sí implicó un esfuerzo adicional para completar cada fase del proceso en los tiempos previstos.

Por otro lado, si bien no fue un requisito excluyente contar con formación en psicología clínica para la realización del TFM, la experiencia profesional en el ámbito de la gerontología resultó un elemento clave para el diseño de la propuesta. No obstante, un

conocimiento más especializado en áreas como la validación de herramientas de evaluación o la intervención psicosocial en contextos domiciliarios habría aportado una perspectiva aún más profunda y detallada a la estructura del programa.

Otro aspecto relevante es que, debido a la naturaleza del trabajo, no fue posible implementar la intervención dentro del marco del TFM. La aplicación práctica del programa habría permitido obtener resultados medibles sobre su impacto en la autonomía, el bienestar emocional y la socialización de los participantes. A pesar de ello, la propuesta se ha estructurado con base en evidencia teórica y metodológica sólida, lo que permite su futura aplicación con ajustes mínimos.

Para futuras implementaciones, sería recomendable contar con acceso a una mayor variedad de pruebas de evaluación, ampliar el tiempo disponible para su desarrollo y ejecución, y fomentar colaboraciones interdisciplinarias que fortalezcan la intervención. Asimismo, la posibilidad de realizar pruebas piloto permitiría perfeccionar el programa y evaluar su efectividad en diferentes contextos, garantizando así su aplicabilidad y beneficio para la población adulta mayor.

9.2. Prospectiva

El presente Trabajo de Fin de Máster aporta una propuesta de intervención innovadora dentro del ámbito gerontológico, enfocada en la psicoestimulación domiciliaria para adultos mayores que viven solos y no presentan deterioro cognitivo. Su utilidad radica en la posibilidad de brindar estrategias estructuradas que favorezcan el mantenimiento de las funciones cognitivas, la salud emocional y la integración social de esta población, contribuyendo a la promoción de un envejecimiento activo y saludable. En este sentido, la propuesta no solo beneficia a los participantes, sino que también representa un recurso valioso para profesionales de la gerontología, cuidadores y familiares, al proporcionar herramientas de fácil aplicación que pueden integrarse en la vida cotidiana de los adultos mayores.

Si bien la intervención ha sido diseñada con base en un sólido marco teórico y metodológico, su implementación futura permitirá evaluar con mayor precisión el impacto

real de las actividades propuestas. La aplicación práctica del programa brindará la oportunidad de medir la efectividad de los ejercicios en la mejora del bienestar integral de los participantes, así como su viabilidad en distintos contextos socioculturales. De esta manera, se podrán realizar ajustes y adaptaciones que optimicen su alcance y aplicabilidad.

En cuanto a la resolución del problema planteado en la introducción, la propuesta establece una alternativa accesible y estructurada para responder a las necesidades de los adultos mayores que viven solos, ofreciendo una vía efectiva para fortalecer su bienestar y prevenir el deterioro cognitivo. Sin embargo, su impacto solo podrá medirse de manera objetiva a través de futuras implementaciones que permitan recopilar datos empíricos sobre su eficacia. En este sentido, el programa representa un punto de partida para desarrollar nuevas estrategias que complementen y amplíen las intervenciones en psicoestimulación dentro del ámbito domiciliario.

A partir de este trabajo, se abren múltiples líneas de investigación y desarrollo. Una de ellas es la validación del programa mediante estudios longitudinales que permitan evaluar su efectividad en el tiempo y en distintos grupos de adultos mayores. Asimismo, sería relevante explorar la posibilidad de integrar herramientas tecnológicas en la intervención, como aplicaciones móviles o plataformas interactivas que faciliten el acceso a las actividades y permitan su seguimiento a distancia.

Otra línea de investigación futura podría centrarse en la adaptación del programa a poblaciones con características específicas, como adultos mayores en zonas rurales, personas con dificultades de movilidad o aquellos que cuentan con redes de apoyo limitadas. Además, sería de gran interés analizar el papel de los familiares y cuidadores en la aplicación de la psicoestimulación domiciliaria, con el fin de diseñar estrategias de acompañamiento que potencien su efectividad.

Finalmente, para garantizar la sostenibilidad del programa, sería recomendable fomentar colaboraciones con instituciones y organismos que trabajen en el ámbito gerontológico, como centros de día, asociaciones de adultos mayores y servicios de atención domiciliaria. La integración de esta propuesta en políticas de salud pública podría

representar un avance significativo en la promoción del envejecimiento activo y la prevención del deterioro cognitivo en la comunidad.

En conclusión, este TFM sienta las bases para futuras investigaciones y desarrollos en el campo de la psicoestimulación domiciliaria, ofreciendo una alternativa innovadora que puede ser implementada, ajustada y enriquecida con nuevos enfoques. Su impacto en la comunidad gerontológica dependerá de su puesta en práctica y evaluación continua, permitiendo así mejorar la calidad de vida de los adultos mayores a través de estrategias accesibles y adaptadas a sus necesidades, sin la necesidad de salir de su domicilio y trasladarse a centros especializados.

Referencias bibliográficas

- Asamblea Nacional. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*.
https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_d_e_bolsillo.pdf
- Badia, M., Mauri, T., & Monereo, C. (2006). Intervenciones psicoeducativas en el adulto mayor. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Baltes, P. B., and Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press.
- Bauer, M., Bick, D., and Riepe, M. W. (2014). Person-centered care: A systematic review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 51(10), 1317–1333.
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). *Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health* (I. Kawachi, Ed.). Academic Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195083316.003.0007>.
- Bowers, B., Esmond, G., & Jacobson, N. (2006). The role of home care in the care of older people. *The Gerontologist*, 46(1), 75–83.
- Buchanan, J. R., Wood, F., & O'Connor, M. (2020). The role of family in person centered care. *Health & Social Care in the Community*, 28(4), 1161–1168.
- Burgener, S. C., & Buckwalter, K. C. (2009). Interventions for improving quality of life in dementia: The importance of context. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*, 8(1), 97–115.
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *Lancet*, 391(10119), 426. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30142-9).
- 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>.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (13 de diciembre de 2022). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48567-envejecimiento-america-latina-caribe-inclusion-derechos-personas-mayores>.

Congreso Nacional. (1991). *Ley del Anciano*. Registro Oficial No. 368.

<https://biblioteca.defensoria.gob.ec/bitstream/37000/799/1/Ley%20del%20Anciano.pdf>

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2013). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*.

Springer Science & Business Media. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4899-2271-7>

Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., & Nay, R. (2014). Person-centered care for people with dementia: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*, 23(11–12), 1524–1537.

Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., & McAuliffe, L. (2014). The influence of the physical and social environment on the implementation of person-centred care: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(11–12), 1573–1583.

Escarrabill, J. (2018). La atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional. *Atención Primaria*, 30(5), 304–309.

Escudero, J. (2003). Evaluación de programas educativos y de intervención social. Editorial Síntesis.

Fernández, M., López, R., & Pérez, J. (2021). Impacto de la psicoestimulación en el bienestar emocional de los adultos mayores. *Revista de Gerontología*, 35(2), 120–135.

García, J. F., & Pérez, M. A. (2018). *Recursos humanos, financieros y materiales para la atención a las personas mayores en el Área II, del Municipio Cienfuegos*.
<https://www.grin.com/document/1309040>

González, M., García, M., & Pérez, C. (2017). Efectividad de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores. *Revista de Gerontología*, 14(3), 140–146.

González, J., Martínez, L., & Rodríguez, A. (2020). La importancia de la atención domiciliaria en la salud de los adultos mayores. *Salud Pública y Sociedad*, 10(2), 76–89.

Gómez, A., & Ruiz, L. (2022). Psicoestimulación y autonomía en la vejez. *Journal of Aging Studies*, 29(1), 45–58.

Gitlin, L. N., Kales, H. C., & Litzkow, M. (2016). A biobehavioral home-based intervention for patients with dementia and their family caregivers: A randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(2), 315–321.

- Harman, D. (2001). Aging: Overview. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 928(1), 1-21.
<https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb05629.x>
- Harper, S. (2014). *Aging Societies: Myths, Challenges and Opportunities*. Edward Elgar Publishing.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>.
- Hawranik, P., Bancej, C., & Wilkins, S. (2019). The impact of home care on quality of life for older adults. *Canadian Journal on Aging*, 38(4), 526–537.
- Hwang, S. Y., & Kuo, H. C. (2016). Impact of person-centered care on healthcare utilization among older adults: A systematic review. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(4), 372–380.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). Desafíos y oportunidades para el Ecuador ante el envejecimiento poblacional.
- Kearney, M., DeCaro, M., & Heffernan, D. (2021). The role of meaningful activities in promoting well-being among older adults. *Aging & Mental Health*, 25(6), 1053–1060.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first* (T. Kitwood, Ed.). Open University Press.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- López, R., Martínez, J., & Rojas, M. (2018). Apoyo y atención domiciliaria en adultos mayores: Un enfoque integral. *Revista española de geriatría y gerontología*, 16(2), 102–111.
- López, M., Martín, J., & Sánchez, P. (2021). Intervenciones de estimulación cognitiva en adultos mayores. *Salud y Sociedad*, 12(3), 250–265.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.

- Martínez, T. (2014). La atención personalizada en servicios gerontológicos. En P. Rodríguez & A. Vilà (Eds.), *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y aplicaciones en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad* (pp. 280-293). Tecnos.
- Martínez Rodríguez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: Modelos de atención y evaluación*. Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Martínez, L., González, A., & Pérez, S. (2020). Intervenciones de psicoestimulación en adultos mayores sin deterioro cognitivo: Un enfoque domiciliario. *Journal of Aging Studies*, 34(1), 85–92.
- Martínez, T., & & González, E. (2019). La neuroplasticidad y su relación con la psicoestimulación. *Neurociencia y Comportamiento*, 16(4), 300–315.
- McCormack, B., and McCance, T. (2017). Person-centered practice in nursing and health care: Theory and practice. *Wiley Blackwell*.
- McCulloch, J., Hine, C., & Clegg, A. (2018). The importance of dignity in home care for older people. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), 162–170.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2013). *Guía operativa del modelo de atención y gestión de los centros residenciales para personas adultas mayores*.
<https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/GUIA-PAM-RESIDENCIAL.pdf>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2019). *Atención domiciliaria para personas adultas mayores*. <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/MAQUETACIÓN-DOMICILIARIA.pdf>
- Ministerio de inclusión económica y social. (2019). *Normas técnicas para la implementación y prestación de servicios de atención y cuidado para personas adultas mayores* (L. M. Garcés, B. Cordero, S. Vela, S. T. Lucero, M. G. Vinocunga, S. J. Proaño, & R. O. Herrería, Eds.). Ministerio De Inclusión económica y social.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2023). En Cuenca se fortalecen servicios de atención para adultos mayores.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). *Envejecimiento y vejez: Perspectiva de políticas públicas*. Salud.

- Ministerio de Salud Pública. (2007). *Políticas integrales de salud adulto y adulto mayor* (L. P. Figueroa & J. S. Manrique, Eds.). Ministerio de Salud Pública.
- Mora, A. (2021). La importancia del lenguaje en la atención a los adultos mayores. *Cuidado y Salud*, 25(2), 101-112.
- Mora, A., & Ruiz, L. (2021). Participación del paciente en la atención domiciliaria: Beneficios y desafíos. *Journal of Home Care*, 15(1), 34–48.
- Noble, D. J., & O'Donnell, M. (2020). Cognitive interventions for older adults: A review of recent studies. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 33(1), 35–45.
- Naciones Unidas. (2019). *Informe sobre el envejecimiento y la salud*.
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social. (2019). *Guía de atención a personas adultas mayores en situación de dependencia*. <https://oiss.org/wp-content/uploads/2019/05/GUIA-ATENCION-PERSONAS-ADULTAS-.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Envejecimiento y salud*.
- Pérez, R. (2021). Revisando la terminología: Un enfoque hacia el envejecimiento positivo. *Salud y Sociedad*, 14(3), 150–162.
- Pérez, J., Rodríguez, A., & Martínez, C. (2019). La personalización de actividades para adultos mayores: Un enfoque práctico. *Revista Latinoamericana de Gerontología*, 10(1), 45–58.
- Pérez, J., Rodríguez, M., & Torres, A. (2020). Neuroplasticidad en adultos mayores: Implicaciones para la psicoestimulación. *Revista de Psicología y Envejecimiento*, 8(1), 30–42.
- Pérez, J., & López, M. (2022). Intervenciones psicoestimuladoras en el cuidado domiciliario de adultos mayores. *Revista de Psicología y Salud*, 19(4), 221–235.
- Pereira, L., & Fernández, M. (2019). Influencia de las variables sociodemográficas en el envejecimiento cognitivo. *Revista de Gerontología y Geriatria*, 54(3), 225-232.
- Primicias. (2023). En Ecuador hay más de 18.000 personas mayores de 95 años. Recuperado de Primicias

- Ramírez, T., & Torres, E. (2019). Atención centrada en la persona en el hogar: Un enfoque necesario. *Geriatrics and Gerontology International*, 19(5), 346–353.
<https://doi.org/10.1111/ggi.13477>
- Ramírez, T., & Torres, E. (2022). Transiciones en la vida de los adultos mayores: Retos y oportunidades. *Journal of Aging Studies*, 18(4), 230–245.
- Ramos, E., García, R., & Salazar, A. (2019). La atención domiciliaria como estrategia para el cuidado de adultos mayores: Una revisión. *Revista de Geriátría y Gerontología*, 15(3), 210–220.
- Rodríguez, M. A. (2017b). *Redes de apoyo social en adultos mayores que viven solos en Ecuador* (M. A. Rodríguez, Ed.). Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440.
<https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>.
- Sánchez, C., Fernández, A., & Castro, R. (2020). Desafíos en la atención domiciliaria: Formación y coordinación de cuidadores. *Cuidado y Salud*, 28(2), 190–202.
- Secretaría Nacional de Planificación. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida*. Secretaría Nacional de Planificación. <https://www.planificacion.gob.ec/el-plan-nacional-de-desarrollo-2017-2021-toda-una-vida-se-socializoen-morona-santiago/>
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. *British Journal of Psychiatry*, 183(3), 248–254.
- Toscano, L., & González, A. (2022). Características de las intervenciones de psicoestimulación en la tercera edad. *Journal of Gerontological*, 10(2), 75–89.
- Tucker, S., Lee, C., & Hays, J. (2018). Social support and quality of life among older adults in home care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(4), 412–421.
- UNICEF. (2024). *Panorama de los programas de visitas domiciliarias en América Latina y el Caribe*. <https://thedialogue.org/wp-content/uploads/2024/12/Panorama-de-los-Programas-de-Visitas-Domiciliarias-en-America-Latina-y-el-Caribe-Final-3.pdf>
- Vásquez, K. (2020). Intervención Neuropsicológica en un Grupo de Adultos Mayores del Centro Geriátrico "Casa del Abuelo". <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/10247>

Victor, C. R., Scambler, S. J., & Bond, J. (2018). The social and economic costs of loneliness: A review of the evidence. *The Journal of Social Issues*, 74(1), 1–21.

Wahl, H. W., Iwarsson, S., & Oswald, F. (2019). Aging in context: The importance of environmental factors. *The Gerontologist*, 59(4), 563–573.

World Health Organization. (Abril de 2001). *Health and Ageing: a discussion paper, Preliminary version*. <https://iris.who.int/handle/10665/66682>.

Anexo A. Índice de Barthel

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

ÍNDICE DE BARTHEL (IB) (Versión Original. Actividades Básicas de la Vida Diaria)¹ FICHA N° 3a				
Nombre del Usuario		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad	Años	Meses:	Aplicado por:	
A continuación encontrará 10 ítems correspondientes a actividades básicas 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.			Fecha aplicación primer semestre dd / mm / aa	Fecha aplicación segundo semestre dd / mm / aa
1. COMER				
0	Incapaz			
5	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.			
10	Independiente: (puede comer solo)			
2. TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA				
0	Incapaz, no se mantiene sentado.			
5	Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado			
10	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)			
15	Independiente			
3. ASEO PERSONAL				
0	Necesita Ayuda con el Aseo Personal			
5	Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.			

¹ Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzabeitia I. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993.

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



EL GOBIERNO
DE TODOS

Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

4. USO DEL RETRETE (ESCUSADO, INODORO)			
0	Dependiente.		
5	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo		
10	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)		
5. BAÑARSE/DUCHARSE			
0	Dependiente.		
5	Independiente para bañarse o ducharse		
6. DESPLAZARSE			
0	Inmóvil		
5	Independiente en silla de ruedas en 50 metros		
10	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)		
15	Independiente al menos 50m con cualquier tipo de muleta excepto andador		
7. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS			
0	Incapaz		
5	Necesita ayuda física o verbal puede llevar cualquier tipo de muleta.		
10	Independiente para subir y bajar.		
8. VESTIRSE O DESVERTIRSE			
0	Dependiente.		
5	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda		

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

10	Independiente incluyendo botones, cremalleras (cierres) y cordones		
9. CONTROL DE HECES			
0	Incontinente, (o necesita que le suministren enema)		
5	Accidente excepcional (uno por semana)		
10	Continente		
10. CONTROL DE ORINA			
0	Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa		
5	Accidente excepcional (máximo uno por 24 horas)		
10	Continente, durante al menos 7 días.		
PUNTUACION TOTAL :			

Puntuación máxima total: 100 puntos /90 puntos si utiliza silla de ruedas

Puntos de corte:

0 - 20	Dependencia Total
21 – 60	Dependencia Severa
61 - 90	Dependencia Moderada
91 - 99	Dependencia Escasa
100	Independencia
90	Independencia *Uso de silla de ruedas

FIRMA DEL EVALUADOR:

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

INSTRUCTIVO: ²

El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia, esto en su versión original.

El IB, se define como: “Medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades

Los valores asignados a cada actividad se basan en el tiempo y cantidad de ayuda física requerida si el paciente no puede realizar dicha actividad. El crédito completo no se otorga para una actividad si el paciente necesita ayuda y/o supervisión mínima uniforme; por ejemplo, si él no puede realizar con seguridad la actividad sin alguien presente.

Las condiciones ambientales pueden afectar la puntuación en el IB del paciente; si él tiene requerimientos especiales para realizar sus AVD en el hogar (con excepción de adaptaciones generales), su puntuación será baja cuando éste no pueda realizarlas. Los ejemplos son: barandales en ambos lados, pasillos y puertas amplias para el acceso de sillas de ruedas, cuartos en el mismo nivel, barras o agarraderas en el cuarto de baño, en tina e inodoro. Para ser más valiosa la evaluación, una explicación de los requisitos ambientales especiales debe acompañar el IB de cada paciente cuando éstos estén indicados.

El IB de cada paciente se evalúa al principio y durante el tratamiento de rehabilitación, así como al momento del alta (máximo avance). De esta manera, es posible determinar cuál es el estado funcional del paciente y cómo ha progresado hacia la independencia. La carencia de mejoría de acuerdo al IB después de un periodo de tiempo razonable en el tratamiento indica generalmente un potencial pobre para la rehabilitación.

² Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación- Claudia Lorena Barrero Solís y cols.
Derechos reservados, Copyright © 2005: Asociación Internacional en Pro de la Plasticidad Cerebral,

Anexo B. Escala de Lawton y Brody

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

ESCALA DE LAWTON Y BRODY (ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA)¹				
FICHA N° 3b				
Nombre del Usuario:		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
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.</p> <p>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, Mejjide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011; 72 (1):11-16 Recibido: 15/10/2011; Aceptado:03/01/2011

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

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 si 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>

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

INSTRUCTIVO:³

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Publicada en 1969 y desarrollada en el Philadelphia Geriatric Center para evaluación de autonomía física y AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria) en población anciana institucionalizada o no. La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Su traducción al español se publicó en el año 1993.

Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar no sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems.

Ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador. Es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro de la persona adulta mayor.

Descripción y normas de aplicación:

Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía. A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos.

Cualquier miembro del equipo puede aplicar esta escala pero debe estar motivado, concienciado y entrenado.

Fiabilidad, validez y limitaciones:

³Tomado de: Olazarán, J., et al. (2005). Validez clínica de dos escalas de actividades instrumentales en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 20 (8), 395-401.

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

Presenta un coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0.94). No se han reportado datos de fiabilidad. Su principal limitación es la influencia de aspectos culturales y del entorno sobre las variables que estudia, siendo necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona.

Algunas actividades requieren ser aprendidas o de la presencia de elementos externos para su realización. Las actividades instrumentales son difíciles de valorar en pacientes institucionalizados por las limitaciones impuestas por el entorno social propio del centro.

No todas las personas poseen la misma habilidad ante un mismo grado de complejidad y la puntuación de diversos parámetros de la escala puede reflejar ciertas limitaciones sociales más que el verdadero grado de capacidad del individuo. Se considera una escala más apropiada para las mujeres puesto que muchas de las actividades que mide la escala han sido realizadas tradicionalmente por ellas pero también se recomienda su aplicación en hombres aunque todavía están pendientes de identificar aquellas actividades instrumentales realizadas por ellos según los patrones sociales.

Anexo C. Escala de Ansiedad Geriátrica de Yesavage (GDS)

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE¹ FICHA N° 3d

Escala de Yesavage (Screening de Depresión)				
Nombre del Usuario:			Zona:	Distrito:
				Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad:	Años	Meses	Fecha de aplicación:	Aplicado por:

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	si	NO
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	no
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	NO
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	no
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	si	NO
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	SI	no
13.	¿Se siente lleno de energía?	si	NO
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	SI	no
Las respuestas que indican depresión están en NEGRITA Y MAYÚSCULAS . Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO .			Total:

FIRMA DEL EVALUADOR

¹ Sheik JI, Yesavage JA Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 1986; 5:165-172.

INSTRUCTIVO:²

Puntuación total: 15 puntos

PUNTOS DE CORTE:

No depresión	0-5 puntos
Probable depresión	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

Tiempo de administración: 10-15 minutos.

Normas de aplicación: El evaluador lee las preguntas al paciente sin realizar interpretaciones de los ítems y dejando claro al paciente que la respuesta no debe ser muy meditada). La respuesta debe ser “sí” o “no” y debe referirse a cómo se ha sentido el paciente la semana anterior.

² Aguado c, Martínez j, Onís mc et al.(2000). adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la “Geriatric Depression scale” (gds) de Yesavage. *atención primaria*, 26 (supl 1): 328.

Anexo D. Escala de Estrés Percibido (PSS)

Versión española (2.0) de la Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor.

Escala de Estrés Percibido - Perceived Stress Scale (PSS) – versión completa 14 ítems.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indique con una “X” cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4

4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS)

Esta escala es un instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

Artículos originales sobre la Perceived Stress Scale (PSS)

- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cohen, S. and Williamson, G.M. (1988) Perceived stress in a probability sample of the United States. In: S. Spacapan and S. Oskamp (Eds.) *The social psychology of health*. Newbury Park, CA: Sage.

Artículos con información sobre la adaptación y validación en España.

- Remor E. & Carroble JA. (2001). Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), 195-201.
- Remor E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (1), 86-93.

PSS-10

Una versión corta se puede obtener del pool de ítems de la PSS versión completa. La PSS-10. La puntuación de la PSS-10 se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 6, 7, 8, y 9) e sumando todos los 10 ítems (1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 14).

Para mayor información contactar con:

Prof. Dr. Eduardo Remor

Dpto. de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. 28049 Madrid, España

e-mail: eduardo.remor@uam.es

Anexo E. Cuestionario COPE abreviado

COPE-28 (Según el original de Carver, 1997)

Traducido por Consuelo Morán y Dionisio Manga

INSTRUCCIONES. Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga 0, 1, 2 o 3 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias.

1. ____ Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.
2. ____ Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.
3. ____ Acepto la realidad de lo que ha sucedido.
4. ____ Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.
5. ____ Me digo a mí mismo "esto no es real".
6. ____ Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.
7. ____ Hago bromas sobre ello.
8. ____ Me critico a mí mismo.
9. ____ Consigo apoyo emocional de otros.
10. ____ Tomo medidas para intentar que la situación mejore.
11. ____ Renuncio a intentar ocuparme de ello.
12. ____ Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.
13. ____ Me niego a creer que haya sucedido.
14. ____ Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.
15. ____ Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.
16. ____ Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.
17. ____ Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.
18. ____ Busco algo bueno en lo que está sucediendo.
19. ____ Me río de la situación.

20. ____ Rezo o medito.
21. ____ Aprendo a vivir con ello.
22. ____ Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.
23. ____ Expreso mis sentimientos negativos.
24. ____ Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.
25. ____ Renuncio al intento de hacer frente al problema.
26. ____ Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.
27. ____ Me echo la culpa de lo que ha sucedido.
28. ____ Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.

Anexo F. Entrevista semiestructurada

Entrevista Semiestructurada: Satisfacción con el Apoyo Recibido

Fecha: _____

Nombre del entrevistado: _____

Edad: _____

Género: _____

Entrevistador/a: _____

I. Introducción

"Gracias por su tiempo. Queremos conocer su experiencia en el programa de psicoestimulación domiciliaria y cómo ha percibido el apoyo recibido. No hay respuestas correctas o incorrectas; su opinión es muy valiosa."

II. Dimensiones de Evaluación

1. Satisfacción general con el programa

- ¿Cómo describiría su experiencia general en el programa de psicoestimulación domiciliaria?
- En una escala del 1 al 5 (1 = nada satisfecho, 5 = muy satisfecho), ¿cómo calificaría su nivel de satisfacción con el programa? ¿Por qué?

2. Calidad del apoyo recibido

- ¿Cómo ha sido la comunicación con los profesionales que han trabajado con usted?
- ¿Siente que los terapeutas han sido atentos y comprensivos con sus necesidades?

- ¿Qué aspectos del apoyo recibido le han resultado más útiles?

3. Impacto en la autonomía y bienestar

- ¿Ha notado cambios en su capacidad para realizar actividades cotidianas desde que inició el programa? ¿Cuáles?
- ¿Ha sentido una reducción en el estrés o la ansiedad en su vida diaria?
- ¿Cree que el programa le ha ayudado a sentirse más seguro/a en su hogar?

4. Redes de apoyo y participación social

- ¿El programa le ha ayudado a fortalecer su relación con familiares, amigos o vecinos? ¿De qué manera?
- ¿Se ha sentido acompañado/a y apoyado/a durante el proceso?
- ¿Qué tipo de apoyo adicional le gustaría recibir en el futuro?

5. Sugerencias para mejorar

- ¿Hay algo que le gustaría que se hiciera diferente en el programa?
- ¿Qué recomendación daría a otras personas mayores que puedan participar en este programa en el futuro?

III. Cierre de la Entrevista

"Muchas gracias por compartir su experiencia. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar el programa y brindar un mejor apoyo a otras personas mayores como usted. ¿Hay algo más que le gustaría agregar?"