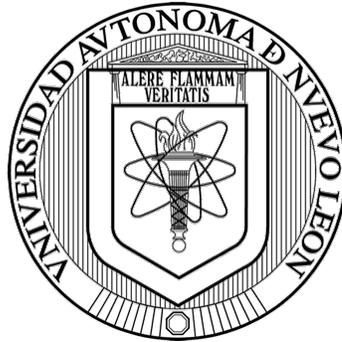


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INTERVENCIÓN SOBRE ESTRATEGIAS DE COMPENSACIÓN DE MEMORIA

PARA LA MEJORA FUNCIONAL EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

Por

ME. YARISBETH QUEZADA RAMÍREZ

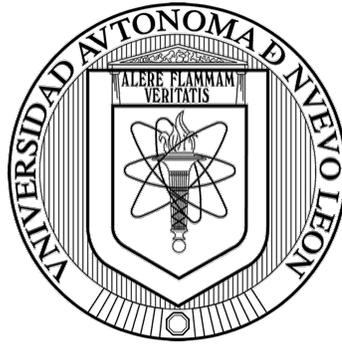
Como requisito para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2024

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INTERVENCIÓN SOBRE ESTRATEGIAS DE COMPENSACIÓN DE MEMORIA
PARA LA MEJORA FUNCIONAL EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

Por

ME. YARISBETH QUEZADA RAMÍREZ

Director de Tesis

BERTHA CECILIA SALAZAR GONZÁLEZ, PHD.

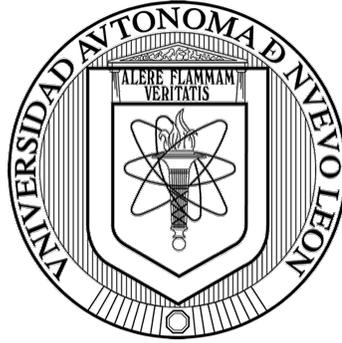
Como requisito para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2024

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INTERVENCIÓN SOBRE ESTRATEGIAS DE COMPENSACIÓN DE MEMORIA
PARA LA MEJORA FUNCIONAL EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

Por

ME. YARISBETH QUEZADA RAMÍREZ

Asesor Estadístico

DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA

Como requisito para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2024

INTERVENCIÓN SOBRE ESTRATEGIAS DE COMPENSACIÓN DE MEMORIA
PARA LA MEJORA FUNCIONAL EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

Aprobación de tesis

Bertha Cecilia Salazar González, PhD.

Director de Tesis

Bertha Cecilia Salazar González, PhD.

Presidente

Dra. Claudia Jennifer Domínguez Chávez

Secretario

Dra. Yolanda Flores Peña

1er. Vocal

Dra. Velia Margarita Cárdenas Villareal

2do. Vocal

Dra. Perla Lizeth Hernández Cortés

3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT), por la beca proporcionada para realizar y concluir mis estudios de Doctorado.

A las autoridades de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y a la Subdirección de Posgrado e Investigación de la FAEN por su liderazgo e innovación en la investigación de Enfermería y por permitirme formarme en un programa de excelencia.

A la Dra. Bertha Cecilia Salazar González por ser una guía y un apoyo a lo largo de mi formación en el programa, atesoro cada una de sus enseñanzas.

A la Dra. Perla Lizeth Hernández Cortés, Dra. Claudia Jennifer Domínguez Chávez, Dra. Velia Margarita Cárdenas Villareal y Dra. Yolanda Flores Peña por su contribución a la dirección y conclusión de este trabajo.

A la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres, Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez y a todos los docentes del Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería, gracias por sus enseñanzas.

A las autoridades de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México por su apoyo y respaldo institucional para la realización de los estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

A las y los coordinadores de los centros gerontológicos por confiar en el proyecto y por las gestiones para el acceso.

A todas las personas adultas mayores que participaron en el estudio.

Dedicatoria

A mi familia, gracias, mamá por ser un gran apoyo toda mi vida y por siempre creer en mí. Papá, gracias por apoyar mis estudios y enseñarme la importancia de la educación como un activo para la calidad de vida de las personas, sé que al trascender siempre me acompañas junto a mi Vicente.

A mi hermana Aracely porque siempre has sido una influencia y guía en mi vida.

A Raúl por tu amor, cuidados y por apoyarme en este proceso. A Vicente, por tu amor incondicional y a Nacho por mostrarme que siempre se puede volver a empezar, por acompañarme y protegerme.

A la Dra. Laura Morán Peña, gracias por ser una inspiración y guía desde el día que la conocí y por todas las oportunidades de aprendizaje que me ha permitido.

A mis compañeros del doctorado, ha sido un gusto aprender junto a ustedes, gracias por todo el apoyo en lo académico y lo personal.

A mis colegas y compañeras de trabajo, por sus palabras de ánimo y compañía en estos años.

A Gisel, Jazmín, María de la Luz y a todos mis estudiantes.

A la vida por el aprendizaje estos años, han sido tiempos desafiantes.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	5
El Modelo de Adaptación de Roy	5
Adaptación de personas adultas mayores frente al deterioro cognitivo leve: teoría de rango medio	7
Estudios Relacionados	12
Estrategias de compensación de memoria: uso y conocimiento	12
Actividades instrumentales de la vida diaria	18
Depresión	20
Ansiedad	22
Definición de términos	23
Objetivos	25
Capítulo II	
Metodología	27
Diseño del estudio	27
Población, muestreo y muestra	27
Estrategias de reclutamiento y retención	28
Procedimiento para la recolección de los datos	29
Instrumentos	29
Plan de análisis	36
Intervención	38
Administración de la intervención	44

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Procedimientos para la formación de los intervencionistas y la supervisión de la fidelidad de la intervención	44
Consideraciones éticas	45
Capítulo III	
Resultados	47
Características de los participantes	47
Confiabilidad de los instrumentos	49
Descriptivas de las variables de interés	51
Variables asociadas al uso de las estrategias de compensación de memoria	53
Efecto preliminar de la intervención piloto	54
Factibilidad	56
Aceptabilidad	60
Satisfacción de la intervención	61
Fidelidad de la intervención	63
Capítulo IV	
Discusión	64
Conclusiones	69
Limitaciones	70
Recomendaciones	71
Referencias	72
Apéndices	82
A. Anatomía de la Intervención sobre estrategias de compensación de memoria para la mejora funcional en personas adultas mayores	83

Tabla de Contenido

Contenido	Página
B. Carta de consentimiento informado	84
C. Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	86
D. Cédula de datos personales	89
E. Cuestionario Multifactorial de Memoria (MMQ)	90
F. Cuestionario de Compensación de la Memoria (MCQ)	93
G. Situaciones de Memoria (Conocimiento)	96
H. Cuestionario de autoeficacia en estrategias de memoria	97
I. Cuestionario de Actividad Funcional	98
J. DASS-21	99
K. Aceptabilidad	100
L. Fidelidad de la intervención	102

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Pruebas estadísticas de acuerdo con los objetivos/ hipótesis planteada	37
2. Carta descriptiva de la intervención	39
3. Características de los participantes	47
4. Olvidos presentados en recuerdo diferido del MoCA	49
5. Confiabilidad de los instrumentos	49
6. Prueba de normalidad para edad, años de estudio y variables del estudio con corrección de Lilliefors	50
7. Datos descriptivos de las variables del tiempo 1 vs tiempo 2	52
8. Correlación entre variables de interés y uso de estrategias de compensación de memoria	53
9. Prueba t de Student para diferencia de medias entre el pretest y el postest	55
10. Participantes reclutados por centro	58
11. Evaluación del acceso	60
12. Recursos para el aprendizaje y aplicación	61

Lista de Figuras

Figura	Página
1. C-T-E Adaptación de personas adultas mayores frente al deterioro cognitivo leve.	9
2. El modelo lógico de la intervención	44
3. Flujo de los participantes	59

Resumen

ME. Yarisbeth Quezada Ramírez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de graduación: Agosto, 2024

Título del estudio: INTERVENCIÓN SOBRE ESTRATEGIAS DE
COMPENSACIÓN DE MEMORIA PARA LA MEJORA
FUNCIONAL EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

Número de páginas: 102

Candidata para obtener el grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Cuidado en salud en: a) Riesgo de desarrollar estados crónicos y b) en grupos vulnerables.

Objetivo y método del estudio: Determinar el efecto preliminar sobre capacidad funcional, y evaluar la factibilidad y aceptabilidad de una intervención piloto enfocada en el uso de estrategias de compensación de memoria, en personas adultas mayores con deterioro cognitivo leve. El estudio fue guiado por el modelo de adaptación de Roy. Estudio cuasiexperimental, pre-post test de un solo grupo. Muestreo por conveniencia de personas adultas mayores que acudían a centros gerontológicos de la Ciudad de México. La intervención abordó notas recordatorias, alarmas, calendarios, asociaciones y mnemotecnias como estrategias de compensación de memoria; con 6 sesiones de 60 minutos, una por semana. La evaluación cognitiva de Montreal sirvió como instrumento de tamizaje del deterioro cognitivo. Se aplicó la Caja de Herramientas de Estrategias de Memoria (conocimiento), el Cuestionario Multifactorial de Memoria (errores de memoria), Cuestionario de Compensación de la Memoria, Cuestionario de Autoeficacia en Estrategias de Memoria y el Cuestionario de Actividad Funcional y se solicitó información sociodemográfica. Para describir las características de los participantes y de los instrumentos se aplicó estadística descriptiva, la *t* de Student para diferencia de medias pre-post y coeficientes de correlación.

Resultados y conclusiones: 41 personas adultas mayores iniciaron la intervención, 35 de éstas la completaron y 33 (80.48%) acudieron a la evaluación posttest. La atrición fue 14.63% ($n = 6$). La mayoría de los participantes correspondió a mujeres (32) 96.9%. La media de edad fue de 72.51 años ($DE = 7.01$), escolaridad promedio 11.70 años ($DE = 4.33$). El 32% ($n = 11$) señaló tener pareja, 54.5% ($n = 18$) vive con un familiar. La prueba *t* de Student pre-post mostró diferencia de medias significativas en: conocimiento de estrategias de compensación de memoria ($t = -5.75$, $gl = 32$, $p < .01$), conciencia de errores de memoria ($t = -6.82$, $gl = 32$, $p < .05$), uso de estrategias de compensación de memoria general ($t = -5.89$, $gl = 32$, $p < .05$), uso de estrategias de memoria externa ($t = -11.66$, $gl = 32$, $p < .05$), interna ($t = -8.44$, $gl = 32$, $p < .05$), de confianza ($t = -5.90$, $gl = 32$, $p < .05$) y autoeficacia ($t = -8.45$, $gl = 32$, $p < .05$). La capacidad funcional no mostró cambios significativos. Se encontró relación negativa entre el uso de las estrategias general y la conciencia de errores de memoria ($r = -.332$, $p < .05$) y ansiedad ($r = -.378$, $p < .01$) y relación positiva: conocimiento de las estrategias ($r = .335$, $p < .05$), actividad funcional ($r = .386$, $p < .01$), depresión ($r = .424$, $p < .01$). La

depresión ($r = -.453, p < .001$) y la ansiedad ($r = -.482, p < .001$) se relacionaron negativamente con la conciencia de errores de memoria, a mayor depresión y ansiedad, mayor percepción de errores de memoria. Fue factible implementar la intervención en los centros gerontológicos. Los participantes señalaron estar de acuerdo con el acceso, el aprendizaje y aplicación de los contenidos de la intervención en la vida diaria. Los resultados sugieren que la intervención dirigida al entrenamiento de estrategias de compensación de memoria tiene el potencial de incrementar los conocimientos y el uso de las estrategias de compensación de memoria, específicamente de las estrategias externas e internas. Los participantes reportaron mayor uso de las estrategias de compensación de memoria (proceso de afrontamiento *cognator*) posterior a la intervención y el uso de las estrategias se asoció con el conocimiento y la autoeficacia de las estrategias de compensación de memoria. No se encontró un cambio en la adaptación representado por la actividad funcional, lo que podría deberse a que los participantes obtuvieron altos puntajes de funcionalidad. La intervención mostró ser factible dado que se alcanzó el objetivo de reclutamiento, la tasa de retención, baja tasa de atrición y la aceptación por las personas adultas mayores. Sin embargo, es necesario revisar los métodos de reclutamiento. Los resultados confirmaron algunas relaciones propuestas por el modelo de adaptación de Roy, sin embargo, es necesario seleccionar participantes con limitaciones en la capacidad funcional para determinar si el uso de estrategias de compensación de memoria se traduce en mejoras de la funcionalidad.

FIRMA DE LA DIRECTORA DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

La proporción de personas adultas mayores (PAM) se incrementa rápidamente en casi todos los países como éxito de las políticas de salud pública cuyos avances reflejan el incremento de la esperanza de vida (Organización Mundial de Salud [OMS], 2017). El índice de envejecimiento definido como el número de PAM por cada cien niños y jóvenes (0 a 14 años) aumentó de 38 en 2015 a 47.7 en 2020 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020). Actualmente la proporción de PAM supera el 12% de la población total (15.4 millones aproximadamente) y de acuerdo con las proyecciones poblacionales del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2021), para el 2030 representarán 14.96%, es decir, habrá 20 millones 648 mil 733 PAM (Secretaría de General del Consejo Nacional de Población [SECONAPO], 2024).

Este panorama plantea importantes retos de salud pública ya que las necesidades de servicios de la población que envejece irán en aumento y se requieren estrategias que mantengan o mejoren su salud y capacidad funcional (Comisión Nacional de Derechos Humanos [CNDH], 2019). De acuerdo con el tercer objetivo de desarrollo sostenible de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015), es necesario implementar estrategias para garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades. La Ley de los derechos de las PAM en México (personas con una edad igual o superior a los 60 años), hace énfasis en propiciar las condiciones para su bienestar físico y mental a fin de que puedan ejercer plenamente sus capacidades, se incremente su autoestima y preserven su dignidad como seres humanos (Diario Oficial de la Federación, 2016).

En otro orden de ideas, mayores déficits en el funcionamiento ejecutivo y de memoria episódica se han asociado de manera más fuerte y consistente con un peor funcionamiento cotidiano en las personas adultas mayores (Tomaszewski-Farias et al., 2018). Declives en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria pueden desencadenar en la pérdida de la independencia física y dependencia de otros.

La Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México del ([ENASEM] INEGI, 2018), señala que el 10% de los hombres de 60 años y más afirmaron tener dificultad para vestirse, el 9% para caminar, 7% para acostarse/levantarse, 6% para usar el baño, 5% para bañarse y 3% para comer. Los porcentajes de dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria es mayor en las mujeres, el 14% reportó tener dificultad para vestirse, el 12% para caminar, seguido del 10% para acostarse/levantarse y usar el baño y el 4% para comer. Sin embargo, a nivel nacional no hay datos sobre las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) en PAM y en las que su desempeño involucra la cognición. Por lo que el deterioro cognitivo interfiere en su desempeño y con ello en la pérdida de independencia, lo cual tiene consecuencias en reducción de la calidad de vida y la carga económica y familiar.

En ese sentido la OMS (2017), reconoce la demencia como un problema de salud pública al ser una de las principales causas de discapacidad y dependencia de las PAM. Por lo que es importante tratar de evitar que las PAM con deterioro cognitivo progresen a demencia. Por ello, es importante valorar y monitorear el funcionamiento de las PAM en las (AIVD) o actividad funcional por ser las primeras en deteriorarse, cambios en ellas pueden permitir la identificación temprana de deterioro funcional (Lesende et al., 2012). Se ha reportado que limitaciones en AIVD específicas como salidas en medio de transporte y uso de mapas son predictores significativos de la futura incidencia de deterioro cognitivo leve (DCL) (Makino et al., 2020).

En relación con la prevalencia de DCL se estima que a nivel mundial se encuentra presente entre el 15% y el 20% de las personas de 60 años o más (Petersen, 2016). Al respecto los datos nacionales no se han actualizado; en el 2001 la ENASEM como se cita en Mejía et al. (2007), reportó una prevalencia de 7% de deterioro cognitivo funcional en personas adultas mayores de 65 años, por lo que es muy probable que dicha prevalencia sea mayor al haber aumentado la población de PAM. Es fundamental que se generen estrategias dirigidas a las necesidades de esta población ya

que el DCL es un estadio intermedio entre el deterioro cognitivo asociado a la edad y un deterioro más grave de demencia (Mayo Clinic, 2020). En torno a ello, Serrano et al. (2013) encontraron que el 27.1% de pacientes con alguno de los subtipos de DCL se convirtió a demencia tipo Alzheimer posterior a los 11-12 meses en promedio ($DE=0.183$), lo cual trae repercusiones aún mayores en la independencia de las personas.

Sin embargo, la literatura sugiere que existen estrategias de compensación de memoria que ayudan a los individuos a acomodarse a los déficits cognitivos. Un mayor uso de dichas estrategias predice menos dificultades funcionales en las actividades instrumentales de la vida diaria, independientemente del nivel cognitivo de la persona (Tomaszewski-Farias et al., 2018). Así mismo, diversos autores han encontrado un mayor uso de estrategias compensadoras de memoria posterior a intervenciones de entrenamiento de tipo cognitivo conductual (Chandler et al., 2016; Coe et al., 2019; Frankenmolen et al., 2018; Kinsella et al., 2016; Troyer et al., 2008).

Las intervenciones incluyen como variables resultado el uso y conocimiento de las estrategias de memoria y la autoeficacia asociada al comportamiento de memoria, pero dichos estudios no contemplan las AIVD como producto del mayor uso de estrategias de compensación de memoria. Por lo que se desconoce si un mayor uso de estrategias de compensación de memoria se traduce en mejora de la actividad funcional en PAM mexicanas, por lo que el estudio se considera original.

En México existen pocos estudios sobre las estrategias de compensación de memoria; Domínguez et al. (2021) llevaron a cabo un estudio descriptivo sobre las estrategias de compensación de memoria y el estado cognitivo en una muestra de PAM mexicanas. Actualmente no se cuenta con estudios nacionales acerca de su entrenamiento de manera que se desconoce la factibilidad, aceptación y resultados en este grupo de población.

El cuidado de las PAM con alteración en la memoria es un foco de atención para enfermería. NANDA International (Herdman & Kaitsuru, 2021) incluye dentro de los

diagnósticos enfermeros del dominio percepción cognición, el *deterioro de la memoria* y lo define como la “incapacidad persistente para recordar partes de información o habilidades” (p. 354), dentro de las características definitorias incluye la incapacidad para recordar eventos, información sobre los hechos o si ya realizó una actividad o no, olvidar realizar una actividad o tarea en el momento programado para ello y, olvidos en general. Actualmente, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC, por sus siglas en inglés) sugiere para este diagnóstico el *Entrenamiento de la memoria*, consistente en “técnicas de memoria adecuadas como imaginación visual, uso de dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, elaboración de listas, utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información” (Bulechek et al., 2013, p. 204), todas ellas corresponden a estrategias de compensación de memoria.

Los escasos estudios sobre compensación de memoria reportan que las PAM hacen poco uso de ellas y no hay registros nacionales sobre una intervención dirigida a entrenar el uso de las estrategias. Por lo que, es necesario contar con una intervención útil para esta población a fin de favorecer su autonomía en situaciones de la vida diaria, además que mantenerlos activos cognitivamente tiene el potencial de evitar o retrasar el declive cognitivo. Por lo que la innovación de este estudio radica en el diseño de una intervención piloto para entrenar a personas adultas mayores mexicanas con deterioro cognitivo leve (DCL) en el uso de estrategias de compensación de memoria y determinar sus efectos sobre actividades funcionales.

Se considera apropiado el modelo de adaptación de Roy para guiar esta propuesta dado que contempla el proceso de afrontamiento *cognator* que involucra canales cognitivo-emocionales (percepción, procesamiento de información, aprendizaje, juicio, entre otros). Esto incluye actividades selectivas de atención y memoria semejante a lo que implica las estrategias de compensación de memoria. Por lo anterior, el presente estudio tiene el propósito de determinar el efecto preliminar sobre la capacidad

funcional, y evaluar la factibilidad y aceptabilidad de una intervención piloto enfocada en el uso de estrategias de compensación de memoria, en personas adultas mayores con deterioro cognitivo leve.

Marco Teórico

En este apartado se describe brevemente el modelo de adaptación de Roy, enseguida los conceptos a utilizar de este modelo, los estudios relacionados y posteriormente la descripción de los conceptos de interés.

El Modelo de Adaptación de Roy

El modelo de adaptación Roy tiene como fundamento la teoría de sistemas (von Bertalanffy, 1968) y la teoría de la adaptación de Helson (1964). En este modelo la persona es un sistema adaptativo y un todo compuesto de partes, que funciona como una unidad con un propósito (Roy, 2009). Toda persona recibe estímulos ya sean internos o externos y para afrontarlos emplea procesos innatos o adquiridos para adaptarse, lo que resulta en un comportamiento para mantener o recuperar su adaptación o por el contrario terminar en una respuesta inadecuada. Con base en lo anterior, el objetivo de enfermería es promover la adaptación de los individuos y grupos contribuyendo a su salud, calidad de vida y/o a morir con dignidad mediante la evaluación de los comportamientos y los factores que influyen en las capacidades de adaptación y la intervención para mejorar las interacciones ambientales.

Los conceptos clave del modelo de adaptación son: estímulos, procesos de afrontamiento, respuestas adaptativas y adaptación. La autora define adaptación como “el proceso y el resultado por el que la persona que piensa y siente, como individuo o grupo, utiliza la conciencia y la elección para crear una integración humana y medioambiental” (p. 26). En el modelo el entorno tiene un papel importante en la salud ya que se refiere a todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y al comportamiento de las personas y los grupos.

En el entorno identifica estímulos focales, contextuales y residuales. El estímulo

focal puede ser interno o externo, es aquel que la persona enfrenta más inmediatamente y se encuentra más presente en su conciencia, por lo tanto, demanda su atención. El estímulo contextual es todo lo que está presente en la situación y contribuye al afecto del estímulo focal. El estímulo residual incluye aquellos efectos de una situación que no son claros por lo tanto dificulta su estudio. Cuando un estímulo residual se vuelve claro para la persona deja de ser residual y se convierte en contextual o focal (p. 64).

Entre los estímulos focal, contextual y residual existe un insumo interno al que denomina niveles de adaptación, referente a las condiciones de los procesos de vida de la persona: integrado, compensatorio y comprometido. Estos también son identificados como estímulos. En el nivel de adaptación integrado las estructuras y funciones de los procesos de vida trabajan como un todo para cubrir las necesidades humanas (p. 27). En el nivel compensatorio los procesos de afrontamiento *cognator* y el regulador han sido activados por un desafío a los procesos integrados. El tercer nivel es el comprometido, sucede cuando tanto los procesos integrados como los compensatorios son inadecuados y surge un problema de adaptación (p. 37).

Los diferentes estímulos son afrontados a partir de dos subsistemas: el regulador y el *cognator*. Al subsistema regulador lo llama innato porque involucra procesos fisiológicos de los sistemas neuronales, químicos y endócrinos independientes de la voluntad de la persona. El *cognator* (adquirido) actúa por medio de cuatro canales que incluye el procesamiento perceptivo y de información, aprendizaje, juicio y emoción. Dentro del procesamiento perceptivo y de la información incluye las actividades de atención selectiva, codificación y memoria. El aprendizaje implica la imitación, el refuerzo y la comprensión. El proceso de juicio abarca actividades como la resolución de problemas y la toma de decisiones (p.41).

Como ya se señaló, de los procesos de afrontamiento surgen respuestas o modos de adaptación (1) fisiológico, (2) autoconcepto, (3) función de rol e (4) interdependencia. En sus últimos libros la teorista extiende los modos o respuestas

adaptativas a grupos, sin embargo, para fines de esta propuesta solo se definirán en función del individuo.

El modo fisiológico aborda el comportamiento de los aspectos físicos, se asocia con la manera en que las personas como individuos interactúan como seres físicos con el ambiente. Abarca nueve componentes de los que cinco son necesidades básicas y cuatro procesos. Las necesidades son: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso y protección y los procesos comprenden sentidos, equilibrio de líquidos, electrolitos y ácido-base, función neurológica; y función endocrina.

El modo de auto concepto se define como el conjunto de creencias y sentimientos que un individuo tiene sobre sí mismo en un momento dado. Se compone por el yo físico, que incluye la sensación corporal y la imagen del cuerpo; y el yo personal, que incluye la coherencia del yo, el ideal del yo y el yo moral-ético-espiritual.

El modo, función de rol se centra en los papeles que el individuo ocupa en la sociedad. Se refiere al conjunto de expectativas sobre cómo se comporta un individuo que ocupa una posición con respecto a otro en otra posición. Por último, el modo de interdependencia para el individuo se centra en las interacciones relacionadas con dar y recibir amor, respeto y valor.

Adaptación de personas adultas mayores frente al deterioro cognitivo leve: teoría de rango medio

Los conceptos claves que se valoraron de acuerdo con el modelo de adaptación de Roy son: conciencia de errores de memoria, depresión y ansiedad como estímulos contextuales; la intervención representó el estímulo focal, el uso de estrategias de compensación de memoria representó el subsistema *cognator* y las actividades instrumentales de la vida diaria a la adaptación general. La figura 1 muestra el esquema de conceptos que se usaron guiados por el modelo de Roy.

El DCL fue la condición estudiada (sirvió para entrar al estudio) y representó el nivel de adaptación compensatorio que Roy define como la condición de los procesos de

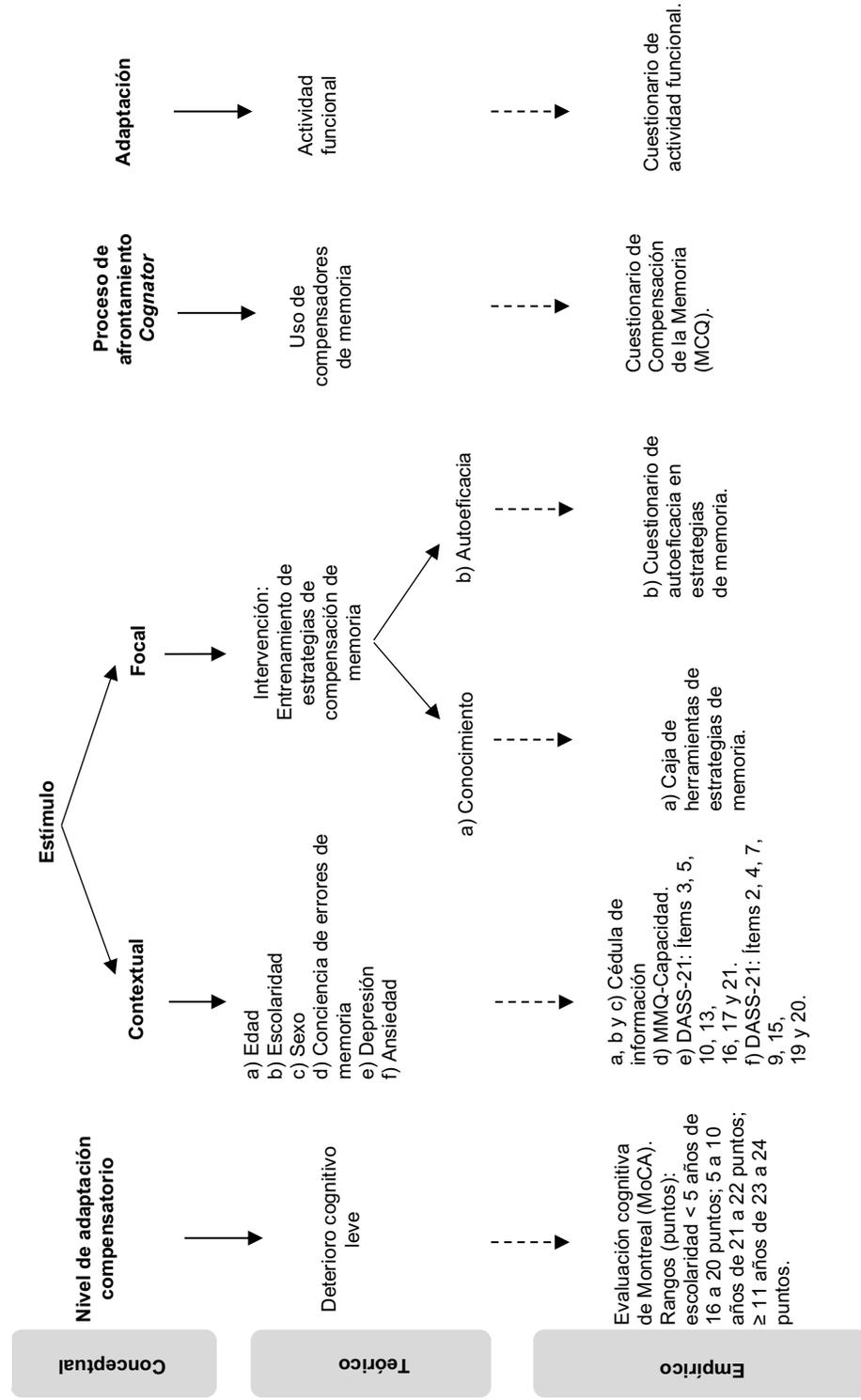
vida en el que los subsistemas de adaptación son activados por un reto a los procesos integrados, como en este caso errores de memoria. El deterioro cognitivo es un síndrome clínico que se caracteriza por la pérdida o declive de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos: memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad (Secretaría de Salud, 2012). El DCL se considera nivel de adaptación compensatorio porque es un estadio intermedio (la memoria intacta ha sido desafiada) entre el declive de memoria esperado en el envejecimiento normal y uno más severo como la demencia o la enfermedad de Alzheimer.

El estímulo focal fue representado por la intervención de estrategias de compensación de memoria en virtud de que la intervención demandaría la atención de las PAM para aprender y practicar tanto la selección deliberada como el uso de técnicas de memoria. Como ya se señaló, diversos estudios internacionales han reportado un mayor uso de estrategias compensadoras de memoria posterior a intervenciones de entrenamiento cognitivo conductual modificando el comportamiento relacionado con la memoria hacia un cambio conductual exitoso (Chandler et al., 2016; Coe et al., 2019; Frankenmolen et al., 2018; Kinsella et al., 2016; Troyer et al., 2008). La intervención tuvo como propósito aumentar el conocimiento y la autoeficacia en las estrategias de compensación de memoria, para impactar en el uso de las estrategias y estas en la capacidad funcional.

A partir de la literatura se identifican factores que pueden influir en el estímulo focal como la edad, el género (Sinoff et al., 2003), la escolaridad (World Health Organization [WHO], 2017), la conciencia de errores de memoria (Garrett et al., 2010) y la depresión. Asimismo, la ansiedad está interrelacionada a la pérdida de memoria y su presencia es un fuerte predictor del futuro deterioro cognitivo (Sinoff et al., 2003). La ansiedad afecta la memoria episódica incidiendo en el aumento de la interferencia en la tarea (Lachman & Agrigoroaei, 2012).

Figura 1

C-T-E Adaptación de personas adultas mayores frente al deterioro cognitivo leve.



La depresión es un factor asociado a puntuaciones de memoria más bajas al inicio de un entrenamiento de memoria y a un declive más rápido en el rendimiento de esta en comparación con quienes presentan menos síntomas depresivos (Lohman et al., 2013) relacionados con el uso de las estrategias de compensación de memoria. Por lo que se consideraron estímulos contextuales que pueden intervenir en el efecto del estímulo focal (intervención).

De acuerdo con Garrett et al. (2010) el uso de estrategias de compensación de memoria presupone el reconocimiento o conciencia de experimentar errores de memoria u olvidos. Razón por la que se consideró que reconocer los errores de memoria propios, influiría en el efecto del estímulo focal (intervención). Asimismo, un bajo nivel educativo se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar demencia (WHO, 2017). Además, Wang et al. (2020) reportaron que la prevalencia de deterioro cognitivo fue mayor en mujeres que en hombres, misma que se acentúa después de los 75 años.

El uso de estrategias de compensación de memoria representó al *cognator*, dentro de los procesos de afrontamiento, que se da a través del procesamiento de información y percepción, aprendizaje, juicio y emoción. Como se señaló, para Roy el procesamiento de información y percepción incluye las actividades de selección de la atención, codificación y memoria que están implicadas en las estrategias de compensación de memoria. Estas últimas se conforman por técnicas aplicadas con un esfuerzo deliberado para recordar diferentes tipos de información que apoya el mantenimiento de las capacidades funcionales y adaptación a la pérdida (real o percibida), ya que un mayor uso de ellas promueve un mayor nivel de funcionamiento (Tomaszewski-Farias et al., 2018). Las estrategias de compensación han sido definidas como modificaciones del entorno o estrategias conductuales para afrontar el deterioro persistente de la atención, la memoria, entre otras habilidades cognitivas (Kurtz, 2011).

Se reconocen cinco formas de estrategias compensadoras: a) externa que consiste en apoyos como notas, calendarios, entre otras; b) interna que emplea estrategias

mnemotécnicas; c) de tiempo, dónde las personas investigan durante lapsos más prolongados para la ejecución de ciertas tareas; d) esfuerzo, implica el empeño para una mayor concentración y esfuerzo; y e) confianza, es cuando se apoyan en otras personas cercanas solicitando les recuerden elementos concretos. Las cinco formas incluyen el uso de ayudas externas, un mayor esfuerzo relacionado con el recuerdo, técnicas mnémicas internas, inversión de tiempo extra y ayuda humana para recordar cosas (Dixon, et al., 2001; de Frias et al., 2003; Mayordomo et al., 2015).

La adaptación fue representada por las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) ya que comprenden acciones o conductas complejas para el funcionamiento doméstico y una vida independiente. Estas actividades se consideran complejas porque su realización implica planeación que a su vez involucra atención, concentración y cognición. Incluyen el manejo de su propio dinero, hacer compras solo, prepararse solo café/té y luego apagar el fuego, hacer la comida solo, estar al corriente de las noticias de su vecindario, prestar atención, entender y discutir las noticias de la radio y programas, recordar si queda de verse con alguien, responsabilidad de la propia medicación, viajar fuera de su colonia o barrio y volver a casa, salir a la calle solo sin peligro (Quiroga et al., 2004). Éstas son necesarias para mantener la independencia y requieren de mayor habilidad para su realización que las actividades básicas (acciones de autocuidado, de movilidad y desplazamiento). Se puede decir que las respuestas al estímulo focal (intervención) dependería del nivel de adaptación de cada persona, como en este caso el puntaje obtenido en la Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA).

Por lo anterior, se esperaba que, a través de la intervención, es decir a través del estímulo focal, mejoraría el proceso de afrontamiento del tipo *cognator* aumentando el uso de las estrategias de compensación de memoria para mantener la funcionalidad e incrementar la independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria.

Estudios Relacionados

En este apartado se presentan los estudios relacionados con las estrategias de compensación de memoria, actividades instrumentales de la vida diaria, ansiedad y depresión. Posteriormente se presenta una síntesis de cada uno.

Estrategias de compensación de memoria: uso y conocimiento

Lin et al. (2020) realizaron un estudio transversal con el fin de investigar el uso de estrategias de memoria entre personas con DCL amnésico ($n = 49$) y no amnésico ($n = 99$), en 148 adultos con una media de edad de 67.9 años ($DE = 8.9$), diagnosticados con deterioro cognitivo leve (DCL). Además, exploraron la relación entre el funcionamiento cognitivo y las estrategias de memoria y si el uso de éstas se relaciona con otros marcadores de funcionamiento cognitivo.

No encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los subtipos de DCL con el uso del tipo de estrategias ($p > 0.007$). Las estrategias internas y externas tampoco mostraron correlación significativa con las pruebas neuropsicológicas ($p > 0.05$). Un mayor uso de la estrategia de confianza se relacionó significativamente con un funcionamiento cognitivo más deficiente ($p < 0.005$). Esto incluye un aprendizaje verbal ($r = -0.262, p = 0.01$ ajustada), una memoria estructurada ($r = -0.251, p = 0.01$ ajustada) y de memoria de trabajo más deficientes ($r = -0.239, p = 0.017$ ajustada).

Por otro lado, un mayor uso de estrategias de confianza también se relacionó significativamente ($r = 0.303, p = 0.017$) con una mayor frecuencia e impacto de los problemas cognitivos/ conductuales según la calificación de los informantes. Todos los tipos de estrategias de compensación de memoria externa, interna, confianza, de tiempo y esfuerzo se relacionaron con los puntajes del cuestionario de memoria cotidiana ($r = 0.269, p = 0.017$ ajustada; $r = 0.258, p = 0.017$ ajustada; $r = 0.323, p = 0.017$ ajustada; $r = 0.380, p = 0.017$ ajustada y $r = 0.310, p = 0.017$ ajustada), respectivamente. Eso indicó que a mayor reporte de quejas subjetivas de memoria mayor uso de estrategias de compensación de memoria.

El modelo de regresión lineal mostró que el aprendizaje verbal estructurado, la memoria de trabajo, las quejas subjetivas de memoria y la frecuencia e impacto de los problemas cognitivos/conductuales reportados por los participantes predijeron el uso de la estrategia de confianza ($p < 0.001$) con $R^2 = 0.342$. Menos quejas subjetivas de memoria y mejor memoria de trabajo predijeron significativamente ($p < 0.05$) un menor uso de estrategias de confianza, lo que representa el 10.6% y el 5.3%, respectivamente, sobre la varianza del uso de la estrategia de confianza.

Por su parte Kinsella et al. (2016), en un ensayo controlado evaluaron la eficacia de una intervención cognitivo-conductual de cinco sesiones semanales de 1.5 horas de duración cada una, para mejorar las estrategias de memoria y la capacidad de memoria en la vida diaria en personas adultas mayores. Hicieron dos mediciones después de la intervención con post-test temprano (una o dos semanas posteriores a la intervención) y tardío (siete-ocho semanas posteriores a intervención) y el seguimiento a los seis meses. Participaron personas adultas mayores de 60 años, 113 sanos (AMS) y 106 con deterioro cognitivo leve amnésico (DCLA), que se mezclaron de manera aleatoria en dos grupos, uno para intervención temprana y otro de intervención tardía que recibió la intervención hasta la fase de cruce.

En el post-test temprano encontraron mejoras significativas en el conocimiento de estrategias con un mayor efecto de la intervención para el grupo AMS ($\eta^2 = 0.20$) y un efecto moderado para el grupo con DCLA ($\eta^2 = 0.06$), a los seis meses sólo el grupo de adultos sanos mantuvo el efecto ($M = 6.73$ IC 95% [5.02, 8.44], a $M = 7.35$, IC 95% [5.67, 9.04]). En el uso de estrategias se obtuvieron mejoras significativas, encontrando un efecto grande en el grupo AMS para las estrategias internas ($\eta^2 = 0.18$) y un efecto moderado para las estrategias externas ($\eta^2 = 0.07$). El grupo con DCLA obtuvo un efecto moderado solo en las estrategias internas ($\eta^2 = 0.08$). Ambos grupos lograron ganancias significativas en las estrategias internas a través de la intervención de la memoria a los seis meses (AMS $M = 3.86$, IC del 95% [2.91, 4.81]; DCLA $M = 2.29$,

IC del 95% [1.32, 3.26]) y en las estrategias externas (AMS $M= 3.02$, IC del 95% [2.18, 3.86]; DCLA $M= 1.38$, IC del 95% [0.38, 2.38]). Los resultados del ensayo indican los beneficios para los participantes de mayor edad, con efectos mayores y más variados para el grupo de adultos sanos que para el grupo con deterioro cognitivo amnésico.

Coe et al. (2019), realizaron un estudio clínico cuasiexperimental de un grupo pre-test (seis sesiones) para evaluar los resultados de un programa de educación de estrategias de memoria de terapia ocupacional en la función de memoria diaria, en la calidad de vida y el uso de estrategias de memoria externas o compensatorias. Las categorías diagnósticas de los participantes incluían deterioro cognitivo leve ($n= 24$, edad $\bar{X}= 79.3$, años $DE=6.74$), quejas subjetivas de memoria sin deterioro cognitivo ($n= 12$, edad $\bar{X}= 77.4$, años $DE=6.83$) y estadios tempranos de demencia ($n=11$, edad $\bar{X}= 76.0$, años $DE=6.61$).

En el post-test no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el uso de estrategias de memoria externa entre los grupos de personas adultas mayores según su categoría diagnóstica. Todos los participantes mostraron mejoras estadísticamente significativas en el uso de estrategias de memoria externa al final del programa ($\bar{X}= 6.2$, $p = <0.001$), y lo mantuvieron 3 meses después ($\bar{X}= 5.85$, $p = 0.001$). Lo anterior, apoya la terapia ocupacional en la entrega de programas de estrategia de memoria centrada en la ocupación para personas adultas mayores con deterioro cognitivo leve y estadios tempranos de demencia.

Por su parte Chandler et al. (2016) buscaron evaluar el efecto de intervenciones cognitivas en adultos con deterioro cognitivo leve a partir de una revisión sistemática y metaanálisis. Los resultados incluyeron su impacto en las actividades de la vida diaria (AVD), calidad de vida (CV) y metacognición. Siguiendo las directrices de PRISMA seleccionaron seis intervenciones computarizadas, 14 intervenciones basadas en el terapeuta, y 10 artículos de intervención multimodal, en los que se daba una intervención cognitiva además de otra intervención no farmacológica.

Encontraron efectos positivos de tamaño "pequeño" a "mediano" de las intervenciones en la metacognición ($d = 0.30$) y las actividades de la vida diaria ($d = 0.23$) donde las intervenciones basadas en el terapeuta (entrenamiento de ayuda de memoria externa, memoria mnemotécnica o ejercicios cognitivos) y las intervenciones multimodales (que combinaron entrenamiento cognitivo con ejercicio físico, psicoeducación y habilidades sociales, computarizado y no computarizado, o entrenamiento adicional de habilidades motoras) tuvieron mayor efecto en el grupo experimental que en el grupo control comparado con las intervenciones computarizadas. Los resultados sugieren que las intervenciones cognitivas en personas con deterioro cognitivo leve tienen beneficios en su vida cotidiana.

Frankenmolen et al. (2018) examinaron el efecto del entrenamiento de estrategias de compensación de memoria que incluye psico-educación en comparación con un grupo control que incluyó entrenamiento de memoria en lugar de las estrategias de compensación. Participaron 60 adultos de 50 a 87 años con quejas subjetivas de memoria. Se encontró un efecto temporal significativo en ambos grupos ($F [2.53] = 64.70; p < 0.005$) y un efecto de interacción significativo ($F [2.53] = 6.93; p = 0.002$). Ambos grupos mejoraron en los objetivos personales que establecieron en la primera sesión, la cual fue mayor en el grupo de entrenamiento en estrategias de memoria. Ambos grupos mejoraron en dos pruebas de memoria ($p < 0.001$ y $p < 0.01$). En el grupo de entrenamiento en estrategias de memoria el aumento en el uso de estrategias en la vida diaria fue el predictor más fuerte de la mejora en el funcionamiento subjetivo de memoria ($p < 0.05$).

Troyer et al. (2008) realizaron un ensayo controlado aleatorio para evaluar la eficacia de un programa de intervención multidisciplinar para modificar el comportamiento de la memoria diaria en personas con DCL amnésico ($n = 54$), comparando con un grupo control en lista de espera. La intervención consistió en diez sesiones de dos horas y proporcionó entrenamiento de la memoria basado en la

evidencia y educación sobre el estilo de vida para optimizar el comportamiento de la memoria.

El análisis del resultado inmediato en las tres medidas de conocimiento y uso de estrategias de memoria encontraron una interacción significativa multivariada de grupo-tiempo, $F(3.43) = 6.97, p = 0.001, \eta_p^2 = 0.33$. Hubo una mayor mejora a lo largo del tiempo en el grupo de intervención que en el de control. El examen de las medidas individuales indicó interacciones similares entre el grupo y el tiempo en las tres medidas, incluyendo el conocimiento de estrategias medido por el cuestionario de la caja de herramientas, $F(1.45) = 14.27, MMSE = 17893, p = 0.001, \eta_p^2 = 0.24$, el uso de estrategias en casa medido por el MMQ- Strategy, $F(1.45) = 5.74, MMSE = 168.62, p = 0.021, \eta_p^2 = 0.11$, y el uso de estrategias en las pruebas objetivas de memoria, $F(1.45) = 4.08, MSE = 412.61, p = 0.049, \eta_p^2 = 0.08$.

Las pruebas multivariadas para los resultados a largo plazo en estas medidas indicaron una interacción significativa entre grupo y tiempo, $F(3.40) = 5.18, p = .004, \eta_p^2 = 0.28$, hubo un mayor cambio a lo largo del tiempo en el grupo de intervención que en el de control. Los participantes que recibieron la intervención mostraron un aumento en el conocimiento y el uso de estrategias de memoria en el post-test inmediato y se mantuvieron a los tres meses. Así mismo, encontraron que los participantes en la intervención tenían más probabilidades de mostrar un cambio conductual exitoso que los participantes en el control, $\chi^2(1, N = 44) = 8.84, p < 0.001$, y el número necesario para tratar fue de 2.4.

de Frias (2013) investigó las asociaciones entre la compensación de la memoria diaria y tres dominios personales en adultos: salud, regulación de las emociones y el rasgo de atención plena. Participaron 89 adultos de 51-85 años ($\bar{X} = 64.13, DE = 9.02$) residentes de la comunidad, sin deterioro cognitivo (puntajes superiores a 23 puntos en el Mini Mental Examination Test) ($\bar{X} = 28.07, DE = 1.78$).

Encontró que la salud física y mental pobre fueron predictores significativos de

mayor uso de estrategias de compensación de memoria (confianza e inversión de tiempo y esfuerzo), representando un 8% y 22%, de la varianza, respectivamente, después de controlar las variables de fondo (edad, sexo, escolaridad). Los puntajes más bajos en salud física y mental se relacionaron con una mayor dependencia de otras personas para la asistencia de memoria.

De Wit et al. (2021) analizaron los predictores del aprendizaje y la adherencia a un sistema de apoyo a la memoria (SAM) que comprende un sistema de calendario compensatorio y toma de notas (estrategias de compensación de memoria externas) en personas con DCL amnésico. Encontraron que la cognición global predijo el aprendizaje de los SAM al final del entrenamiento ($p < 0.001$). El aprendizaje de los SAM al final del entrenamiento predijo la adherencia a los SAM a los 6, 12 y 18 meses ($p = 0.001$, $p = 0.004$, $p = 0.008$, respectivamente) después del entrenamiento. Las personas con un nivel educativo más alto tenían un 13,6% más de probabilidades de ser tener mayor adherencia al sistema de SAM a los 6 meses. El estudio sugiere que ofrecer estrategias compensatorias lo antes posible a las personas con DCL podría ser muy beneficioso.

Domínguez et al. (2021) estudiaron la relación entre el estado cognitivo (probable demencia, DCL y estado cognitivo adecuado) y el uso de estrategias de compensación de memoria en PAM mexicanas. Encontraron que la estrategia de compensación de tiempo ($\bar{X}=52.50$) fue la más empleada, seguido de las estrategias externas ($\bar{X}=43.04$), esfuerzo ($\bar{X}=39.54$), interna ($\bar{X}=33.60$) y confianza ($\bar{X}=28.72$). El estado cognitivo se relacionó con las estrategias de confianza ($p= 0.002$) y esfuerzo ($p= 0.013$). Los participantes con DCL utilizaron más la estrategia tiempo ($p= 0.026$) en comparación con los grupos de probable demencia y estado cognitivo adecuado.

En síntesis, tres estudios de intervención con el propósito de mejorar el uso de estrategias de compensación de memoria fueron realizados en Australia, Irlanda y Canadá, otro estudio de intervención fue realizado en E.E.U.U. con el fin de mejorar actividades de la vida diaria en personas adultas mayores con DCL (Kinsella et al.,

2016; Coe et al., 2019, Troyer et al., 2008; Frankenmolen et al., 2018, respectivamente). Las intervenciones tuvieron una duración de seis a 10 sesiones, con duración de 1-2 horas, una vez por semana. Mostraron efecto significativo al final de la intervención en el incremento del uso de estrategias de compensación que se mantuvo a los tres meses, con excepción de Kinsella et al.

Respecto a los estudios correlaciones el estado cognitivo se asocia con las estrategias de confianza y esfuerzo (Domínguez et al., 2021). La salud física y mental disminuidas son predictores significativos de mayor uso de estrategias de compensación de memoria (de Frias, 2013). Las personas adultas mayores con un funcionamiento cognitivo más deficientes emplean más las estrategias del tipo de confianza, es decir, dependen de otras personas para la asistencia de memoria (de Frias, 2013; Lin et al., 2020). Por el contrario, aquellos con menos quejas subjetivas de memoria y mejor memoria de trabajo recurren menos a la estrategia de confianza.

En relación con la variable conocimiento de las estrategias de compensación de memoria, se encontró una mejora en el conocimiento en el post-test inmediato (Kinsella et al., 2016) y en uno de los casos el efecto se mantuvo a los 3 meses en la población con DCL (Troyer et al., 2008).

Actividades instrumentales de la vida diaria

Giebel y Chalis (2014) realizaron una revisión de la literatura para evaluar el tipo y el éxito de intervenciones sobre las actividades instrumentales de la vida diaria o a las actividades de la vida diaria, así como la utilización de la teoría cognitiva. Seleccionaron once estudios dirigidos a personas con demencia leve y tres estudios con deterioro cognitivo leve. Encontraron que pocas investigaciones abordaron directamente las actividades instrumentales de la vida diaria o a las actividades de la vida diaria básicas en ambos grupos, la mayoría de los estudios se centraron en el rendimiento global o en tareas relevantes para la vida diaria pero no vitales para vivir de forma independiente especialmente en personas con deterioro cognitivo leve. La mayoría de los estudios no

contaba con la aplicación de modelos basados en la evidencia y fundamentados en la teoría psicológica cognitiva.

Makino et al. (2020) examinaron la relación entre el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y la futura incidencia de DCL en 1595 personas adultas mayores que viven en la comunidad a través de un estudio de cohorte. Al inicio del estudio 922 (57.8%) tenían una limitación en al menos una AIVD. Se realizó un seguimiento de 48 meses en el que 179 (11.2%) participantes experimentaron una transición de la cognición normal al DCL. Los participantes que no habían realizado "salidas en autobús/tren" ($p = .006$) o "uso de mapas para desplazarse a lugares desconocidos" ($p = .026$) al inicio del estudio, mostraron un riesgo significativamente mayor de incidencia de DCL que los que habían realizado dichas actividades.

Tomaszewski-Farias et al. (2018) realizaron un estudio longitudinal de cohorte con el propósito de conocer cómo las estrategias de compensación que utilizan las personas adultas mayores con diversos grados de deterioro cognitivo impactan en la función diaria. Participaron 125 personas adultas mayores de los cuales 68 presentaron un nivel de cognición normal (edad $\bar{X} = 79.7$, $DE=6.1$), 31 fueron diagnosticados con deterioro cognitivo leve (DCL) (edad $\bar{X} = 82.4$, $DE=7.2$) y 23 con demencia (edad $\bar{X} = 79.5$, $DE=9.2$). Encontraron una mayor frecuencia en el uso de estrategias de compensación en los grupos con cognición normal ($p < .001$, $\bar{X}=1.7$, $DE= 0.5$) y DCL ($p = .001$, $\bar{X}=1.6$, $DE= 0.6$), que los que presentaron demencia ($\bar{X}= 1.0$, $DE = 0.8$).

Un uso de compensación más frecuente se asoció con una memoria episódica más fuerte ($r = 0.31$, $p < 0.001$) y un mejor funcionamiento ejecutivo ($r = 0.26$, $p = 0.004$). Una mayor frecuencia de compensación se asoció con menos limitaciones funcionales ($r = .34$, $p < 0.001$) y predijo mejores habilidades funcionales independientemente del nivel de función cognitiva. Cuando introdujeron en el modelo de regresión lineal múltiple las variables: compensación, función ejecutiva y memoria

episódica obtuvieron que tanto el uso de compensación más frecuente ($\beta = -.23$, $EE = 0.06$, $p < 0.001$) como una mejor memoria episódica ($\beta = -.15$, $EE = .05$, $p < 0.001$) predijeron un mayor nivel de independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria independientemente del nivel cognitivo. Lo que proporciona un sustento para el desarrollo de intervenciones destinadas a mejorar el uso de estrategias de compensación en la vida diaria.

En resumen, se requieren más estudios para comprender los déficits cognitivos y su relación con las actividades cotidianas, así como evidencias de intervenciones exitosas en las actividades cotidianas en personas adultas mayores con DCL y demencia temprana (Giebel & Chalis, 2014). Se ha identificado que al menos una limitación en las AIVD está presente entre personas adultas mayores que viven de forma independiente en entornos comunitarios y las limitaciones en AIVD específicas (salidas en medio de transporte, uso de mapas) son predictores significativos de la futura incidencia de DCL (Makino et al., 2020).

El uso más frecuente de estrategias de compensación de memoria predice un mayor nivel de independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria independientemente del nivel cognitivo de la persona (Tomaszewski-Farias et al., 2018).

Depresión

Lohman et al. (2013), evaluaron el efecto de síntomas de depresión en las puntuaciones de memoria en un periodo de cinco años en personas adultas mayores que viven en la comunidad y que participaron en el estudio de entrenamiento cognitivo. Los participantes fueron categorizados por nivel de síntomas depresivos al inicio del estudio. Quienes presentaron síntomas elevados de depresión eran significativamente mayores, tenían menos educación y tenían puntuaciones más bajas en el MMSE tanto en el grupo entrenado en memoria como en el grupo de control. Encontraron que los participantes con sintomatología depresiva elevada obtuvieron puntuaciones más bajas al inicio del estudio y presentaron un declive más rápido en el rendimiento de la memoria en

comparación con los que presentaban menos síntomas depresivos.

Al combinar los participantes entrenados en memoria y los de control, aquellos con síntomas depresivos elevados tuvieron un rendimiento significativamente menor en el recuerdo de la Prueba de aprendizaje verbal de Hopkins en la visita inicial, con una puntuación media 1.18 puntos ($p < 0.001$) menor que los participantes no deprimidos (puntuación no proporcionada) cuando se ajustó por edad, sexo, raza, educación y cognición global. En la medición inmediata posterior a la prueba de la memoria verbal, el coeficiente de la puntuación media mostró efecto positivo ($\beta = 0.35, p = 0.008$), sin embargo, para la quinta evaluación anual hubo un coeficiente negativo ($\beta = -1.20, p < 0.001$). Los resultados de la prueba de memoria auditiva mostraron interacción entre síntomas depresivos y el tiempo de medición, primera ($\beta = -1.69, p = 0.004$), y la quinta ($\beta = -1.65, p = 0.036$), lo que indica que los puntajes de memoria en los participantes con síntomas elevados de depresión disminuyeron más que en los participantes sin síntomas depresivos en relación con la medición basal. La interacción en la segunda y tercera medición también fue significativa ($\beta = -1.21, p = 0.055$ y $\beta = -1.21, p = 0.081$, respectivamente), sugiriendo una tendencia a recordar menos a lo largo del tiempo en el grupo con síntomas de depresión elevados. Es decir que, en comparación con la línea de base, las puntuaciones globales aumentaron justo después del entrenamiento y luego disminuyeron en mediciones posteriores.

Ismail et al. (2017) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis de la prevalencia de depresión en personas con DCL. Encontraron 57 artículos que cumplían los criterios de inclusión. La prevalencia global agrupada de depresión o síntomas depresivos en pacientes con DCL fue del 32% (IC del 95%, 27-37) con una heterogeneidad significativa presente ($I^2 = 90.7\%$; $Q p < 0.001$; $\tau^2 = 0.013$). En estudios que reportaron el subtipo de DCL se encontró que la prevalencia de depresión fue mayor en personas con DCL amnésico (34%; IC 95%, 25-42; $I^2 = 76.1\%$; $Q p < 0.001$; $\tau^2 = 0.07$) en comparación con los pacientes con DCL no amnésico (26%; IC 95%, 14-0;

$I^2 = 83.0\%$; $Q p < 0.001$; $\tau^2 = 0.13$), aunque esta diferencia no fue significativa ($p = 0.30$).

En resumen, existe una prevalencia de depresión del 32% en personas con DCL. Una sintomatología depresiva elevada en personas adultas mayores que reciben entrenamiento cognitivo se asocia a puntuaciones de memoria más bajas al inicio del entrenamiento y a un declive más rápido en el rendimiento de la memoria en comparación con quienes presentan menos síntomas depresivos (Lohman et al., 2013).

Ansiedad

Sinoff et al. (2003) realizaron un estudio longitudinal para investigar empíricamente si la ansiedad en PAM predice el deterioro cognitivo. La muestra se conformó por 100 participantes mayores de 60 años: 58 controles y 42 casos con problemas de ansiedad. La media de tiempo para la revaloración fue de 3.2 años. Los casos presentaron un deterioro cognitivo estadísticamente mayor con un cambio de 4.1 puntos en las puntuaciones del MMSE frente a 1.1 de los controles ($p < 0.01$).

Realizaron una regresión lineal múltiple para predecir la diferencia cognitiva en el tiempo T_2 . El modelo fue capaz de predecir el 20% de la varianza ($R_2 = 0.20$) sólo por la presencia de ansiedad en el tiempo T_1 ($p < 0.05$). La presencia o ausencia de ansiedad muestra que el 47.6% de los casos en el momento T_1 desarrollaron deterioro cognitivo en el T_2 , en comparación con el 10.3% de los controles que da un riesgo relativo de 3.96 (IC del 95% = 1.69-9.08) de desarrollar deterioro cognitivo en el momento T_2 ($p < 0.001$). Lo anterior muestra que la ansiedad está interrelacionada y es inseparable de la pérdida de memoria y su presencia es un fuerte predictor del futuro deterioro cognitivo.

Lachman y Agrigoroaei (2012) analizaron la ansiedad y la interferencia en la tarea como mediadores secuenciales de la asociación entre las creencias de control y la memoria episódica en 152 adultos de 22 a 84 años. Evaluaron tres modelos de asociación; para el primero de la prueba de significación conjunta, los resultados

revelaron una asociación lineal negativa significativa entre las creencias de control y la ansiedad estado [$\beta_1 = -.33$, $t(144) = -4.32$, $p < .001$]. En el segundo modelo hubo una relación significativa entre la ansiedad estado y la interferencia en la tarea [$\beta_2 = 0.26$, $t(143) = 3.17$, $p = 0.002$] y una asociación significativa entre el control y la interferencia cognitiva [$\beta_5 = -0.20$; $t(143) = -2.58$; $p = 0.011$]. En el tercer modelo el rendimiento de la memoria se relacionó con las creencias de control, la ansiedad estado y la interferencia de la tarea. Los resultados revelaron una relación significativa entre el nivel de interferencia y la memoria [$\beta_3 = -.19$, $t(142) = -2.35$, $p = 0.020$]. Los resultados sugieren que los niveles más bajos de creencias de control se asocian con una mayor ansiedad, lo que a su vez afecta al rendimiento de la memoria episódica al aumentar la probabilidad de interferencia en la tarea, con la edad, el sexo y las habilidades verbales como covariables.

En síntesis, la ansiedad está interrelacionada a la pérdida de memoria y su presencia es un fuerte predictor del futuro deterioro cognitivo (Sinoff et al., 2003). La ansiedad afecta la memoria episódica incidiendo en el aumento de la interferencia en la tarea (Lachman & Agrigoroaei, 2012).

Definición de términos

Deterioro cognitivo leve. Es un conjunto de síntomas que se caracterizan por un declive de las capacidades cognitivas, a menudo de la memoria, mayor al asociado al envejecimiento, pero no lo suficientemente grave como para interferir en la capacidad de la persona para realizar sus actividades cotidianas. Se clasifica de acuerdo con la presencia o no de problemas de memoria (rango entre 16 y 24 puntos del MoCA).

Conciencia de errores de memoria. Es la impresión subjetiva de las personas adultas mayores sobre sus habilidades de memoria (reconocimiento de olvidos) y deriva en el grado en que se encuentran satisfechas con su capacidad de memoria (rango de 0 a 80 del Cuestionario multifactorial de memoria: error).

Estrategias de compensación de memoria. Modificaciones del entorno en función

de acciones o medidas conductuales que funcionan como recursos para enfrentar el deterioro persistente de la atención, la memoria, entre otras habilidades cognitivas. Existen cinco tipos de estrategias de memoria: externas, internas, tiempo, esfuerzo y confianza. Las estrategias externas implican el uso de apoyos que están fuera del cuerpo para ayudar a recordar cosas. Las estrategias internas se basan en actividades o técnicas mentales para recordar información. Las estrategias de tiempo requieren que las personas investigan durante lapsos más prolongados para la ejecución de ciertas tareas. Las estrategias de esfuerzo implican el empeño para una mayor concentración y esfuerzo. Las estrategias de confianza requieren del apoyo en otras personas cercanas solicitando les recuerden elementos concretos (rango de 33 a 165 puntos del Cuestionario de Compensación de la Memoria).

Conocimiento de las estrategias de compensación de memoria. Es el conocimiento que las PAM tienen sobre las estrategias de compensación de memoria y la identificación de estas para ayudar a recordar lo que tiene que hacer en situaciones prácticas. Incluye el número y la calidad de las estrategias de compensación de memoria que se conocen en situaciones cotidianas: reunirse con un amigo, recordar un nuevo número, cosas que necesita hacer, nombres, dónde pone las cosas y recordar los detalles sobre lo que ha hecho (puntaje mínimo 0, selección de estrategias efectivas = 2 puntos cada una, estrategias menos efectivas o no específicas a la situación = 1 punto cada una, de la Caja de herramientas de memoria).

Autoeficacia en estrategias de compensación de memoria. Es la percepción o creencia en la propia capacidad para emplear las estrategias de compensación de memoria en situaciones específicas para recordar información recién aprendida, nombres de personas nuevas, cosas que tiene previsto hacer en un futuro próximo, lo que ha dicho en las conversaciones, dónde deja las cosas, contraseñas y cómo llegar a los lugares (rango de 0 a 80 puntos del Cuestionario de autoeficacia en estrategias de memoria).

Actividad funcional. Capacidad de las PAM para llevar a cabo actividades

complejas de manera independiente, tales como manejar su propio dinero, tomar su medicación correctamente, hacer la compra, preparar alimentos y luego apagar el fuego, quedarse en casa de forma segura, utilizar el transporte público para trasladarse a un lugar, estar al corriente de las noticias de su comunidad, prestar atención, entender y discutir las noticias, recordar si queda de ver alguien y los días festivos, viajar fuera de su colonia y volver a casa (rango de 0 a 36 del Cuestionario de Actividad Funcional).

Depresión. Estado emocional que se caracteriza por sentimientos de tristeza persistente, disforia, desesperanza, desvalorización de la vida, autodesprecio, falta de interés/implicación, anhedonia e inercia. Se clasifica de acuerdo con la presencia de síntomas de depresión (≥ 10 puntos del DASS-21).

Ansiedad. Estado emocional caracterizado por sentimientos de temor, aprensión, sensación de catástrofe o de peligro inminente que puede generar excitación autonómica y/o efectos musculares esqueléticos. Se clasifica de acuerdo con la presencia de síntomas de ansiedad (≥ 8 del DASS-21).

Factibilidad. Es la viabilidad de los métodos de reclutamiento, implementación de la intervención, así como la aceptabilidad y satisfacción de las PAM con DCL respecto a la intervención. Los métodos de reclutamiento incluyen la proporción de PAM que cumplen a los criterios de elección respecto a las valoradas (objetivo de reclutamiento $n=31$). La implementación incluye la tasa de retención ($\geq 70\%$) y el porcentaje de atrición ($\geq 20\%$). La aceptabilidad se refiere a percepciones favorables de las PAM respecto al contenido en general, aplicación del contenido a su vida diaria, y al acceso a la intervención. La satisfacción son los beneficios percibidos sobre la intervención.

Objetivos

Se planteó un objetivo general y tres específicos.

General

Determinar el efecto preliminar sobre capacidad funcional, y evaluar la factibilidad y

aceptabilidad de una intervención piloto enfocada en el uso de estrategias de compensación de memoria, en personas adultas mayores con DCL.

Específicos

Evaluar la factibilidad de la intervención (reclutamiento, aceptabilidad y la retención).

Examinar las diferencias de medias del uso de estrategias de compensación de memoria y el desempeño en la actividad funcional antes y después de la intervención.

Determinar las variables asociadas al uso de las estrategias de compensación de memoria.

Pregunta de investigación

¿La intervención piloto sería capaz de incrementar el uso de estrategias de compensación de memoria y éstas a su vez se reflejarían en las actividades instrumentales de la vida diaria de las PAM mexicanas?

Hipótesis

H₁ Las personas adultas mayores que reciben la intervención piloto utilizan más las estrategias de compensación de memoria y mejoran las actividades instrumentales de la vida diaria posterior a la intervención.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe la metodología del estudio. Se incluye el diseño de investigación, población, muestreo y muestra, criterios de selección de participantes (inclusión, exclusión y eliminación), así como el proceso de reclutamiento. Se detallan los instrumentos, el plan de recolección, la intervención (tratamiento de los grupos), el plan de análisis de datos y las consideraciones éticas.

Diseño del estudio

Se realizó un estudio cuasiexperimental pretest-post test, para evaluar la efectos preliminares y factibilidad de una intervención piloto. Un diseño cuasiexperimental es aquel donde no hay grupo control como en este caso (Polit & Tatano, 2017, p. 291).

Población, muestreo y muestra

Personas adultas mayores de 60 años que acudían a un centro gerontológico en la Ciudad de México. La selección de participantes se realizó por conveniencia, se les invitó a participar a través de panfletos y carteles colocados dentro y alrededor de los centros gerontológicos. Para el tamaño de la muestra se consideró la recomendación (comunicación personal vía Zoom) de Troyer (2021), de grupos pequeños. Dicha autora tuvo muestras de 27 personas y con base en la deserción de 16% reportada por Domínguez-Chávez (2019) en población mexicana se calculó un total de 31 participantes. Ello coincide también con la recomendación de Teresi et al. (2022) para estudios piloto y de factibilidad.

Criterios de inclusión

Personas con deterioro cognitivo leve identificadas por medio de pruebas estándar (MoCA), que supieran leer y escribir. Capaces de ver un tamaño de letra 14, mediante lectura de un párrafo con esa característica.

Criterios de exclusión

Personas con puntaje en el MoCA por arriba de 24 puntos y por debajo de 16

puntos (Pereira et al., 2013). Que manifestaran estar participando o hubieran participado tres meses atrás, en otros programas de estimulación cognitiva (entrenamiento de memoria). Que tuvieran discapacidad auditiva al no escuchar la voz del entrevistador.

Personas que tuvieran planeado un viaje largo en las próximas semanas.

Criterios de eliminación

Participantes que faltaran a una de las sesiones entre la dos y la cinco, porque se abordaban las estrategias de compensación de memoria.

Estrategias de reclutamiento y retención

Previo al reclutamiento se obtuvo la aprobación por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Como ya se señaló se reclutaron personas adultas mayores de 60 años de cuatro centros gerontológicos en la Ciudad de México. La autorización para ingresar a los centros 1 y 2 fue a través de la Dirección en Salud de la Alcaldía Tlalpan quienes proporcionaron el contacto con las coordinadoras. En estos primeros espacios se ofertaban pocas actividades para las PAM, el primero tenía mayor afluencia de personas.

En los centros 3 y 4 se obtuvo la autorización a través de la Dirección de Gerontología del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Estos centros eran más amplios y ofertaban una variedad de actividades para las PAM, contaban con una mayor saturación de los espacios y mayor afluencia de personas mayores.

Una vez que se tuvo el enlace con cada uno de los centros, se inició con la explicación detallada y por escrito del estudio al personal, se les explicó el objetivo del estudio que era probar una intervención con PAM para que hicieran mayor uso de estrategias de compensación de memoria a fin de enfrentar mejor sus olvidos, y que recibirían seis sesiones educativas una vez por semana.

Se solicitó su autorización para llevarlo a cabo y colocar carteles informativos invitando a participar en el estudio. Una vez obtenida la autorización se invitó a todas las

personas adultas mayores que acudían al centro con interés en mejorar su memoria y enfrentar olvidos.

Procedimiento para la recolección de los datos

A los que mostraron interés en el estudio se les explicó que primero se les aplicaría un instrumento para conocer su estado cognitivo (MoCA). Para ello solo se les preguntó si aceptaban que se les aplicara un cuestionario, explicándoles brevemente en qué consistía y que posteriormente se continuaría con la descripción del estudio. En caso de aceptar se procedía a la aplicación del MoCA (instrumento filtro), en caso contrario se agradecía su tiempo.

Una vez aplicado el instrumento filtro a todo aquel que cumplió el criterio de DCL, se le dio a conocer el objetivo del estudio, los cuestionarios a responder en dos ocasiones (inicio y final) y que su participación sería una vez por semana por seis semanas con una duración de hora y media. De aceptar se les leía despacio en voz alta el consentimiento informado y de estar de acuerdo se solicitaba su firma. Para la retención se previó organizar dos pequeños convivios uno a la mitad y otro al final de la intervención, además se les alentaba por su participación y cumplimiento de tareas, felicitándoles y diciendo frases como “muy bien” y “va bien”.

Instrumentos

A continuación, se señalan los instrumentos aplicados y enseguida se describe cada uno iniciando por el de cribado. El conocimiento sobre las estrategias de compensación de memoria se valoró por medio del “Caja de herramientas de estrategia de memoria” (Troyer, 2001); el uso de las estrategias de compensación de memoria a través del Cuestionario de Estrategias de Compensación de Memoria (Dixon et al., 2001; de Frias & Dixon, 2005). La conciencia de errores de memoria se midió con la subescala “MMQ-Capacidad” del “Cuestionario multifactorial de memoria” (Troyer & Rich, 2020). Las actividades instrumentales de la vida diaria fueron evaluadas a través del “Cuestionario de Actividad Funcional” de Quiroga et al. (2004). Para la autoeficacia

de las estrategias de compensación de memoria se empleó el “Cuestionario de autoeficacia en estrategias de memoria”. Las variables ansiedad y depresión fueron valoradas por medio del “DASS-21” (Lovibond & Lovibond, 1995).

En una cédula de datos se registraron la edad, los años de escolaridad, sexo, estado marital, enfermedades y si cohabita con familiar. Los participantes fueron identificados para el análisis estadístico con deterioro cognitivo leve a través de la prueba de Evaluación cognitiva de Montreal (Nasreddine et al., 2005).

Evaluación cognitiva de Montreal (MoCA)

El MoCA es una prueba breve de cribado para evaluar la función cognitiva (Nasreddine et al., 2005). Explora seis dominios: capacidad visuoespacial ejecutiva (5 puntos), identificación y nominación (3 puntos), atención y concentración (6 puntos), lenguaje (3 puntos), abstracción (2 puntos), recuerdo diferido/memoria (5 puntos) y orientación (6 puntos). La puntuación total resulta de la suma de las subescalas y se encuentra en un rango de 0 a 30 puntos. El tamizaje de deterioro cognitivo leve en población mexicana tiene como punto de corte ≤ 26 , con sensibilidad del 80% y especificidad del 75% (Aguilar-Navarro et al., 2017). Pereira et al. (2013) proponen puntos de corte diferentes para el tamizaje de DCL de acuerdo con los años de escolaridad: < 5 años de 16 a 20 puntos; 5 a 10 años de 21 a 22 puntos; ≥ 11 años de 23 a 24 puntos. Estos puntos de corte presentaron un mayor porcentaje de clasificaciones correctas en población colombiana que el propuesto por Nasreddine et al. (2005). Para fines de este estudio se utilizaron esos rangos.

El MoCA ha sido validado en población mexicana reportando una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.89$) y buena validez de constructo, el coeficiente de correlación intraclass fue 0.95 (IC 95%, 0.918-0.975; $p < 0.001$) (Aguilar-Navarro et al., 2017). Pedraza et al. (2016) reportaron en población colombiana buena validez de criterio respecto al MMSE (0.66, $p < 0.01$). Se valoró el recuerdo diferido, a partir de las respuestas sin pistas, con pistas o de selección múltiple, se calculó la puntuación de la

escala de memoria (Memory Index Score, MIS por sus siglas en inglés).

Caja de herramientas de estrategia de memoria

La “Caja de herramientas de estrategia de memoria” (Troyer, 2001) contiene seis situaciones en las que debe recordar algo y el participante debe escribir estrategias útiles que le ayuden a recordar lo que tiene que hacer. Evalúa el número y la calidad de las estrategias de compensación de memoria que se conocen.

Mediante una rúbrica la respuesta de cada situación se ubica dentro las estrategias efectivas = 2 puntos, menos efectivas o no específicas a la situación = 1 punto y estrategias no efectivas o respuestas que no corresponden con la memoria = 0 puntos. Mayor puntaje significa mayor conocimiento de las estrategias.

El instrumento cuenta con validez de contenido. Para determinar la fiabilidad de las puntuaciones dos evaluadores revisaron un subconjunto de 20 cuestionarios. Las evaluaciones estaban muy correlacionadas ($r= 0.97$), lo que indica una buena fiabilidad entre evaluadores (Troyer, 2008). Se realizó el proceso de traducción al español y retrotraducción para su aplicación en PAM mexicanas.

Cuestionario multifactorial de memoria

El “Cuestionario multifactorial de memoria” (MMQ por sus siglas en inglés) de Troyer y Rich (2018), fue desarrollado para evaluar múltiples dimensiones de la meta-memoria, útiles para la evaluación e intervención clínica. Evalúa tres dimensiones de la meta-memoria: satisfacción, capacidad y estrategia con 57 ítems con un patrón de respuesta de 5 puntos. Solo se usó la dimensión de capacidad. MMQ-Capacidad mide la autopercepción de la capacidad de memoria cotidiana. Los encuestados puntúan la frecuencia con la que experimentaron cada uno de los 20 errores de memoria más comunes durante las dos semanas anteriores. El patrón de respuesta va de 0 = todo el tiempo, hasta 4 = nunca. El rango de puntuación es de 0 a 80, y las puntuaciones más altas indican una mejor capacidad de memoria auto percibida. Esta subescala midió la conciencia de errores de memoria.

Ha mostrado una adecuada confiabilidad para la escala de capacidad ($\alpha = 0.93$). La confiabilidad de estabilidad *Test-retest* con un subgrupo de 24 participantes mostró puntuación fiable ($r = 0.86$) (Troyer & Rich, 2018).

La validez de contenido mostró un fuerte acuerdo entre 12 expertos en memoria (Troyer & Rich, 2018). De los 61 ítems originales, hubo un acuerdo del 100% para 53 ítems, del 92% para 6 ítems y del 83% para 1 ítem. Sólo un ítem no cumplió el criterio del 70% de acuerdo y no se mantuvo en la versión final del MMQ. La última versión también fue evaluada por medio de un análisis factorial. Los ítems originales del MMQ se sometieron a un análisis de componentes principales con rotación varimax, forzando una solución de tres componentes. Todos los ítems, excepto tres, cargaron al máximo en sus componentes previstos.

El cuestionario también cuenta con validez convergente. Se ha examinado a través de la relación entre las puntuaciones del MMQ y una serie de otras medidas de metamemoria y estado de ánimo, tanto en el desarrollo original del MMQ (Troyer & Rich, 2002) como en las evaluaciones psicométricas de las traducciones del MMQ (Troyer & Rich, 2020). De esta manera, la escala de Satisfacción del MMQ correlaciona con la subescala de Cambio del instrumento de metamemoria en la edad adulta (MIA por sus siglas en inglés), $r_s = 0.48$ a 0.61 , la subescala de Gravedad del Olvido del MFQ, $r = 0.45$, la subescala de Insuficiencia del SCL-90, $r = -0.75$, la subescala de Ansiedad del SCL-90, $r = -0.27$, la subescala de Ansiedad del MIA, $r_s = -0.56$ a -0.63 , y la GDS $r = -0.41$. La escala de habilidad del MMQ se correlaciona con la subescala de capacidad del MIA, $r_s = 0.43$ a 0.61 , la subescala de frecuencia general de olvido del MFQ, $r = 0.70$, y la puntuación total del PRMQ, $r = -0.89$. La escala de estrategia del MMQ se correlaciona con la subescala de estrategia del MIA, $r_s = 0.64$ a 0.73 , y con la subescala de mnemotecnia del MFQ, $r = 0.66$. Ha sido validado en población de Chile reportando una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.91$) y validez convergente (Riffo et al., 2013).

Cuestionario de Compensación de la Memoria (MCQ)

Se empleó la versión validada al español del Cuestionario de Compensación de la Memoria (MCQ por sus siglas en inglés) (Dixon et al., 2001; de Frias & Dixon, 2005; Meléndez et al., 2013) para evaluar el uso de las estrategias de compensación de acuerdo con su tipo (estrategias específicas). El MCQ consta de 33 ítems dividido en siete escalas que representan estrategias separadas: (a) ayudas externas (ítems: 1, 9, 17, 18 y 21), (b) estrategias mnemónicas internas (ítems: 16, 19, 22, 25, 27, 29, 32), (c) mayor inversión de tiempo (ítems: 4, 7 y 11), (d) estrategias de confianza (ítems 2, 6, 8, 10 y 13) y (e) inversión de más esfuerzo en el recuerdo (ítems: 3, 15 y 26). Además, cuenta con dos escalas generales que representan f) el grado de compromiso con el rendimiento de la memoria (éxito) y g) la conciencia de los cambios de la memoria en las cinco estrategias de MCQ mencionadas, aunque estas no se usaron.

La escala es tipo Likert del 1 al 5, la puntuación se encuentra en un rango de 33 a 165 puntos, mayor puntuación indica mayor empleo de las estrategias de compensación. En 17 ítems (4, 6, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 26, 27, 28, 30, 32) se manejan enunciados negativos por lo que es necesario invertir los valores, donde 1= 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2 y 5 = 1 a fin de guardar consistencia.

El cuestionario original ha reportado un buen conjunto de propiedades psicométricas sobre la confiabilidad ($\alpha = 0.90$ a 0.91 , $r = 0.61$ a 0.78). El cuestionario adaptado y validado en español (Meléndez et al., 2013) mostró validez factorial mediante un análisis factorial confirmatorio.

Cuestionario de autoeficacia en estrategias de memoria

El cuestionario cuenta con 8 ítems de auto reporte, el primero evalúa la autoeficacia general en el uso de las estrategias de memoria. Los siguientes 7 ítems valoran la autoeficacia en el uso de las estrategias en situaciones cotidianas. La escala de medición va del 0 al 10, 0= sin confianza en absoluto y 10=muy seguro de sí mismo. La puntuación total mínima es de 0 y la máxima de 80, a mayor puntuación mayor

autoeficacia. En las instrucciones del cuestionario de autoeficacia de memoria de Pike et al. (2021) se cambió el término de autoeficacia de memoria por el de autoeficacia en el uso de estrategias de compensación de memoria y se conservaron los mismos reactivos. En la prueba piloto se obtuvo el Alfa de Cronbach.

Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)

Se aplicó la versión corta de la escala de depresión ansiedad y estrés (DASS-21 por sus siglas en inglés) de Lovibond y Lovibond (1995). Se conforma por tres escalas de autoinforme con 7 ítems cada una para un total de 21 ítems. Evalúa tres estados emocionales de depresión, ansiedad y estrés, esta última no se usó. La escala de depresión (ítems: 3,5,10,13,16,17 y 21) evalúa la disforia, la desesperanza, la desvalorización de la vida, el autodesprecio, la falta de interés/implicación, la anhedonia y la inercia. La escala de ansiedad (ítems: 2,4,7,9,15,19 y 20) evalúa la excitación autonómica, los efectos musculares esqueléticos, la ansiedad situacional y la experiencia subjetiva de afecto ansioso. Se responde con el patrón de respuesta 0=no me ha ocurrido, 1=me ha ocurrido un poco, 2=me ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo, 3=me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo.

Las puntuaciones se calculan con la suma de los ítems correspondientes, para categorizar los resultados las puntuaciones se multiplican por dos. Los puntos de corte de depresión son: normal= 0-9, leve=10-13, moderado=14-20, severo=21-27 y extremadamente severo ≥ 28 . Para la escala de ansiedad los puntos de corte son normal= 0-7, leve= 8-9, moderado= 10-14, severo =15-19, extremadamente severo ≥ 20 .

El instrumento ha sido aplicado en población adulta mayor (Wood et al. 2010), mostrando buena fiabilidad en los grupos de edad mayores de 60 ($\alpha = 0.70$). Cuenta con validez divergente y convergente (Henry et al., 2011). La versión en español también ha mostrado estructura factorial y consistencia interna ($\alpha = 0.86$) que lo hacen confiable para evaluar los constructos que mide (Gurrola et al., 2006).

Cuestionario de Actividad Funcional

Se empleó la versión en español del Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeffer et al. (1982) validada por Quiroga et al. (2004) conformado por 12 ítems que evalúan el desempeño de las PAM en las actividades instrumentales de la vida diaria y puede ser respondido por el entrevistado o un informante confiable. El instrumento se responde con el patrón de respuesta: 0 = Sí es capaz o podría hacerlo; 1 = Con alguna dificultad; 2 = Necesita ayuda; 3 = No es capaz. Las puntuaciones calculan con la suma de los 12 ítems y se encuentran en un rango de 0 a 36. El punto de corte en la versión original es de 9 (dependiente en 3 o más actividades) para indicar una función deteriorada y un posible deterioro cognitivo.

La consistencia interna reportada a través del Coeficiente Alfa de Cronbach es de 0.924 (Herrera et al., 2014). Quiroga et al. (2004) calculó sensibilidad (89.2, IC 95% [70.6-99.7]) especificidad (70.7.2, IC 95% [58.9-80.3]), valores predictivos positivo (43.6, IC 95% [28.2-960.2]) y negativo (98.1 IC 95% [88.8-99.9]) y valor global de la prueba (75.3, IC 95% [60.0-83.4]).

Factibilidad

La factibilidad para llevar a cabo el estudio de la intervención piloto incluyó la viabilidad de los métodos de reclutamiento, implementación de la intervención, así como la aceptabilidad y la satisfacción de las PAM con DCL respecto a la intervención.

Los métodos de reclutamiento incluyen la proporción de PAM que cumplen a los criterios de elección respecto a las valoradas. La implementación incluye la retención y el porcentaje de atrición. Se evaluó la retención de los participantes de acuerdo con Abbott (2014), considerando la proporción de participantes que responden a los criterios de elección, porcentaje de reclutamiento por centro gerontológico.

La aceptabilidad es el término general que engloba las percepciones favorables de los participantes (Sidani et al., 2021). Esta fue evaluada con un cuestionario que incluye el acceso a la intervención, el aprendizaje y la aplicación del aprendizaje a su

vida diaria. Como parte de la aceptabilidad también se evaluó la satisfacción de los participantes con la intervención piloto de manera anónima a través de preguntas abiertas dirigidas a indagar la utilidad percibida de la intervención, los aspectos que más y menos les gustaron, los que consideraron menos útil y los beneficios percibidos sobre la intervención.

La intervención se considera factible si se alcanza el objetivo de reclutamiento ($n = 31$), una tasa de retención $\geq 70\%$, una tasa de atrición $\geq 20\%$ y si es aceptada por las PAM (Domínguez-Chávez et al., 2022; Sidani et al., 2021; Teresi et al., 2022; Vicent et al., 2007).

Plan de análisis

El análisis estadístico se realizó con el programa IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics versión 25. Se obtuvo la confiabilidad del instrumento a través del alfa de Cronbach. A través de estadística descriptiva medidas de tendencia central y dispersión: media, desviación estándar, mínimo, máximo de las variables cuantitativas, se describen las variables continuas y se revisarán frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas (nominales), a fin de caracterizar a los participantes e instrumentos. Se obtuvo la sumatoria de los ítems de los cuestionarios para contar con el total como variable escalar y transformar a índices.

Para identificar si hubo diferencias estadísticamente significativas y rechazar la hipótesis nula se llevaron a cabo pruebas t de Student para muestras pareadas y Bootstrap.

Tabla 1*Pruebas estadísticas de acuerdo con los objetivos/ hipótesis planteada*

Objetivo/Hipótesis	Nombre	Prueba estadística	Nivel de medición	
			Variable independiente	Variable dependiente
Conocer si existen diferencias en el conocimiento de las estrategias de compensación de memoria antes y después de recibir la intervención	<i>t</i> de Student para muestras independientes	<i>t</i>	Nominal	Intervalar
Conocer si existen diferencias en el uso de las estrategias de compensación de memoria antes y después de recibir la intervención	<i>t</i> de Student para muestras independientes	<i>t</i>	Nominal	Intervalar
Conocer si existen diferencias en el conocimiento de las estrategias de compensación de memoria antes y después de recibir la intervención	<i>t</i> de Student para muestras relacionadas	<i>t</i>	Nominal	Intervalar

(Continúa)

Tabla 1*Pruebas estadísticas de acuerdo con los objetivos/ hipótesis planteada (continuación)*

Objetivo/Hipótesis	Nombre	Prueba estadística	Nivel de medición	
			Variable independiente	Variable dependiente
Determinar las variables asociadas al uso de las estrategias de compensación de memoria	Coefficiente de correlación de Pearson	r	Intervalar	Intervalar

Intervención

La intervención piloto se diseñó siguiendo la metodología de Gitlin y Czaja (2016). Con base en el mapeo del problema se identificaron como resultados primarios el uso de estrategias de compensación de memoria en la vida diaria de las personas adultas mayores con DCL y la actividad funcional (actividades instrumentales de la vida diaria). En los resultados secundarios se encuentran el conocimiento de estrategias de compensación de memoria (ECM), la conciencia del problema de memoria, la autoeficacia (creencias en la eficacia de las estrategias) y experiencia de éxito en el uso de las ECM. Estos elementos influyen en el uso de las estrategias de compensación de memoria, de ahí que la intervención incluye propósitos específicos y actividades para modificarlos y así promover el cambio de conducta a un mayor uso de las ECM (Apéndice A).

La intervención tuvo como propósito incrementar el uso de las estrategias de compensación de memoria en las actividades de la vida diaria para la mejora funcional. Esto sustentado en la teoría del procesamiento de la información (Ato García, 1981; Delgado Losada, 2013).

En los contenidos temáticos se abordaron aspectos básicos sobre la memoria en el envejecimiento y posteriormente se abordan las estrategias de memoria externas, internas y técnicas de memoria. Estas estrategias que se dirigen a los principales olvidos que pueden presentarse en la vejez con el fin de que las personas adultas mayores (PAM) asociaran y visualizaran su aplicación en situaciones de la vida diaria. Cada sesión iniciaba con actividades de relajación por medio de técnicas de visualización y de respiración profunda. El número de participantes sugeridos por subgrupo fue de 5 a 10 personas. La tabla 2 presenta los contenidos por sesión.

Tabla 2

Carta descriptiva de la intervención

Contenido temático	Objetivo	Actividades	Recursos	Tiempo
Sesión No. 1 Presentación del programa y de participantes. El proceso de memoria y factores asociados (envejecimiento y memoria/condiciones de salud).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presentación de los participantes y del programa. ▪ Conocer el funcionamiento de la memoria en la etapa de la adultez mayor y los factores asociados (envejecimiento y memoria/condiciones de salud). 	Facilitador: 1. Presentación de los participantes. 2. Presentación del programa a los participantes. 3. Actividad de relajación 4. Abordaje del tema 5. Repaso, tarea y cierre.	<i>Humanos</i> -Facilitador -Evaluador <i>Materiales</i> - Proyector - Computador a (Laptop) - Cuadernillo participante - Sillas - Mesa	60-90 min

(Continúa)

Tabla 2*Carta descriptiva de la intervención (continuación)*

Contenido temático	Objetivo	Actividades	Recursos	Tiempo
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocer los errores de memoria personales. 	Participantes: - Actividad. Registro de los participantes del grupo (dibujo). - Tarea: registro de olvidos.	<i>Tecnológicos (multimedia)</i> - Presentación de la clase - Audio	
Sesión No. 2 Problemas de errores en la vida diaria. Introducción a las estrategias compensatorias. Estrategias para aprender información nueva.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar los errores de memoria que pueden presentarse en la vida diaria. ▪ Reconocer los errores de memoria y plantear objetivos personales. ▪ Conocer estrategias de compensación de memoria. 	Facilitador: 1. Bienvenida 2. Actividad de relajación 3. Retroalimentación 4. Abordaje del tema 5. Práctica estrategia de compensación 6. Repaso, tarea y cierre. Participantes: - Actividad: Objetivos personales de la memoria - Ejercicio 1. - Tarea: Evocación de palabras	<i>Humanos</i> - Facilitador - Evaluador <i>Materiales</i> - Proyector - Computador a (Laptop) - Cuadernillo participante - Sillas - Mesa <i>Tecnológicos (multimedia)</i> - Presentación de la clase - Audio	60-90 min

(Continúa)

Tabla 2*Carta descriptiva de la intervención (continuación)*

Contenido temático	Objetivo	Actividades	Recursos	Tiempo
Sesión No. 3 Estrategias para recordar nombres. Estrategias para recordar cosas que queremos o necesitamos hacer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer estrategias de compensación de memoria para recordar nombres. Desarrollar habilidades para el uso de las estrategias. 	Facilitador: 1. Bienvenida y retroalimentación de la tarea. 2. Actividad de relajación. 3. Abordaje del tema 4. Práctica estrategia de compensación 5. Repaso, tarea y cierre. Participantes: - Ejercicio 2. Tarea: Aplicación de estrategias.	<i>Humanos</i> - Facilitador - Evaluador <i>Materiales</i> - Proyector - Computador a (Laptop) Cuadernillo participante <i>Tecnológicos (multimedia)</i> - Presentación de la clase - Audio	60-90 min
Sesión No. 4 Estrategias para no perder cosas y para encontrarlas una vez perdidas. Estrategias para recordar palabras (contraseñas) y conversaciones.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer estrategias de compensación de memoria para recordar cosas que queremos o necesitamos hacer / para no perder cosas y para encontrarlas una vez perdidas. Desarrollar habilidades para el uso de las estrategias. 	Facilitador: 1. Bienvenida y retroalimentación 2. Actividad de relajación. 3. Abordaje del tema 4. Práctica de estrategia de compensación. 5. Repaso, tarea y cierre. Participantes: - Actividad: Ejercicio 4 o 5 - Ejercicio 6.	<i>Humanos</i> - Facilitador - Evaluador <i>Materiales</i> - Proyector - Computadora (Laptop) - Cuadernillo participante - Sillas - Mesa <i>Tecnológicos (multimedia)</i> - Presentación de la clase	60-90 min

(Continúa)

Tabla 2*Carta descriptiva de la intervención (continuación)*

Contenido temático	Objetivo	Actividades	Recursos	Tiempo
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tarea: Dibujar una o dos estancias de la casa donde vive 	- Audio	
Sesión No. 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer estrategias de compensación de memoria para encontrar el camino. ▪ Desarrollar habilidades para el uso de las estrategias. 	Facilitador: 1. Bienvenida y retroalimentación 2. Actividad de relajación 3. Abordaje del tema 4. Práctica estrategia de compensación 5. Retroalimentación: logro de objetivos personales 6. Repaso, tarea y cierre. Participantes: - Actividad: Ejercicio 7.	<i>Humanos</i> -Facilitador -Evaluador <i>Materiales</i> - Proyector - Computadora (Laptop) - Cuadernillo participante - Sillas - Mesa <i>Tecnológicos (multimedia)</i> - Presentación de la clase - Audio	60-90 min

(Continúa)

Tabla 2

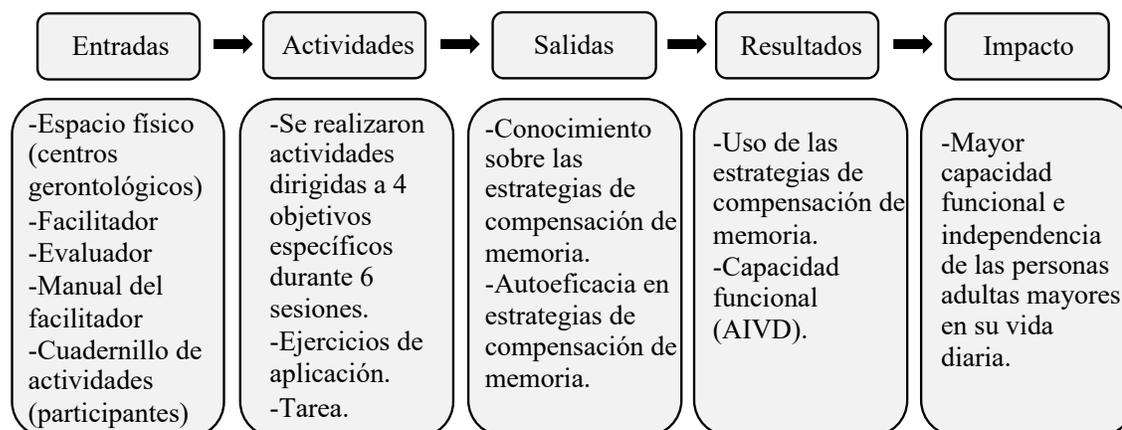
Carta descriptiva de la intervención (continuación)

Contenido temático	Objetivo	- Actividades	Recursos	Tiempo
		- Actividad: Dibujar el recorrido por la calle principal de su colonia.		
		- Tarea: Autoevaluación sobre el logro de los objetivos personales.		
Sesión No. 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer estrategias de compensación de memoria para la memoria en la vida cotidiana. ▪ Reconocer el avance en el logro de los objetivos personales y áreas de oportunidad. ▪ Reconocer las experiencias de éxito propias y de los compañeros empleando las estrategias de compensación de memoria. 	Facilitador: 1. Bienvenida y retroalimentación de la tarea. 2. Actividad de relajación 3. Abordaje del tema 4. Socializar experiencias de éxito empleando las estrategias. 5. Reflexión y retroalimentación final. Participantes: - Socializar experiencias de éxito empleando las estrategias.	<i>Humanos</i> -Facilitador -Evaluador <i>Materiales</i> - Proyector - Computadora (Laptop) - Cuadernillo participante - Sillas - Mesa <i>Tecnológicos (multimedia)</i> - Presentación de la clase - Audio	60-90 min
Retroalimentación: estrategias para la memoria en la vida cotidiana.				
Socializar experiencias de éxito empleando las estrategias.				
Reflexión y retroalimentación final.				

La intervención propuesta hizo uso de diversos recursos y actividades para el logro de los objetivos como se muestra en la Figura 2.

Figura 2

El modelo lógico de la intervención



Administración de la intervención

La administración de la intervención fue realizada por el investigador principal y facilitadores que tuvieron un proceso de capacitación. Se valoró que no tuvieran conflictos de interés o de valores con el contenido de la intervención. Se invitó a profesionales de enfermería con experiencia y no tuvieran actitudes de viejísimo u otros prejuicios hacia la población de estudio.

Procedimientos para la formación de los intervencionistas y la supervisión de la fidelidad de la intervención

Se capacitó a los intervencionistas y evaluadores, previamente se les entregó un manual de la intervención y realizó una demostración directa la ejecución.

Respecto a la fidelidad se realizó el monitoreo de las actividades implementadas con la población de estudio y se mantuvo acompañamiento con el facilitador para identificar los aspectos positivos y situaciones de mejora en la guía y ejecución de las actividades. Se evaluó el apego del personal al manual de la intervención.

Consideraciones éticas

La investigación se realizó siguiendo la normativa vigente en México establecida en la Ley General de Salud en materia de investigación (Diario Oficial de la Federación, 1987, 2012) y en la última reforma publicada en 2014 para garantizar la dignidad y bienestar de las personas.

De acuerdo con el Artículo 13 del Capítulo I, Título II, que señala que durante el estudio deberán prevalecer el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de las personas a las que se dirige la investigación, en este caso a las PAM. Para ello a cada persona se le llamó por su nombre; las sesiones tuvieron recesos cada media hora con el fin de no cansarlos, además se les preguntó cómo se sentían para garantizar su comodidad y bienestar.

Se observó lo establecido en el Artículo 14 en las fracciones I, IV, V, VI, VII, VIII y IX. En atención a la fracción I el estudio fue diseñado y vigilado por el investigador principal que es profesional de enfermería con el fin de valorar la contribución preliminar (fracción IV y VI) al uso de estrategias de memoria para enfrentar olvidos y explorar efectos en la funcionalidad. En cumplimiento al Artículo 114, la intervención se entregó por profesionales de enfermería que contaban con título y cédula registrada por las autoridades educativas competentes. El investigador principal también cuenta con título profesional registrado y cédula.

Se contó con consentimiento informado firmado por las PAM, dos testigos y el investigador principal. El consentimiento informado fue elaborado por el investigador principal (profesional de la salud) de acuerdo con los criterios que marca este reglamento. Particularmente de la fracción VII, la investigación se realizó posterior a obtener el dictamen favorable del Comité de Ética en Investigación, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Las observaciones realizadas por el comité fueron atendidas previo a la prueba piloto. Posterior a ello se obtuvieron las autorizaciones de los centros gerontológicos. No se presentaron contingencias

relacionada con el estudio (Fracción IX).

Los datos obtenidos fueron tratados de manera confidencial para salvaguardar la identidad y privacidad de los participantes de acuerdo con el Artículo 16. Así mismo, la información de los instrumentos no fue asociada a los nombres de los participantes. Se brindó un espacio de confianza para el llenado de los cuestionarios, para ello fueron solicitados espacios dentro de los centros gerontológicos que permitieran guardar la privacidad de la persona.

De acuerdo con el Artículo 17 el riesgo del estudio se clasifica en la categoría II, investigación con riesgo mínimo debido a que contempló preguntas sobre su memoria y estado cognitivo que pudieran ser sensibles. En el caso de que la persona presentara llanto o refiera incomodidad, se detendría la entrevista para darle un espacio de tiempo. En caso de que no se le pasara el episodio de llanto se le preguntaría si deseaba abandonar el estudio. En caso afirmativo se le explicaría que no habrá ningún cambio en su relación con el centro gerontológico, ni alguna otra consecuencia. Las PAM no presentaron incomodidades durante las entrevistas.

En alusión al Artículo 20 el consentimiento informado elaborado por investigador principal y aprobado por el comité de ética en investigación (Facultad de Enfermería, UANL) se dio por escrito siguiendo lo establecido en el Artículo 21 en las Fracciones I, II, III, IV, VI, VII. Se desarrolló un consentimiento informado para el grupo experimental (Apéndice B).

El consentimiento informado incluyó el propósito del estudio, posibles riesgos, beneficios, duración de la investigación, la libertad de retirarse del estudio cuando así lo deseara sin que hubiera repercusión alguna en su relación con el centro gerontológico. Fue leído para darlo a conocer a cada PAM, incluyó el nombre y firma de dos testigos.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación en el siguiente orden: características de 35 participantes que completaron la intervención, la confiabilidad de los instrumentos, y pruebas de normalidad. Los datos descriptivos de las variables de interés, correlaciones, efectos preliminares corresponden a 33 participantes que fueron evaluados en el postest, y los resultados de factibilidad, aceptabilidad y satisfacción con la intervención corresponden a 34 PAM que completaron la evaluación al final del curso.

Características de los participantes

La escolaridad se encontró de la siguiente forma: 22.8% ($n= 13$) señaló haber cursado la primaria, 10.5% ($n= 6$) la secundaria, 36.8% ($n= 21$) bachillerato o carrera técnica, el 24.6% ($n= 14$) la universidad y el 5.3% ($n= 3$) contaba con posgrado. Cinco participantes refirieron no presentar enfermedades, 7 estar diagnosticados sólo con Hipertensión arterial, 2 con Diabetes Mellitus tipo 2, 3 Hipertensión y Diabetes Mellitus tipo 2. El resto señaló otras enfermedades como: artritis, hipotiroidismo, hipertiroidismo, glaucoma, osteoporosis, hígado graso, enfermedad de Crohn o colon irritable.

La tabla 3 muestra los datos sociodemográficos y del MoCA que sirvió para seleccionar a los participantes.

Tabla 3

Características de los participantes

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mdn</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
Edad	72.83	6.91	73.00	70.45	75.20
Años de estudio	12.29	4.66	12.00	10.68	13.89

Nota. $n=35$; *M*= media; *DE*= Desviación estándar; *Mdn*= mediana; *f*= frecuencia;

IC=Intervalo de confianza

(Continúa)

Tabla 3*Características de los participantes (continuación)*

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mdn</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
MoCA	20.89	2.20	21.00	20.13	21.64
	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>			
Mujer	34	97.1			
Hombre	1	2.9			
Pareja					
Sí	11	31.4			
No	24	68.6			
Cohabita					
Sí	19	54.3			
No	16	45.7			
Cónyuge	2	5.7			
Hermano(a)	4	11.4			
Hijos	6	17.1			
Nietos	1	2.9			
Otros	6	17.1			

Nota. $n=35$; *M*= media; *DE*= Desviación estándar; *Mdn*= mediana; *f*= frecuencia; *IC*=Intervalo de confianza

Respecto a olvidos diferidos contemplados en el MoCA, los participantes identificaron tener entre 0 y 4 olvidos. En la tabla 4 se presenta el número de olvidos entre aquellos que terminaron la intervención y los que no. Se puede observar que los que no terminaron presentan olvidos en proporciones semejantes a los que permanecieron.

Tabla 4*Olvidos presentados en recuerdo diferido del MoCA*

Número de olvidos	Terminaron intervención		No terminaron intervención	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
0	9	25.70	8	36.40
1	12	34.30	2	9.10
2	6	17.10	6	27.30
3	6	17.10	4	18.20
4	2	5.70	2	9.10
Total	35		22	

Fuente: Datos de los participantes

Confiabilidad de los instrumentos

Los instrumentos mostraron confiabilidad aceptable a través del Alfa de Cronbach con excepción de situaciones de memoria (Polit & Tatano, 2017, p. 447). La tabla 5 muestra el resultado por instrumento, tal vez por el número reducido de reactivos y participantes.

Tabla 5*Confiabilidad de los instrumentos*

Instrumento	Número de ítems	α
Cuestionario Multifactorial de Memoria: Errores de memoria	20	0.91
Cuestionario de Compensación de la Memoria MCQ	23	0.86
Situaciones de Memoria (Conocimiento)	6	0.53
Cuestionario de autoeficacia en estrategias de memoria	8	0.91

Nota. n=57

(Continúa)

Tabla 5*Confiabilidad de los instrumentos (continuación)*

Instrumento	Número de ítems	α
Cuestionario de Actividad Funcional	12	0.69
Ansiedad (DASS-21)	7	0.82
Depresión (DASS-21)	7	0.83

*Nota. n=57***Pruebas de normalidad**

Las pruebas de normalidad mostraron que la edad, conciencia de errores de memoria, uso de estrategias de compensación de memoria (MMQ), uso de estrategias de compensación de memoria (MCQ), conocimiento de estrategias de compensación de memoria presentaron distribución normal. En contraste años de estudio, autoeficacia en estrategias de compensación de memoria, actividad funcional, ansiedad y depresión no obtuvieron distribución normal. Por lo que se aplicó estadística paramétrica para las variables con distribución normal y no paramétrica para las que no se distribuyeron normalmente. La tabla 6 presenta esos resultados.

Tabla 6*Prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors para edad, años de estudio y variables del estudio*

Variable	<i>K-S</i>	gl	<i>p</i>
Edad	.099	33	.200
Años de estudio	.156	33	.041
Deterioro cognitivo leve (MoCA)	.124	33	.200
Conciencia de errores de memoria	.064	33	.200

Nota. K-S= Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors; gl=grados de libertad, p=significancia

(Continúa)

Tabla 6

Prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors para edad, años de estudio y variables del estudio (continuación)

Variable	<i>K-S</i>	gl	<i>p</i>
Uso de estrategias de compensación de memoria (MCQ) recalculado	.102	33	.200
Conocimiento de estrategias de compensación de memoria	.125	33	.200
Autoeficacia en estrategias de compensación de memoria	.193	33	.003
Actividad Funcional	.298	33	<.001
Ansiedad	.240	33	<.001
Depresión	.276	33	<.001

Nota. *K-S*= Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors; *gl*=grados de libertad, *p*=significancia

Descriptivas de las variables de interés

La tabla 7 muestra los datos descriptivos de las variables de interés en el tiempo 1 y 2. Se observa que en el tiempo 2 aumentaron los puntajes de las variables conciencia de errores de memoria, uso de estrategias de compensación de memoria, conocimiento de las estrategias y la autoeficacia en estrategias de compensación de memoria. Los puntajes de actividad funcional, ansiedad y depresión disminuyeron en el tiempo 2, es decir más independientes, menos síntomas de ansiedad y depresión.

Tabla 7*Datos descriptivos de las variables del tiempo 1 vs tiempo 2*

<i>Variables</i>	Tiempo 1					Tiempo 2				
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mdn</i>	<i>IC 95%</i>		<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mdn</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>				<i>LI</i>	<i>LS</i>
Conciencia de errores de memoria	62.83	17.40	61.25	58.21	67.45	70.61	17.95	73.75	64.24	76.97
Uso de estrategias de compensación de memoria: general	42.72	17.06	42.39	36.67	48.77	48.62	17.18	47.83	42.52	54.71
Externas	58.24	28.97	60	50.55	65.93	71.81	24.71	80.00	63.05	80.58
Internas	37.34	21.67	32.14	31.59	43.09	46.53	25.32	42.85	37.55	55.51
Tiempo	71.34	24.44	75.00	64.85	77.83	66.91	30.72	75.00	56.02	77.81
Confianza	25.43	26.05	15.00	18.52	32.35	24.54	26.11	15.00	15.28	33.80
Esfuerzo	41.81	28.32	50.00	34.29	49.32	36.61	30.89	33.33	25.66	47.57
Conocimiento de estrategias de compensación de memoria	7.84	3.69	8.00	6.86	8.82	13.33	3.26	14.00	12.18	14.49
Autoeficacia en estrategias de compensación de memoria	72.50	18.64	77.50	67.55	77.45	83.98	13.02	85.00	79.36	88.59
Actividad Funcional	4.82	6.91	2.77	0.72	16.44	3.03	7.83	0.00	0.25	5.81
Ansiedad	11.61	15.56	4.76	7.48	15.74	9.09	11.9	4.76	4.84	13.34
Depresión	14.62	17.37	9.52	10.01	19.23	9.52	13.14	4.76	4.86	14.19

Nota. $n=33$; M = media; DE = Desviación estándar; Mdn = mediana; f = frecuencia; IC =Intervalo de confianza

La tabla anterior muestra que las estrategias más utilizadas en el tiempo 1 fueron las de tiempo, seguido de las externas, es decir hacer las cosas en forma lenta y solicitar ayudar para recordar. En el tiempo 2 las estrategias más utilizadas fueron las externas, seguido de las de tiempo y las internas, es decir al parecer empiezan a hacer más uso de las nemotécnicas.

En cuanto a la presencia de síntomas de depresión y ansiedad, se encontró un porcentaje mínimo con síntomas de depresión 5.3% ($n=3$) y de ansiedad 8.8% ($n=5$).

Variables asociadas al uso de las estrategias de compensación de memoria

Se encontró una correlación significativa entre el uso de las estrategias y la conciencia de errores de memoria, conocimiento de las estrategias, depresión y ansiedad. A mayor conciencia de errores de memoria y mayor conocimiento los participantes hacen un mayor uso de las estrategias de memoria. La relación entre conciencia de errores y depresión fue ($r=-.45, p<0.001$) y entre ansiedad ($r=-.48, p<0.001$). Los participantes que reconocen tener depresión y ansiedad identifican más olvidos al realizar las actividades cotidianas. En la tabla 8 se presentan las relaciones entre estrategias de compensación de memoria y demás variables que corresponden a 57 participantes que fueron valorados para ingresar a la intervención.

Tabla 8

Correlación entre variables de interés y uso de estrategias de compensación de memoria

Variables	MCQ general	MCQ: uso estrategias específicas				
		Externas	Internas	Tiempo	Confianza	Esfuerzo
Edad	-.332*	-.073	-.380*	-.305*	-.144	-.137
Escolaridad	-.167	.165	-.029	-.141	-.404*	-.394*

Nota. $n=57$; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

(Continúa)

Tabla 8

Correlación entre variables de interés y uso de estrategias de compensación de memoria (continuación)

Variables	MCQ general	MCQ: uso estrategias específicas				
		Externas	Internas	Tiempo	Confianza	Esfuerzo
Conciencia de errores de memoria	-.487**	-.189	-.414**	-.113	-.496**	-.652**
Conocimiento de estrategias de compensación de memoria	.335*	.400*	.284*	.074	.148	.184
Autoeficacia en estrategias de compensación de memoria	-.254	.018	-.063	-.038	-.414**	-.471**
Actividad Funcional	.386**	.174	.185	.143	.266*	.253
Depresión	.424**	.195	.244	.248	.413**	.412**
Ansiedad	.378**	.171	.305*	.227	.414**	.409*

Nota. n=57; * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$

Efecto preliminar de la intervención piloto

Antes de presentar los resultados de la hipótesis se presentan los resultados secundarios, anticipados como necesarios para los cambios en actividad funcional, que fueron: conocimiento de las estrategias de compensación de memoria, autoeficacia, conciencia de errores de memoria, ansiedad y depresión. Posteriormente se presentan los resultados primarios que fueron: el uso de las estrategias de compensación de memoria y la actividad funcional (actividades instrumentales de la vida diaria), relacionadas a la hipótesis

La diferencia de medias pre-post significativas fueron en: conocimiento de las estrategias de compensación de memoria ($p < 0.001$), autoeficacia en estrategias de compensación de memoria ($p = 0.010$), conciencia de errores de memoria ($p = 0.012$).

Aunque no es resultado secundario se observó cambio en la depresión ($p=0.019$). La ansiedad no mostró cambios, tal vez porque se puede decir que no tenían ansiedad.

En relación con la hipótesis “las personas adultas mayores que completaran la intervención mejorarían el uso de estrategias de compensación de memoria y la capacidad funcional”, como se observa en la tabla 9 aumentaron significativamente el uso de estrategias de compensación de memoria, sin embargo, la capacidad funcional no mostró cambios. El uso de estrategias general, externas e internas aumentaron significativamente en el postest. El uso de las estrategias de confianza disminuyó en el postest.

Tabla 9

Prueba t de Student para diferencia de medias entre el pretest y el postest

Variables	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>MD</i>
Conciencia de errores de memoria	-2.667	32	.012	-6.818
Conocimiento de estrategias de compensación de memoria	-8.780	32	.000	-5.758
Autoeficacia en estrategias de compensación de memoria*	-2.742	32	.010	-8.447
Ansiedad	.872	32	.390	2.453
Depresión*	2.462	32	.019	4.906
Uso de estrategias de compensación de memoria (general)	-2.546	32	.016	-5.896

Nota. $n= 33$; $t=$ Prueba t de Student; $gl=$ grados de libertad; $p=$ significancia; $MD=$ diferencia de medias. *Bootstrapping con 10 000 interacciones

(Continúa)

Tabla 9

Prueba t de Student para diferencia de medias entre el pretest y el postest

(continuación)

Variables	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>MD</i>
Externas	-2.630	32	.013	-11.66
Internas	-2.063	32	.047	-8.44
Tiempo	0.252	32	.802	1.76
Confianza	-2.236	32	.032	-5.90
Esfuerzo	0.384	32	.703	2.020
Actividad Funcional	.343	32	.733	.337

Nota. *n*= 33; *t*= Prueba t de Student; *gl*= grados de libertad; *p*= significancia; *MD*= diferencia de medias. *Bootstrapping con 10 000 interacciones

De acuerdo con las diferencias de media el efecto de la intervención sobre el uso de estrategias de compensación de memoria osciló entre tamaño pequeño 3.3 y mediano 8.4. Con estos resultados no se aprueba la hipótesis, en virtud de que la actividad funcional no mostró cambios. A continuación, se presentan los resultados de factibilidad, aceptabilidad y satisfacción con la intervención.

Factibilidad

El reclutamiento se llevó a cabo en cuatro centros que ofertaban actividades culturales a personas adultas mayores, identificados para su análisis con número como centro 1, 2, 3 o 4. En todos los centros se colocaron carteles fuera y dentro de los espacios y en puntos de mayor afluencia de la comunidad. A las coordinadoras de cada centro se entregaron panfletos y ellas difundieron la invitación e información de la intervención en formato digital en sus grupos de *WhatsApp*. A continuación, se describen los procesos de reclutamiento en cada uno.

Centro 1 y 2

El personal del centro 1 identificó 19 persona, sin embargo, sólo 11 (57.89%) cumplía los criterios de inclusión. Al parecer algunas personas fueron enviadas por política del centro sobre lo que se ofrece debe ser para todos, algunos de las PAM no cumplían los criterios para ingresar al estudio (edad, analfabeta). De ellas se reclutaron 9 personas de las cuales 5 iniciaron la intervención. Al momento del reclutamiento se ofertaba una clase de actividad física dirigida a las PAM.

En el centro 2 el personal no se involucró en el reclutamiento. Por la difusión se interesaron 10 personas, cinco cumplieron con los criterios de inclusión, 3 completaron los instrumentos pretest y 2 iniciaron y completaron la intervención. En este lugar se identificaron barreras físicas como la entrada al espacio, contaba con trece escalones y no tenía barandal tal vez esto haya limitado el acceso al lugar. En el tiempo de reclutamiento no se estaba ofertando otra actividad para las PAM y se observaba una mínima afluencia. Este centro fue en el que se reclutó la menor cantidad de participantes.

Centro 3 y 4

En los dos centros restantes 3 y 4 el personal facilitó el acceso a los participantes para hacer la difusión e invitación, aunque no se involucró en el reclutamiento. Además, se pasó por las clases explicando el estudio y solicitando su participación a las PAM. Se contó con dos o tres aulas para las valoraciones. Cabe señalar que estos centros presentaban mayor afluencia de personas, contaba con mayor infraestructura y brindaban una mayor oferta de actividades para las personas adultas mayores.

En el centro 3 se llevó a cabo la intervención en dos grupos diferentes, por lo que al terminar la intervención con un grupo se inició otro reclutamiento. En este centro 32 cumplieron los criterios de inclusión, iniciaron la intervención y la terminaron 20, pero una no se presentó al postest y no fue posible contactarla de nuevo. En el centro 4 se realizaron 13 valoraciones pretest y 9 en el postest.

En suma, la intervención se implementó en 8 subgrupos para lograr completar la muestra mínima para un estudio piloto. El número de personas reclutadas por centro se presenta en la tabla 10.

Tabla 10

Participantes reclutados por centro y tiempo de evaluación

Centro	Tiempo de Reclutamiento y pretest	Participantes reclutados			Tiempo de evaluación posttest
		Evaluación pretest	Termina intervención	Evaluación posttest	
1	7 días	9	4	4	2 días
2	6 días	3	2	1	1 días
3 a,b	11/10 días	32	20	19	10 días
4	9 días	13	9	9	7 días
Total		57	35	33	

Nota. n=57

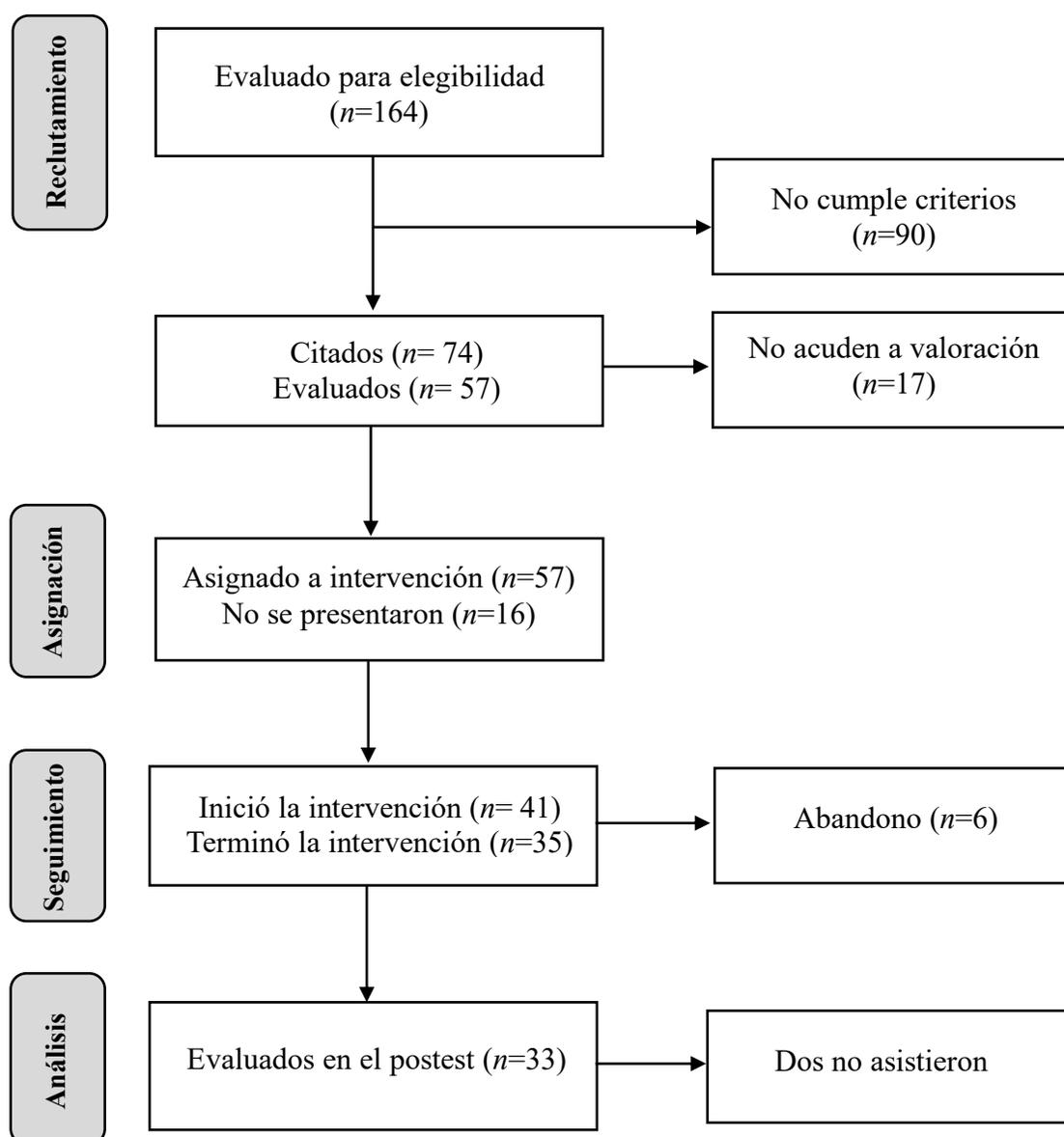
Se puede concluir que el personal de los centros facilitó el reclutamiento al proporcionar los espacios para las valoraciones, la difusión de la información e invitar a algunas personas para acudir a la valoración (aplicación del instrumento filtro), sin embargo, no se involucra directamente en el mismo. Otros detalles que ayudaron al reclutamiento fueron que en los primeros dos centros se contó con dos consultorios para que el investigador principal y un asistente de investigación aplicaran los cuestionarios en forma privada.

Se trabajó con un centro a la vez, excepto por la segunda aplicación en el centro 3 que se realizó a la par del centro 4. Esto fue debido a los limitados recursos humanos con los que se contó y falta de financiamiento. En la tabla 10 también se especifica el número de días destinados para la aplicación del instrumento filtro, valoración pretest y posttest.

Se aplicó el instrumento filtro a 164 personas. El 51.8% de los participantes potenciales no presentaba DCL ($n=85$) o se encontraba participando en un curso de estimulación cognitiva o de memoria ($n= 5$). Del total ($n=74$) que cumplieron con los criterios de inclusión el 77.03% ($n=57$) completaron las valoraciones y fueron asignados a la intervención ($n=57$) y el resto 22.97% ($n=17$) no acudió a las valoraciones basales (figura 3).

Figura 3

Flujo de los participantes



El 71.93% ($n=41$) empezó la intervención y el 28.07% ($n=16$) no se presentó a la primera sesión. De los 41, el 85.36% ($n=35$) terminó la intervención, sin embargo, 80.48% ($n=33$) acudieron a la evaluación posttest y a dos participantes no fue posible contactarlos de nuevo. Se presentó una atrición del 14.63%. Las razones de abandono del estudio fueron por razones de salud (enfermedad o procedimiento quirúrgico). Una persona se retiró en la quinta sesión sin explicar razón, una de las personas que terminó no fue posible aplicar las valoraciones posttest por enfermedad. El flujo de los participantes se muestra en la figura 3.

Aceptabilidad

La aceptabilidad se evaluó en relación con el acceso, el aprendizaje y la aplicación del aprendizaje percibidos por los participantes al finalizar la intervención. Todas las respuestas se dieron en las categorías muy de acuerdo y de acuerdo. La evaluación por rubro se muestra en la tabla 11.

Tabla 11

Evaluación del acceso

	Muy de acuerdo		De acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Acceso fácil	25	73.5	9	26.5
Estructura del curso	25	73.5	9	26.5
Proceso de registro	29	85.3	5	14.7

Nota. $n=34$

Los elementos del curso que contribuyen al logro de aprendizaje entre los que se encuentran la calidad del curso, las actividades del programa, los materiales, los ejercicios prácticos y la aplicación de los contenidos de la intervención en la vida diaria fueron evaluados por los participantes en las categorías muy de acuerdo, de acuerdo e inseguro. La mayoría de las respuestas fue para muy de acuerdo y sólo una o dos personas señalaron inseguro para algunos de las preguntas (ver Tabla 12).

Tabla 12*Recursos para el aprendizaje y aplicación*

	Muy de acuerdo		De acuerdo		Inseguro	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Aprendizaje						
Calidad de la enseñanza	28	82.40	6	17.60		
Actividades del programa	29	85.30	5	14.70		
Presentaciones de los temas	24	70.60	10	29.40		
Ejercicios prácticos	28	82.40	6	17.60		
Comprensión de los contenidos	25	73.50	7	20.60	2	5.90
Material didáctico	28	82.40	5	14.70	1	2.90
Recomendación del curso a otros	28	82.40	5	14.70	1	2.90
Aplicación del aprendizaje						
Comprensión de la memoria y sus cambios	20	58.8	13	38.2	1	2.9
Aplicación del aprendizaje y estrategias en la vida diaria	18	52.9	14	41.2	2	5.9
Continuidad de la aplicación de los aprendizajes	23	67.6	11	32.4		
Normalizar los cambios de la memoria	17	50.0	16	47.1	1	2.9
Mejora de la autoconfianza para responder a los desafíos de la memoria	21	61.8	12	35.3	1	2.9

Nota. n=34

Satisfacción de la intervención

A través de preguntas abiertas se indagó sobre los beneficios o utilidad percibida de la intervención y la satisfacción con los aprendizajes (Sidani et al., 2021). Para ello se preguntó qué fue lo que consideró más útil, lo menos útil, lo que más le gustó y lo que

menos le gustó y si notó cambios en su vida diaria por los contenidos y actividades de la intervención.

En el discurso de los participantes se refirieron a la intervención como “curso”, debido a que en la difusión se denominó a la intervención “Curso de apoyo a la memoria”.

Respecto a que fue lo más útil de la intervención, los participantes señalaron que fueron las estrategias de compensación de memoria. Algunos comentarios hacen referencia a conocerlas y aplicar las estrategias en la vida diaria: *“Saber las estrategias, como aplicarlas. Son herramientas útiles”*, *“Las aplicaciones para el desarrollo de relacionar las estrategias. Buscar el método más fácil y conveniente para recordar”*, *“Las estrategias y herramientas dadas en el curso para mejorar la memoria y las cosas que hago diariamente. Aprender a centrarme y concentrarme mejor”*, *“Todas las estrategias que nos dieron para mejorar mi memoria fueron claras”*.

Algunos participantes hacen referencia a estrategias específicas entre las que se encuentran: decir en voz alta, asociaciones, técnicas de organización, estrategias para poner atención y recordar tomar medicamentos, estrategias para recordar dónde dejó las cosas y cómo encontrarlas, estrategias para recordar nombres de lugares y de personas, y hacer listas.

En cuanto a lo que fue percibido como menos útil, fue la estrategia del método del perchero: “No entendí el formato del perchero”, “La parte del perchero no la entendí muy bien”. Esto coincide con lo referido en la clase donde se revisa ese tema, ya que durante la sesión un participante comentó que la palabra perchero le parecía más del contexto de España y que era poco común para las personas mexicanas.

Un aspecto referido por cinco personas fue la duración en tiempo *“Considero que fue poco tiempo en días y horas”*, *“Me gustaría que fuera más seguido y no una vez a la semana”*, *“que dure más tiempo”*. Una participante sugirió que la intervención se realizara tres veces a la semana.

Al escribir lo que más les gustó, la mayoría de los comentarios hicieron referencia a estar satisfechos con el curso: *“todo me gustó”, “todo estuvo muy bien, gracias”* y *“todo fue de mi agrado tanto como la atención y el trato”*. Sólo se identificaron dos comentarios sobre la duración del curso: *“que fue poco tiempo”* y *“que es corto el curso”*. Sobre lo que menos le gustó las respuestas fueron similares a lo referido en utilidad y en su mayoría respondieron que no hubo nada que les disgustara: *“no hubo nada que me desagradara”* y *“todo me pareció agradable”*.

Respecto a los cambios percibidos a partir de la intervención, los participantes mencionan que presentaron mejoras en los olvidos y en la atención que prestan a las actividades cotidianas: *“A ponerme más en orden tanto en mis labores cotidianas y la memoria y visualización”, “Que ya no se me olvidan tanto las cosas, los nombres, que ya reviso no dejar las parrillas prendidas ni los aparatos”, “Me ha servido para tener más atención en lo que realizo”*.

Fidelidad de la intervención

La fidelidad de la intervención se realizó a través de una guía de auto evaluación por parte del facilitador y de observación por parte de un evaluador. Durante la entrega de las sesiones se mantuvo el monitoreo de las actividades por el propio facilitador y un evaluador revisando la llegada con antelación al sitio de la intervención con el material correspondiente a la sesión. Se observó que se cumpliera con la realización de las actividades establecidas para la sesión, que se respetaran el orden establecido de las actividades de la sesión y los tiempos para cada actividad. Asimismo, se monitoreó que durante las sesiones se dieran indicaciones claras, que repitieran la información en el caso de ser necesario aclarando dudas de los participantes y que mantuvieran una actitud de respeto y cordialidad con los participantes.

Capítulo IV

Discusión

En este capítulo se discuten los resultados de la investigación comenzando con los resultados descriptivos y de efectos preliminares, y posteriormente la factibilidad, aceptabilidad y satisfacción de los participantes.

Los puntajes obtenidos en el uso de las estrategias de memoria en el pretest son similares con el reportado en la literatura en población mexicana e hispanohablante. Las estrategias más utilizadas fueron las de tiempo, seguida de las externas, de esfuerzo, internas y de confianza (Domínguez et al., 2021; Mayordomo et al., 2015; Meléndez et al., 2013). Posterior a la intervención las estrategias más utilizadas fueron las externas, seguidas de las de tiempo, internas, esfuerzo y confianza.

El aumento en el uso estrategias de compensación de memoria fue mayor en las externas e internas. Esto se relaciona con los contenidos de la intervención, ya que en su mayoría las estrategias revisadas entran en las primeras dos categorías. Las estrategias externas incluyeron el uso de calendarios, alarmas, pizarrón, notas recordatorias, escribir listas, código de colores, asignar un sitio para cada cosa y mantenerlo en su lugar. Las estrategias internas revisadas fueron el uso de mnemotecnias, decir en voz alta, la repetición, asociación y visualización. La disminución del uso de estrategias de confianza en el posttest es un aspecto positivo, ya que los participantes se apoyan menos en otras personas para recordar cosas. Este aspecto es relevante para los participantes que no cohabitan con otra persona.

El efecto preliminar de la intervención mostró cambios significativos en los resultados secundarios: conocimiento de las estrategias de compensación de memoria, conciencia de errores de memoria y autoeficacia. Los resultados coinciden con la evidencia empírica que reporta una diferencia significativa en conocimiento y uso de las estrategias posterior a su entrenamiento (Chandler et al., 2016; Coe et al., 2019; 2018; Frankenmolen et al., 2018; Kinsella et al., 2016; Troyer et al., 2008). De acuerdo con las

diferencias de media el efecto de la intervención piloto osciló entre pequeño y mediano al igual que lo reportado por Chandler et al. (2016).

El MAR resultó útil para guiar los conceptos del estudio. Se esperaba que, a través del estímulo focal, es decir, de la intervención, mejorara el proceso de afrontamiento del tipo *cognator* aumentando el uso de las estrategias de compensación de memoria. El estímulo focal es aquel que la persona enfrenta más inmediatamente y se encuentra más presente en su conciencia (Roy, 2009). En este estudio las PAM reportaron un mayor uso de las estrategias de compensación de memoria (proceso de afrontamiento *cognator*) posterior a la intervención y el uso de las estrategias se asoció con el conocimiento y la autoeficacia de las estrategias de compensación de memoria (estímulo focal).

Las variables asociadas al uso de las estrategias de compensación de memoria fueron la conciencia de errores de memoria, conocimiento de las estrategias, depresión y ansiedad. Un mayor conocimiento y la percepción de tener más olvidos, conlleva a un mayor uso de las estrategias. En el caso de las variables ansiedad y depresión, se piensa que puede asociarse con el uso de las estrategias ya que a su vez se asocian con la conciencia de errores de memoria. A mayor depresión y ansiedad, mayor percepción de errores de memoria. Las PAM que reconocen tener depresión y ansiedad identifican tener más olvidos al realizar las actividades cotidianas.

Retomando el concepto de estímulo contextual, se identificaron las variables edad, conciencia de errores de memoria, depresión y ansiedad, asociadas al uso de las estrategias de memoria. El estímulo contextual es todo lo que está presente en la situación, que contribuye al afecto del estímulo focal, en este caso se identificaron cuatro variables que pueden influir en el uso de las estrategias de compensación de memoria (Roy, 2009). A diferencia de Lin et al. (2020) y Domínguez et al. (2021) en este estudio el estado cognitivo (MoCA) no se asoció al uso de las estrategias de memoria.

Respecto al uso de las estrategias de compensación de memoria específicas, se

encontró que a mayor edad menos uso de estrategias internas y de tiempo, es decir, menor uso de estrategias como las mnemotecnias, asociaciones o visualización y menor lapsos prolongados para la ejecución de la tarea.

A mayor escolaridad menos uso de la estrategia de confianza y de esfuerzo, es decir que las PAM piden menos ayuda a otras personas para recordar cosas y emplean menor concentración y esfuerzo para recordar. A medida que aumenta la escolaridad mayor oportunidad de haber sido expuesto a operaciones o actividades cognitivas involucradas en la memoria.

Por último, a mayor conciencia de errores mayor uso de las estrategias de compensación de memoria en general y en específico de las internas, confianza y esfuerzo. Este resultado es apoyado por lo que postulan Garrett et al. (2010) sobre que el uso de estrategias de compensación de memoria presupone el reconocimiento o conciencia de experimentar errores de memoria u olvidos. También confirma los resultados de Lin et al. (2020) quienes encontraron que a mayor reporte de quejas subjetivas de memoria mayor uso de estrategias de compensación de memoria.

Sin embargo, no se encontró un cambio en la adaptación representado por la actividad funcional (AIVD), lo que podría deberse a que los participantes obtuvieron altos puntajes de funcionalidad. Este resultado difiere de Tomaszewski-Farias et al. (2018) quienes encontraron que las estrategias de compensación de memoria predicen un mayor nivel de independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria. Los altos puntajes en actividad funcional podrían asociarse a que las PAM en los centros culturales se mantienen aprendiendo en actividades culturales y físicas como gimnasia, yoga, pintura, entre otras. Esto a su vez les permite socializar y mantenerse cognitivamente activas, además de que saben cómo llegar al centro y cómo regresar a su casa. Otro aspecto es que la actividad funcional solo se les preguntó a ellas y luego durante las sesiones comentaban dificultades relacionados con olvidos para llevar a cabo bien las actividades instrumentales de la vida diaria, que sin embargo en la medición

basal no identificaron y expresaron desempeñarse bien en forma independiente.

En relación con la factibilidad de los métodos de cribado o selección de participantes, el instrumento filtro MoCA fue útil para identificar participantes con DCL para entrar al estudio. El MoCA posee mayor sensibilidad para la identificación del DCL en comparación con otros instrumentos (Nasreddine et al., 2005; Petersen, 2016). En este estudio del total de PAM que se cribaron, poco menos de la mitad presentó puntajes de DCL y dos terceras parte de quienes fueron evaluados en el pretest presentaron al menos un olvido.

El reclutamiento de los participantes fue mayor en los últimos dos centros los cuales contaban con una mayor afluencia de PAM, por su capacidad física y la oferta de actividades culturales. Casi el 80% de la población evaluada en el pretest y postest fue de los centros 3 y 4. Es posible que algunas PAM que fueron evaluadas en el pretest y no se presentaron a la intervención haya sido por que el horario se traslapaba con el de otras clases a las que asistían en el centro. En los primeros dos centros el escaso número de participantes podría deberse a que son espacios pequeños con poca oferta de actividades dirigidas a las PAM y con ello hay una menor asistencia. En el caso del centro gerontológico 2, aunque al momento de reclutamiento no se ofertaba otra actividad cultural sin embargo un factor que obstaculizó la asistencia fue que unas escaleras dificultaban el acceso al centro.

Una vez que las PAM contaban con la evaluación basal y aceptaron participar en la intervención, la retención de los participantes fue mayor y la atrición menor a las reportadas por Domínguez-Chávez et al. (2019), en un estudio de intervención en población mexicana. En ese sentido se considera factible de ser llevada a cabo y completada por PAM, tomando en cuenta aspectos de la infraestructura, actividades y personal de los centros gerontológicos.

El personal de los centros gerontológicos se involucró poco en el reclutamiento de participantes, sin embargo, facilitó el acceso a los participantes y aceptaron que se

llevara a cabo la intervención. Comunicación personal con colegas señalan que el personal de los diferentes centros o asilos no discrimina entre sus agremiados, ellos quisieran que todos se beneficien de las intervenciones.

Los métodos de reclutamiento no resultaron ser factibles de alcanzarse en corto plazo. Las PAM de los centros a los que se tuvo acceso se encontraban funcionales tanto cognitiva como físicamente, lo que retardó encontrar PAM con los criterios de inclusión.

La aceptabilidad según Sidani et al. (2021) engloba las percepciones favorables de los participantes. En ese sentido la intervención en general tuvo una buena aceptabilidad por los participantes, evaluaron de forma positiva el acceso, los recursos que incluyen en el aprendizaje y la aplicación del aprendizaje. Respecto a los materiales utilizados, al inicio de la intervención se les entregó el cuadernillo de participantes de forma gratuita.

Si bien en el diseño de la intervención inicialmente se había planteado el uso de diapositivas como apoyo visual para la revisión de los temas, los centros no contaban con esta infraestructura, por lo que se trabajó en carteles y trípticos (con letra número 14 o 16) que apoyaran la revisión de temas. El tríptico del tema fue entregado al inicio de cada sesión. Estos materiales fueron incluidos en el manual de la intervención. Se considera que tanto la entrega del cuadernillo y de los trípticos sesión con sesión pudieron ser un incentivo para la asistencia.

Como parte de la aceptabilidad se evaluó la satisfacción de los participantes, ésta permitió conocer la utilidad percibida al final de la intervención. Refirieron que la intervención piloto les pareció útil e identificaron mejoras en los olvidos y en la atención que prestan a las actividades cotidianas. La intervención comprendía actividades que buscaban vincular los temas con situaciones específicas que las personas vivían en su vida cotidiana, esto pudo haber impactado en la percepción positiva de su utilidad. Además, la intervención incluía actividades para la identificación de objetivos personales y la aplicación de las estrategias revisadas de acuerdo con los olvidos

identificados de manera personal. El personalizar las estrategias resulta útil porque responde a sus necesidades reales.

Otro aspecto que al parecer contribuyó en la satisfacción fue la actitud de los facilitadores con las PAM, esto fue referido en las preguntas abiertas. Durante las sesiones se dieron indicaciones claras, en el caso de ser necesario se repitió la información aclarando dudas a los participantes y que se mantuvo una actitud de respeto y trato cordial.

Respecto a la fidelidad, durante la entrega de las sesiones se cumplió con la realización de las actividades determinadas para la sesión y el orden establecido y los tiempos para cada actividad. Sin embargo, en el centro 4 en dos de los subgrupos, el volumen de la música de otra clase dificultaba el escuchar la música para la actividad de relajación al inicio de las sesiones y no se contaba con la disponibilidad de otro espacio físico para la entrega de la intervención. De manera que la intención de la actividad de relajación de ponerlos en un ambiente de disposición mental a la sesión no se lograba, por lo que es importante anticipar esos temas y contar con alternativas.

Se puede afirmar que la intervención es factible ya que se alcanzó el objetivo de reclutamiento, la tasa de retención, y la aceptabilidad y satisfacción por parte de las PAM.

Conclusiones

La intervención mostró ser factible dado que se alcanzó el objetivo de llevarla a cabo con una tasa de retención alta, una tasa de atrición baja y fue aceptada por las PAM. Se batalló para reclutar a los participantes debido al número de recursos humanos, así mismo el reclutamiento y la entrega de la intervención se llevó a cabo en un centro a la vez. Cuando se contó con ayuda se trabajaron dos grupos al mismo tiempo. Algunos participantes potenciales se mostraban interesados sin embargo no acudían a las valoraciones tal vez porque su interés no era real o no entendían el beneficio de la intervención. La intervención se implementó en 8 ocasiones para lograr completar la

muestra.

Los resultados sugieren que la intervención dirigida al entrenamiento de estrategias de compensación de memoria tiene el potencial de incrementar los conocimientos y el uso de las estrategias, específicamente de las estrategias externas e internas. Se encontró incremento significativo en el conocimiento de las estrategias, uso de las estrategias de compensación de memoria y autoeficacia en el uso de las estrategias en PAM con DCL funcionales. Asimismo, se encontró menor percepción de errores de memoria.

El MAR resultó útil para guiar los conceptos del estudio. El estímulo focal (intervención), mejoró el proceso de afrontamiento del tipo *cognator* aumentando el uso de las estrategias de compensación de memoria. Las PAM reportaron un mayor uso de las estrategias de compensación de memoria (proceso de afrontamiento *cognator*) posterior a la intervención y el uso de las estrategias se asoció con el conocimiento y la autoeficacia de las estrategias de compensación de memoria. El estímulo contextual se conformó por la edad, conciencia de errores de memoria, ansiedad y depresión.

En este estudio los participantes obtuvieron altos puntajes de funcionalidad, por lo que no se encontró diferencia significativa. No se encontró un cambio en la adaptación representado por la actividad funcional.

Limitaciones

En las limitaciones del estudio se encuentra el tamaño de la muestra, el no contar con un grupo control y la no aleatorización de los participantes. No se pudo detectar si la intervención es capaz de mejorar la funcionalidad en las actividades instrumentales de la vida diaria dado que las PAM eran funcionales. En algunos centros se encontraron limitaciones físicas como las escaleras para el acceso al aula. Asimismo, en el último centro las clases de la mañana coincidían con la clase de gimnasia y el volumen de la música interrumpía el audio de la actividad de relajación. En los últimos dos centros se identificó una saturación de espacios físicos.

El instrumento para evaluar el conocimiento de las estrategias de compensación de memoria “situaciones de memoria” presentó una confiabilidad baja, por lo que hay que tomar estos resultados con cautela, también se puede deber al bajo número de reactivos.

Recomendaciones

Replicar la intervención en centros gerontológicos, casas de cuidado de día o asilos donde haya PAM con DCL y limitaciones en la capacidad funcional, a fin de verificar si la intervención sobre uso de estrategias de compensación de memoria se traduce en mejoras funcionales.

Es importante que los centros gerontológicos incorporen una intervención dirigida al entrenamiento de las estrategias de compensación de memoria para apoyar a las PAM a enfrentar los olvidos. La intervención tiene el potencial de aumentar el uso de las estrategias de compensación externas e internas para enfrentar los olvidos de manera independiente y disminuyendo el uso de las estrategias de confianza que requiere del apoyo de otras personas.

Para futuras intervenciones es importante conocer las características de las PAM que acuden a los centros gerontológicos con el fin de asegurar que se cumplan los criterios de inclusión. Además, se sugiere pedir a las mismas PAM a que inviten conocidos. Se sugiere que en la valoración de la capacidad funcional se incluya el reporte por parte de un cuidador o familiar además del auto reporte y que sea criterio de inclusión. Ya que en las respuestas de la capacidad funcional (AIVD) percibida para realizar las actividades instrumentales los participantes respondían que podían hacerlo sin dificultad “Normal o nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo solo/a” aunque en las sesiones hacían comentarios sobre la dificultad para realizar algunas de ellas. Una alternativa es que el cuestionario también sea respondido por un familiar cercano a las PAM.

Referencias

- Abbott, J. H. (2014). The Distinction Between Randomized Clinical Trials (RCTs) and Preliminary Feasibility and Pilot Studies: What They Are and Are Not. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 44(8), 555-558.
<https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2014.0110>
- Ato García, M. (1981). Modelos de procesamiento de información en psicología. *Anales de la Universidad de Murcia*, 39(1-4), 107-131.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M. & Wagner, C. M. (2013). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Elsevier.
- Chandler, M. J., Parks, A. C., Marsiske, M., Rotblatt, L. J., & Smith, G. E. (2016). Everyday impact of cognitive interventions in mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 26(3), 225–251.
<https://doi.org/10.1007/s11065-016-9330-4>
- Coe, A., Martin, M., & Stapleton, T. (2019). Effects of an occupational therapy memory strategy education group intervention on Irish older adults' self-management of everyday memory difficulties. *Occupational Therapy in Health Care*, 33(1), 37-63. <https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1543911>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2019). *Informe especial sobre la situación de los derechos humanos de las personas mayores en México*.
http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/INFORME_PERSONAS_MAYORES_19.pdf
- Consejo Nacional de Población. (2021). *Indicadores demográficos de la República Mexicana, en el año 2021*.
http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index_2.html
- Delgado Losada, M. L. (2013). *Programa de entrenamiento para mejorar la memoria. Manual del terapeuta*. España: EOS Psicología.

- Diario Oficial de la Federación. (2016). *Ley de los derechos de las personas adultas mayores*.
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5584743&fecha=24/01/2020
- Diario Oficial de la Federación. (1987). *Ley General de Salud*.
[https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.ta
b=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0)
- Diario Oficial de la Federación. (2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos*.
[https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.ta
b=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0)
- Diario Oficial de la Federación. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud*. [http://www.conbioetica-
mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinacional/10._NAL._Re
glamento_de_Investigacion.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinacional/10._NAL._Reglamento_de_Investigacion.pdf)
- Dixon, R. A., de Frias, C. M., Bäckman, L. (2001). Characteristics of Self-Reported Memory Compensation in Older Adults. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 23(5), 650-661. <http://dx.doi.org/10.1076/jcen.23.5.650.1242>
- Domínguez-Chávez, C. J., Benavides-Torres, R. A., Gallegos-Cabriales, E. C., & Salazar-González, B. C. (2022). Feasibility of a physical training intervention with music in community-dwelling older women: a quasi-experimental study. *Journal of Gerontological Nursing*, 48(11), 37-43.
<https://doi.org/10.3928/00989134-20221003-05>
- Domínguez-Chávez, C. J., Hernández-Cortés, P. L., Cruz-Quevedo, J. E., & Salazar-González, B. C. (2021). Estado cognitivo y estrategias de compensación de memoria en personas adultas mayores. *Horizonte Sanitario*, 20(3), 427-433.
<https://doi.org/10.19136/hs.a20n3.4473>

- Domínguez-Chávez, C. J., Murrock, C. J., Cavazos-Guerrero, P. I., & Salazar-González, B.C. (2019). Music therapy intervention in community-dwelling older adults with mild cognitive impairment: a pilot study. *Geriatric Nursing, 40*, 614-619. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.06.004>
- de Frias, C. M. (2013). Memory compensation in older adults: the role of health, emotion regulation, and trait mindfulness. *The Journals of Gerontology. Psychological Sciences and Social Sciences, 69*(5), 678–685. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt064>
- de Frias, C. M., & Dixon, R. A. (2005). Confirmatory factor structure and measurement invariance of the Memory Compensation Questionnaire. *Psychological Assessment, 17*(2), 168. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.2.168>
- de Frias, C. M., Dixon, R. A., & Bäckman, L. (2003). Use of memory compensation strategies is related to psychosocial and health indicators. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58*(1), P12-P22. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.1.p12>
- De Wit, L., Chandler, M., Amofa, P., DeFeis, B., Mejia, A., O’Shea, D., ... & Smith, G. E. (2021). Memory Support System training in mild cognitive impairment: Predictors of learning and adherence. *Neuropsychological rehabilitation, 31*(1), 92-104. <https://doi.org/10.1080/09602011.2019.1667833>
- Frankenmolen, N. L., Overdorp, E. J., Fasotti, L., Claassen, J. A., Kessels, R. P., & Oosterman, J. M. (2018). Memory strategy training in older adults with subjective memory complaints: a randomized controlled trial. *Journal of the International Neuropsychological Society, 24*(10), 1110-1120. <http://doi:10.1017/S1355617718000619>
- Garrett, D. D., Grady, C. L., & Hasher, L. (2010). Everyday memory compensation: the impact of cognitive reserve, subjective memory, and stress. *Psychology and Aging, 25*(1), 74-83. <https://doi.org/10.1037/a0017726>

- Giebel, C., & Challis, D. (2014). Translating cognitive and everyday activity deficits into cognitive interventions in mild dementia and mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 30*(1), 21-31.
<https://doi.org/10.1002/gps.4170>
- Gitlin, L. N., & Czaja, S. J. (2016). *Behavioral Intervention Research: Designing, Evaluating, and Implementing*. Springer Publishing Company.
- Gurrola Peña, G. M., Balcázar Nava, P., Bonilla Muños, M. P., Virseda Heras, J. A. (2006). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia Social, 8*(2), 3-7.
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2011). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology, 44*(2), 227-239. <https://doi.org/10.1348/014466505X29657>
- Herdman, T. H. & Kaitsuru, S. (2021). *NANDA-I Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023*. España: Elsevier.
- Herrera, M. S., Saldías, P., & Testa, N. (2014). Validación de un test breve para el diagnóstico de capacidad funcional en adultos mayores en Chile. *Revista Médica de Chile, 142*(9), 1128-1135. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000900006>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2020). *Índice de envejecimiento por entidad federativa, 1990 a 2020. Censo de Población y Vivienda 2020*.
https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Poblacion_Poblacion_05_5b634cc6-add1-4871-b7de-620b0e3667d8
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2018). *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento 2018. Presentación de resultados*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enasem/2018/doc/enasem_2018

_presentacion.pdf

- Ismail, Z., Elbayoumi, H., Fischer, C. E., Hogan, D. B., Millikin, C. P., Schweizer, T., Mortby, M. E., Smith, E. E., Patten, S. B., & Fiest, K. M. (2017). Prevalence of depression in patients with mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *74*(1), 58-67.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3162>
- Kinsella, G. J., Ames, D., Storey, E., Ong, B., Pike, K. E., Saling, M. M., Clare, L., Mullaly, E., & Rand, E. (2016). Strategies for improving memory: a randomized trial of memory groups for older people, including those with mild cognitive impairment. *Journal of Alzheimer's Disease*, *49*(1), 31–43.
<https://doi.org/10.3233/JAD-150378>
- Kurtz M. M. (2011). Compensatory Strategies. In: Kreutzer J.S., DeLuca J., Caplan B. (eds) *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. Springer.
https://doi.org/10.1007/978-0-387-79948-3_1086
- Lachman, M. E., & Agrigoroaei, S. (2012). Low perceived control as a risk factor for episodic memory: The mediational role of anxiety and task interference. *Memory & Cognition*, *40*(2), 287-296. <https://doi.org/10.3758/s13421-011-0140-x>
- Lesende, I. M., Cantero, S. Q., Atucha, V. U., Oyarbide, E. G., Minaña, T. A., & Jocano, J. E. P. (2012). Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores. *Atención Primaria*, *44*(6), 309-317. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.03.005>
- Lin, P., LaMonica, H. M., Naismith, S. L. & Mowszowski, L. (2020). Memory compensation strategies in older people with mild cognitive impairment. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *26*, 86–96.
<https://doi.org/10.1017/S1355617719000912>
- Lohman, M. C., Rebok, G. W., Spira, A. P., Parisi, J. M., Gross, A. L., & Kueider, A. M. (2013). Depressive symptoms and memory performance among older adults:

- results from the ACTIVE memory training intervention. *Journal of Aging and Health*, 25(0), 209S-229S. <https://doi.org/10.1177/0898264312460573>.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Makino, K., Lee, S., Bae, S., Shinkai, Y., Chiba, I., & Shimada, H. (2020). Relationship between instrumental activities of daily living performance and incidence of mild cognitive impairment among older adults: A 48-month follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 88, 104034. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104034>
- Mayo Clinic. (2020). *Deterioro cognitivo leve*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mild-cognitive-impairment/symptoms-causes/syc-20354578>
- Mayordomo, T., Sales, A., Meléndez & J. C. (2015). Estrategias de compensación en adultos mayores: Diferencias sociodemográficas y en función de la reserva cognitiva. *Anales de Psicología*, 31(1), 310-316. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.1.163621>
- Mejía-Arango, S., Miguel-Jaimes, A., Villa, A., Ruiz-Arregui, L., & Gutiérrez-Robledo, L. M. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, 49, s475-s481.
- Meléndez, J. C., Mayordomo, T., Sales, A., Cantero, M. J., & Viguer, P. (2013). How we compensate for memory loss in old age: Adapting and validating the Memory Compensation Questionnaire (MCQ) for Spanish populations. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56, 32-37. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2012.06.018>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin,

- I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 695–9.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de desarrollo sostenible*.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017, Mayo). *10 datos sobre el envejecimiento y la salud*. <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- Pereira-Manrique, F., & Reyes, M. F. (2013). Confiabilidad y Validez del Test Montreal Cognitive Assessment (MoCA) en población mayor de Bogotá, Colombia. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 13 (2), 39-61.
- Petersen, R. C. (2016). Mild cognitive impairment. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 22(2 Dementia), 404-418.
<https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000313>
- Pfeffer, R. I., Kurosaki, T. T., Harrah Jr, C. H., Chance, J. M., & Filos, S. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*, 37(3), 323-329.
- Pike, K. E., Moller, C. I., Bryant, Ch., Farrow, M., Dao, P. D., & Ellis, K. A. (2021). Online Personalised Training in Memory Strategies for Everyday (OPTIMiSE) Program for Older Adults with Cognitive Concerns: Pilot Study Protocol. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*, 5(1), 143-152.
<https://doi.org/10.3233/ADR-200251>
- Polit, D. F., & Tatano, C. B. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Quiroga, P., Albala, C., & Klaasen, G. (2004). Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. *Revista Médica de Chile*,

- 132(4), 467-478. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000400009>
- Riffo, B., Reyes, F., Véliz de Vos, M. (2013). Propiedades psicométricas del cuestionario multidimensional de memoria en población chilena adulta. *Terapia Psicológica*, 31(2), 227-237. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000200009>
- Roy, C. (2009). *The Roy Adaptation Model*. New Jersey: Pearson.
- Secretaría General del Consejo Nacional de Población. (2024). *Mapa interactivo de indicadores de población en México con base en la Conciliación demográfica de México 1950-2019 y Proyecciones de la Población de México y las Entidades Federativas 2020-2070*. Disponible en:
<https://conapo.segob.gob.mx/work/models/CONAPO/pry23/PP/index.html>
- Secretaría de Salud. (2012). *Guía de referencia rápida, Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención*.
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/Imss_144_08_grr_demencia_am.pdf
- Serrano, C.M., Dillon, C., Leis, A. Taragano, F.E., Allegri, R.F. (2013). Deterioro cognitivo leve: riesgo de demencia según subtipos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(6), 330-339.
- Sidani, S., & Braden, C. J. (2021). *Nursing and health interventions. Design, evaluation, and implementation*. Wiley & Sons.
- Sinoff, G., & Werner, P. (2003). Anxiety disorder and accompanying subjective memory loss in the elderly as a predictor of future cognitive decline. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(10), 951-959.
- Teresi, J. A., Yu, X., Stewart, A. L., & Hays, R.D. (2022). Guidelines for Designing and Evaluating Feasibility Pilot Studies. *Medical care*, 60(1), 95-103.
<https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001664>
- Tomaszewski-Farias, S., Schmitter-Edgecombe, M., Weakley, A., Harvey, D., Denny,

- K. G., Barba, C., Gravano, J. T., Giovannetti, T. & Willis, S. (2018). Compensation strategies in older adults: association with cognition and everyday function. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 33(3), 184-191. <https://doi.org/10.1177/1533317517753361>
- Troyer, A. K., Murphy, K. J., Anderson, N. D., Moscovitch, M., & Craik, F. I. (2008). Changing everyday memory behaviour in amnesic mild cognitive impairment: a randomised controlled trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18(1), 65-88. <https://doi.org/10.1080/09602010701409684>
- Troyer A. K., & Rich, J. B. (2020). *Multifactorial Memory Questionnaire. Spanish*. https://www.baycrest.org/Baycrest_Centre/media/content/form_files/MMQ-forms_2020_Spanish.pdf
- Troyer A. K., & Rich, J. B. (2018). *Multifactorial Memory Questionnaire. Professional Manual*. Baycrest. https://www.baycrest.org/Baycrest_Centre/media/content/form_files/MMQ-Manual-2018_ebook.pdf
- Troyer, A. K. (2001). Improving memory knowledge, satisfaction, and functioning via an education and intervention program for older adults. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 8(4), 256–268. <https://doi.org/10.1076/anec.8.4.256.5642>
- Vincent, D., Pasvogel, A., & Barrera, L. (2007). A feasibility study of a culturally tailored diabetes intervention for Mexican Americans. *Biological research for nursing*, 9(2), 130-141. <https://doi.org/10.1177/1099800407304>
- Wang, J., Xiao, L. D., Wang, K., Luo, Y., & Li, X. (2020). Gender differences in cognitive impairment among rural elderly in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3724. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103724>
- Wood, B. M., Nicholas, M. K., Blyth, F., Asghari, A., & Gibson, S. (2010). The Utility of the Short Version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) in

Elderly Patients with Persistent Pain: Does Age Make a Difference? *Pain Medicine*, 11, 1780-1790. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2010.01005.x>

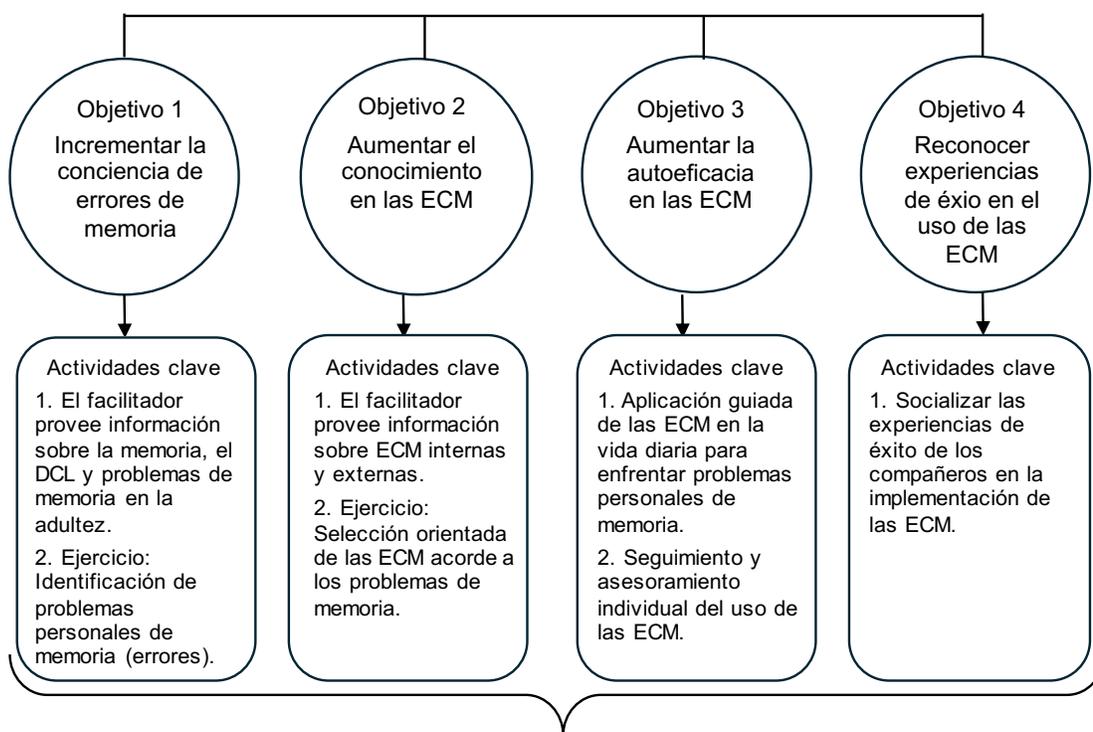
World Health Organization. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259615>

Apéndices

Apéndice A

Anatomía de la Intervención sobre estrategias de compensación de memoria para la mejora funcional en personas adultas mayores

Problema y población blanco: Personas adultas mayores con deterioro cognitivo leve, que viven en la comunidad.
Contexto y entrega: Comunidad (centro gerontológico).
Base teórica: Modelo de adaptación de Roy, teoría del procesamiento de la información.
Metas de tratamiento: Aumentar el uso de las estrategias de compensación de memoria (ECM) en la vida diaria de las personas adultas mayores con deterioro cognitivo leve (DCL) que habitan en la comunidad posterior a la intervención.



Resultados de tratamiento

Resultados primarios: Uso de estrategias de compensación de memoria en la vida diaria de las personas adultas mayores con DCL y actividad funcional (actividades instrumentales de la vida diaria).

Resultados secundarios: 1) conciencia de errores de memoria, 2) conocimiento de las ECM, 3) autoeficacia de las ECM y 4) experiencia de éxito en el uso de las ECM.

Apéndice B



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Título de proyecto: Intervención sobre estrategias de compensación de memoria para la mejora funcional en personas adultas mayores.

Autores/Estudiantes: ME. Yarisbeth Quezada Ramírez

Director de Tesis: Bertha Cecilia Salazar González, PhD

Prólogo:

El presente estudio trata de una intervención sobre la cognición, el uso de las estrategias de compensación de memoria y actividad funcional en personas adultas mayores con algunos olvidos. Lo anterior será valorado antes y al terminar la intervención de seis semanas.

Por lo cual, la maestra Yarisbeth Quezada Ramírez me ha invitado a participar en este estudio. Antes de que decida participar es necesario que conozca el propósito del estudio. Se que el presente estudio se realiza como requisito parcial para que Yarisbeth Quezada Ramírez obtenga el grado de doctorado en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL).

Propósito del estudio

Evaluar la aceptación de una intervención piloto sobre el uso de compensadores de memoria y las actividades instrumentales de la vida diaria (actividad funcional) en PAM.

Procedimiento:

Me han explicado que antes de iniciar la intervención se me aplicarán cinco cuestionarios. Tendré la libertad de retirarme del estudio en cualquier momento que lo decida sin que se altere mi relación con el centro gerontológico al que acudo. El estudio requiere que yo venga un día a la semana durante seis semanas. Las sesiones durarán dos horas y tendré descanso cada 30 minutos. Se realizarán en grupos pequeños de 7 a 10

participantes y otro asistente de investigación guiará las sesiones. Me encargarán actividades para realizar en casa. Al terminar la intervención responderé a seis instrumentos en un tiempo máximo de 45 minutos. Entiendo que si respondo en forma directa será menos tiempo.

Riesgos e inquietudes: Sé que el estudio contiene algunas preguntas que me pueden molestar o hacer llorar dado que me harán preguntas sobre mi memoria, estado cognitivo y mi estado de ánimo. En el caso de que me sienta incómodo(a) se detendrán las preguntas para brindarme espacio y esperar a que se me pase. Me preguntarán si deseo continuar respondiendo las preguntas del estudio. En caso de aceptar continuaré respondiendo.

Si decido que no deseo continuar con mi participación, me ha explicado que estoy en mi derecho de hacerlo y que no habrá consecuencia alguna en mi relación con el centro gerontológico. Sé que puedo solicitar que me refiera con un psicólogo (UNAM) a través de la Lic. Quezada Ramírez, para recibir atención gratuita.

Beneficios esperados: La intervención no ofrece beneficios directos sobre mi persona. Sin embargo, mi participación en el estudio puede ayudar en un futuro a personas como yo a mejorar cosas que hacen para enfrentar olvidos. El estudio no tiene costo alguno.

Preguntas: En caso de tener preguntas sobre el estudio, sé que puedo comunicarme a la Facultad de Enfermería comuníquese con él presidente del Comité de Ética e Investigación al número 8183478096.

Consentimiento: Yo voluntariamente autorizo participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. Yo he leído esta información y se han respondido todas mis preguntas. Aunque estoy aceptando participar en el estudio, no estoy renunciando a ningún derecho.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Nombre y firma del investigador

Apéndice C

Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
(Evaluación Cognitiva Montreal)

Nombre: _____ Nivel de estudio: _____
Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA					Copiar el cubo	Dibujar un RELOJ (Once y diez) (3 puntos)	PUNTOS
[]		[]		[]	[]	[]	[]
				Contorno	Números	Agujas	_/5
IDENTIFICACIÓN							
[]		[]		[]			
_/3							
MEMORIA	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.		ROSTRO	SEDA	TEMPLO	CLAVEL	ROJO
		1º INTENTO					
		2º INTENTO					
NINGÚN PUNTO							
ATENCIÓN	Lea la serie de números (1 número/seg.)	El paciente debe repetirlos en el mismo orden.		[] 2 1 8 5 4			
		El paciente debe repetirlos en orden inverso.		[] 7 4 2			
_/2							
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		[] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B					
_/1							
Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65		4 o 5 restas correctas: 3 puntos, 2 o 3 restas correctas: 2 puntos, 1 resta correcta: 1 punto, 0 restas correctas: 0 puntos					
_/3							
LENGUAJE	Repetir: Solo sé que le toca a Juan ayudar hoy. []						
	El gato siempre se esconde debajo del sofá cuando hay perros en la habitación. []						
_/2							
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "F" en 1 minuto. [] ____ (N ≥ 11 palabras)							
_/1							
ABSTRACCIÓN	Semejanza entre p. ej. plátano-naranja = fruta [] tren-bicicleta [] reloj-regla						
_/2							
RECUERDO DIFERIDO	(MIS) Debe recordar las palabras SIN DARLE PISTAS	ROSTRO	SEDA	TEMPLO	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente MIS = ____ / 15
Puntuación de la escala de memoria (MIS)	X3	[]	[]	[]	[]	[]	
	X2 Pista de categoría						
	X1 Pista de elección múltiple						
_/5							
ORIENTACIÓN	[] Fecha [] Mes [] Año [] Día de la semana [] Lugar [] Localidad						
_/6							
© Z. Nasreddine MD www.mocatetest.org				MIS: /15			
Administrador por: _____				(Normal ≥ 26/30)			
Se requiere formación y certificado para garantizar la exactitud.				Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios		TOTAL	
						_/30	

Evaluación Cognitiva Montreal Montreal Cognitive Assessment (MoCA[®])

Importante: Marque con una paloma, en el espacio reservado a dicho efecto, todas las palabras que la persona repita la segunda vez. Al final del segundo intento, infórmele a la persona que deberá recordar estas palabras, ya que tendrá que repetir las más tarde (en 5 minutos), al final de la prueba; dígame: *"Le volveré a preguntar estas palabras al final de la prueba"*

4. Evaluación de atención y concentración.

Dígale a la persona lo siguiente:

"Le voy a leer una serie de números, y cuando haya terminado, me gustaría que repita estos números en el mismo orden en el que yo los he dicho".

Lea la secuencia de cinco números de la sección de atención del formato de MoCA[®] a un ritmo de uno por segundo. Ahora dígame a la persona:

"Le voy a leer una serie de números, y cuando haya terminado, deberá repetirlos hacia atrás".

A continuación a la persona dígame:

"Voy a leerle una serie de letras. Cada vez que diga la letra 'A', dé un golpecito con la mano. Cuando diga una letra que no sea la A, no dé ningún golpecito".

Dígale a la persona:

"Ahora me gustaría que restará 7 de 100, y que continuará restando 7 a la cifra de su respuesta anterior, hasta que le pida que pare"

Puede repetir las instrucciones una vez más si lo considera necesario

5. Evaluación de lenguaje.

Dígale lo siguiente a la persona:

"Ahora le voy a leer una frase. Repítala exactamente cuando yo termine: [Solo sé que le toca a Juan ayudar hoy]"

"Ahora le voy a leer otra frase. Repítala exactamente cuando yo termine: [El gato siempre se esconde debajo del sofá cuando hay perros en la habitación]"

A continuación dígame a la persona lo siguiente:

"Me gustaría que me diga el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra que le diga. Puede decir cualquier tipo de palabra, excepto nombres propios, números, conjugaciones verbales (p. ej. 'meto', 'metes', 'mete') y palabras de la misma familia (p. ej. 'manzana', 'manzano'). Le pediré que pare al minuto. Está preparado? Ahora, diga el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra F".

6. Evaluación de abstracción.

Como ejemplo, pídale a la persona que le diga a qué categoría pertenecen un plátano y una naranja; si la persona da una respuesta concreta; repítale a la persona sólo una vez más: *"Dígame otra categoría a la que también puedan pertenecer un plátano y una naranja"*. Si la persona no da la respuesta adecuada, dígame: *"Sí, y las dos pertenecen también a la categoría de frutas"*. No dé otras instrucciones o explicaciones.

Lo anterior fue un ensayo, a continuación exprésele a la persona lo siguiente:

"Ahora un tren y una bicicleta"

No dé instrucciones o pistas suplementarias; cuando la persona haya terminado, dígame:

"Ahora un reloj y una regla"



Evaluación Cognitiva Montreal Montreal Cognitive Assessment (MoCA[®])

7. Evaluación de recuerdo diferido.

Habiendo pasado no más de 5 minutos desde el paso 3 (evaluación de memoria), a continuación a la persona dígame:

“Antes le leí una serie de **palabras** y le **pedí** que las **recordase**. **Dígame** ahora **todas** las **palabras** de las que se **acuerde**”.

Para las palabras de las que la persona no se acuerde espontáneamente, puede proporcionarle pistas de categoría semántica. Luego, para las palabras de las que la persona no se acuerda, a pesar de las pistas semánticas, puede ofrecerle una selección de respuestas posibles, de las cuales la persona debe identificar la palabra adecuada. A continuación se presentan las pistas para cada una de las palabras:

ROSTRO	categoría semántica: <i>parte del cuerpo</i>	elección múltiple: <i>nariz, rostro, mano</i>
SEDA	categoría semántica: <i>tela</i>	elección múltiple: <i>lana, algodón, seda</i>
IGLESIA	categoría semántica: <i>edificio</i>	elección múltiple: <i>iglesia, escuela, hospital</i>
CLAVEL	categoría semántica: <i>flor</i>	elección múltiple: <i>rosa, clavel, tulipán</i>
ROJO	categoría semántica: <i>color</i>	elección múltiple: <i>rojo, azul, verde</i>

8. Evaluación de orientación.

Ahora dígame a la persona:

“Dígame en qué **fecha** estamos hoy”.

Si la persona ofrece una respuesta incompleta, dígame:

“Dígame el **año**, el **mes**, el **día** del mes (*fecha*) y el **día** de la **semana**”.

A continuación, pídale a la persona:

“Dígame cómo se llama el **lugar** donde estamos ahora y en qué **localidad** nos encontramos”.

Registre la fecha, el nombre completo, la edad, el sexo y los años de escolaridad de la persona evaluada.

Referencias:

- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.
- Palacios García, A. A. (2015). Validez y confiabilidad del Montreal Cognitive Assessment (MoCA) en su versión traducida al español para el cribaje del deterioro cognitivo leve en adultos mayores. (Tesis de Especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México, México.



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



Apéndice D
Cédula de datos personales

Folio: _____

Instrucciones: Este cuestionario es confidencial por lo que se solicita responder cada pregunta de acuerdo con su realidad. Escriba el dato que se solicita o marque con una (X) dentro en la casilla que considere, por favor marque una sola opción y no deje preguntas sin responder.

Datos sociodemográficos

1. Edad: _____ años cumplidos. Fecha de nacimiento: _____
2. Sexo: Hombre Mujer
3. Estado marital: Pareja Sí No
4. Escolaridad: _____ años de estudio.
5. Nivel de estudios: Primaria Secundaria Bachillerato Universidad
Posgrado
6. Enfermedades:

7. Número de familiares o personas con las que cohabita: Sí No
 Cónyuge
 Hermano (a)
 Hijos
 Nietos
 Amigos

Apéndice E

Cuestionario Multifactorial de Memoria (MMQ)

Errores de memoria

A continuación, le voy a leer algunas cosas que se nos suelen olvidar, si es el caso dígame con qué frecuencia. Le voy a leer cada frase y en cada una le voy a volver a leer las opciones para que usted me diga la frecuencia con que ha cometido cada uno de estos errores/olvidos en las últimas dos semanas. Marcar la casilla junto a la respuesta mencionada.

1. Olvidarse de pagar una factura antes del vencimiento.

Siempre A menudo A veces Raramente Nunca

2. Extraviar algo que utiliza a diario, como las llaves o los anteojos.

Siempre A menudo A veces Raramente Nunca

3. Tener problemas para recordar un número de teléfono que acaba de buscar.

Siempre A menudo A veces Raramente Nunca

4. No recordar el nombre de alguien que acaba de conocer.

Siempre A menudo A veces Raramente Nunca

5. Buscar algo y dejarlo donde estaba, cuando en verdad quería llevarlo con usted.

Siempre A menudo A veces Raramente Nunca

6. Olvidarse de una cita.

Siempre A menudo A veces Raramente Nunca

7. Olvidarse de lo que estaba a punto de hacer; por ejemplo, entrar en una habitación y olvidarse de lo que fue a hacer allí.

Siempre A menudo A veces Raramente Nunca

8. Olvidarse de hacer un mandado.

Siempre A menudo A veces Raramente Nunca

9. En una conversación, tener dificultades para encontrar una palabra específica que quiere decir.

Siempre A menudo A veces Raramente Nunca

10. Tener dificultades para recordar los detalles de un artículo de periódico o revista que leyó antes ese mismo día.

Siempre A menudo A veces Raramente Nunca

11. Olvidarse de tomar un medicamento.

Siempre A menudo A veces Raramente Nunca

12.No recordar el nombre de alguien que conoce desde hace tiempo.

Siempre A menudo A veces Raramente Nunca

13.Olvidarse de transmitir un mensaje.

Siempre A menudo A veces Raramente Nunca

14.Olvidarse de lo que iba a decir en una conversación.

Siempre A menudo A veces Raramente Nunca

15.Olvidarse de un cumpleaños o de un aniversario que solía recordar bien.

Siempre A menudo A veces Raramente Nunca

16.Olvidarse de un número de teléfono que usa con frecuencia.

Siempre A menudo A veces Raramente Nunca

17.Volver a contar una historia o una broma a la misma persona porque se olvidó de que ya se la había contado.

Siempre A menudo A veces Raramente Nunca

18.Perder algo que guardó hace solo unos días.

Siempre A menudo A veces Raramente Nunca

19.Olvidarse de comprar algo que quería comprar.

Siempre A menudo A veces Raramente Nunca

20. Olvidarse de los detalles de una conversación reciente.

Siempre A menudo A veces Raramente Nunca

13. ¿Le pide, a veces, a alguien (por ejemplo, pareja) que le ayude a recordar cuando tiene que hacer un viaje?
- Nunca Casi nunca Ocasionalmente A veces Siempre
14. En comparación con hace 5-10 años, ¿Pide actualmente más ayuda a otras personas para recordar cosas (por ejemplo, amigos, esposa/marido o amigo)
- Mucho más Más Igual Menos Mucho menos
15. ¿Se esfuerza mucho cuando intenta recordar un teléfono importante?
- Siempre A veces Ocasionalmente Casi nunca Nunca
16. Cuando intenta recordar algo que ha visto en un programa de televisión, ¿utiliza algún “truco” para recordar, como “agrupar” las cosas, o repetírselas?
- Siempre A veces Ocasionalmente Casi nunca Nunca
17. ¿Anota las citas que tiene (dentista, peluquería, etc.) en una agenda o similar?
- Siempre A veces Ocasionalmente Casi nunca Nunca
18. ¿Anota cumpleaños en su agenda (o similar) para recordarlos?
- Nunca Casi nunca Ocasionalmente A veces Siempre
19. ¿Se repite usted los números de teléfono para recordarlos mejor?
- Siempre A veces Ocasionalmente Casi nunca Nunca
20. ¿Emplea más tiempo hoy en recordar cosas importantes, que hace 5 o 10 años (por ejemplo leyendo más lento o más veces)?
- Mucho más Más Igual Menos Mucho menos
21. ¿Anota los números de teléfono en su agenda o por escrito, para recordarlos mejor?
- Siempre A veces Ocasionalmente Casi nunca Nunca
22. ¿Cuándo quiere recordar el nombre de una persona, intenta asociar el nombre a su cara?
- Nunca Casi nunca Ocasionalmente A veces Siempre
23. ¿Cuándo intenta ayudarse en el recuerdo con apoyos tales como poner objetos en un único sitio o anotar por escrito las cosas, lo hace ahora más o menos a menudo que hace 5-10 años?
- Mucho menos Menos Igual Más Mucho más
24. ¿Cuándo usted trata de recordar algo de su niñez, le resulta importante recordarlo tan fielmente como ocurrió?
- Nunca Casi nunca Ocasionalmente A veces Siempre
25. ¿Utiliza las letras como ayuda para recordar (por ejemplo revisar el alfabeto para recordar el nombre de alguien, o de una ciudad o de otra cosa)?
- Nunca Casi nunca Ocasionalmente A veces Siempre
26. ¿Se tiene que esforzar en recordar cuándo tiene reuniones importantes?
- Siempre A veces Ocasionalmente Casi nunca Nunca
27. ¿Cuándo intenta recordar algo, intenta relacionarlo con otra cosa que conoce bien para poder recordarlo mejor?
- Siempre A veces Ocasionalmente Casi nunca Nunca
28. ¿Si intenta recordar algo gracioso, es importante para usted el recordarlo tan fielmente como sea

posible?

Siempre A veces Ocasionalmente Casi nunca Nunca

29. ¿Cuándo usted quiere recordar información utiliza alguna imagen que le facilite el recuerdo?, por ejemplo, colocar en su refrigerador una imagen, para recordar un cumpleaños.

Nunca Casi nunca Ocasionalmente A veces Siempre

30. ¿Le cuesta más esfuerzo y concentración el recordar cosas hoy que hace 5-10 años?

Mucho más Más Igual Menos Mucho menos

31. ¿Le resulta importante recordar las cosas con toda fidelidad?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente A veces Siempre

32. ¿Acostumbra a recordarse repetidamente las citas importantes que tiene para recordarlas mejor?

Siempre A veces Ocasionalmente Casi nunca Nunca

33. ¿Utiliza hoy “trucos” para recordar mejor (repetirse las cosas, o agrupar las cosas en categorías) más de lo que lo hacía hace 5-10 años?

Mucho menos Menos Igual Más Mucho más

Apéndice G

Situaciones de Memoria

A continuación se presentan diferentes situaciones que involucran la memoria. Después de cada situación que le voy a leer, brevemente haga un listado de lo que debería o podría hacer para mejorar su habilidad para recordar.

1. Ha hecho planes para reunirse con un amigo. Usted quiere asegurarse de recordar verse con él.

2. Un familiar ha cambiado su número de teléfono. Quiere recordar su nuevo número.

3. Hay un número de cosas que necesita recordar hacer hoy.

4. Ha conocido a una persona y quiere recordar su nombre.

5. Frecuentemente extravía sus llaves o su cartera porque no puede recordar dónde las pone.

6. Desea recordar los detalles sobre cosas que ha hecho, tales como viajes que ha hecho o libros que ha leído.

Apéndice H

Cuestionario de autoeficacia en estrategias de memoria

Las estrategias de compensación de memoria se refieren a notas recordatorias, calendarios, alarmas, solicitar a personas cercanas que les recuerden citas importantes, realizar asociaciones o crear imágenes mentales para recordar palabras o nombres de personas.

Este cuestionario analizará su memoria. Por favor, seleccione un número entre 0 (sin confianza en absoluto) y 10 (muy seguro de sí mismo) que describa mejor cómo evaluaría su capacidad de usar estrategias de memoria en diferentes situaciones. Intente responder a todas las preguntas con la mayor precisión posible.

- ¿Cómo calificaría su confianza en el uso general de las estrategias de memoria?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin confianza en absoluto			Moderadamente confiado				Muy seguro de sí mismo		

- ¿Qué tan confiado se siente de poder usar estrategias de memoria para recordar lo siguiente?

1. Información recién aprendida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Nombres de personas nuevas que conozco	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Cosas que tengo previsto hacer en un futuro próximo (por ejemplo, recoger la leche de camino a casa)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Lo que ya se ha dicho en las conversaciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Dónde dejo las cosas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Números de PIN y contraseñas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Cómo llegar a los lugares	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Apéndice I

Cuestionario de Actividad Funcional

A continuación, le leeré algunas situaciones y usted me indica con qué grado se siente capaz de hacerlo.

0 normal o nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo solo/a

1 Con dificultad, pero lo hace solo; o nunca lo hizo y si tuviera que hacerlo ahora tendría dificultad.

2 necesita ayuda (pero lo hace)

3 dependiente (no puede realizarlo)

Ítem	0	1	2	3
1. ¿Maneja su propio dinero?				
2. ¿Puede hacer solo/a la compra de alimentos, ropa o cosas de la casa?				
3. ¿Puede prepararse solo/a el café o el té y luego apagar el fuego?				
4. ¿Puede hacerse solo/a la comida?				
5. ¿Está al corriente de las noticias de su vecindario (o colonia), de su comunidad)				
6. ¿Puede prestar atención, entender y discutir las noticias de la radio y los programas de TV, libros, revistas?				
7. ¿Recuerda si queda de ver alguien, las fiestas familiares y los días festivos?				
8. ¿Es capaz de manejar su medicación?				
9. ¿Es capaz de viajar solo/a fuera de su barrio y volver a casa?				
10. ¿Saluda apropiadamente a sus amistades?				
11. ¿Puede quedarse en casa de forma segura?				
12. ¿Usted utiliza el transporte público para trasladarse a un lugar?				

Una puntuación por debajo de 6 indica normalidad (no dependencia)

Una puntuación de 6 o más indica alteración funcional

Apéndice J

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

	No me ha ocurrido	Me ha ocurrido poco	Me ha ocurrido buena parte del tiempo	Me ha ocurrido mucho
Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
Me di cuenta de que tenía la boca seca	0	1	2	3
No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
Me he sentido inquieto	0	1	2	3
Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

Apéndice K

Aceptabilidad

Evaluación del curso

¡Felicidades! Has terminado el curso Intervención sobre estrategias de compensación de memoria para la mejora funcional en personas adultas mayores. Esperamos que el curso le haya resultado de utilidad.

Por favor, tómese un momento para darnos su opinión

Acceso	Muy de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	No estoy de acuerdo	Muy en desacuerdo
El curso fue fácilmente accesible.					
La estructura del curso ha sido amigable para el participante.					
El proceso de registro fue fácil de seguir.					

Aprendizaje	Muy de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	No estoy de acuerdo	Muy en desacuerdo
La enseñanza en el curso fue de calidad.					
Las actividades del programa fueron agradables.					
Las presentaciones ayudaron a mi aprendizaje.					
Los ejercicios prácticos fueron beneficiosos en la aplicación del aprendizaje.					
Entendí lo que estaba aprendiendo.					
El material didáctico adicional proporcionó información útil y relevante para completar mi aprendizaje.					
Recomendaría la intervención a otros.					

Aplicación del aprendizaje	Muy de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	No estoy de acuerdo	Muy en desacuerdo
A mejorado mi comprensión de la memoria y de cómo cambia a lo largo del tiempo.					
Puedo ayudar a las personas a aprender y aplicar estrategias de memoria en la vida cotidiana.					
Sigo aplicando mi aprendizaje en la vida cotidiana.					

Ayudó a normalizar los cambios de la memoria en la edad avanzada.					
Mejoró mi confianza en responder a los desafíos de la memoria.					

¿Qué es lo que ha sido más útil del curso?

¿Qué es lo que menos le ha sido útil del curso?

¿Qué cosas no le gustaron?

¿Qué cambios significativos, si es que los hay, ha notado en su vida tras la realización del curso?

Comentarios y sugerencias adicionales

Apéndice L

Fidelidad de la intervención

Facilitador

Marque el número de semana en que se encuentra la intervención					
1	2	3	4	5	6

Entrega de la intervención por los investigadores

Instrucciones: Marque con una X en el caso que la actividad NO se haya realizado

Actividad	Número de sesión					
	1	2	3	4	5	6
Llega con antelación al sitio de la intervención con el material correspondiente a la sesión.						
Realiza las actividades establecidas para la sesión.						
Respeto el orden establecido de las actividades de la sesión.						
Respeto los tiempos establecidos para cada actividad.						
Da indicaciones claras y repite la información en el caso de ser necesario						
Aclara dudas de los participantes						
Tiene una actitud de respeto y cordialidad con los participantes.						

Evaluador

Marque el número de semana en que se encuentra la intervención					
1	2	3	4	5	6

Entrega de la intervención

Instrucciones: Marque con una X en el caso que la actividad NO se haya realizado

Actividad	Número de sesión					
	1	2	3	4	5	6
Llega con antelación al sitio de la intervención con el material correspondiente a la sesión.						
Realiza las actividades establecidas para la sesión.						
Respeto el orden establecido de las actividades de la sesión.						
Respeto los tiempos establecidos para cada actividad.						
Da indicaciones claras y repite la información en el caso de ser necesario						
Aclara dudas de los participantes						
Tiene una actitud de respeto y cordialidad con los participantes.						

Resumen Autobiográfico

ME. Yarisbeth Quezada Ramírez

Candidata para obtener el grado de Doctorado en Ciencias de Enfermería

Tesis: INTERVENCIÓN SOBRE ESTRATEGIAS DE COMPENSACIÓN DE MEMORIA PARA LA MEJORA FUNCIONAL EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

LGAC: Cuidado en salud en: a) Riesgo de desarrollar estados crónicos y b) en grupos vulnerables.

Biografía: Nació en la ciudad de San Luis Potosí, S.L.P., el día 20 de junio de 1989. Hija del Sr. Mario Quezada Aquino y la Sra. Magdalena Ramírez Hernández.

Estudios: Es egresada de la Licenciatura en Enfermería por la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Egresada de la Maestría en Enfermería con orientación en Educación en Enfermería por la Universidad Nacional Autónoma de México. Diplomada en Docencia en Enfermería por Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y en Metodología de la Investigación Social por Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM.

Realizó una estancia internacional en el programa CaMexUS: North American Nursing Education Experience: Bridging Canada, Mexico, and the United States en 2011 y una residencia de investigación en la University of North Carolina at Charlotte en 2022.

Experiencia laboral: Enfermera General en el Hospital de Especialidades Médicas de la Salud del 2012 al 2013. Docente clínico en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí de enero a junio del 2013. Enfermera General en el Instituto Nacional de Rehabilitación del 2016 al 2017. Profesora de Asignatura en la Licenciatura en Enfermería del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia FENO-UNAM en 2016.

Profesora de Carrera Asociado C FENO-UNAM desde 2017. Docente en la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia y Licenciatura en Enfermería. Docente del Programa de Maestría y Doctorado en Enfermería desde 2022 y acreditada como tutora de maestría desde 2023. Editora adjunta en la Revista Enfermería Universitaria.

Miembro activo de la Sociedad de Honor Sigma theta Tau International, Capítulo Tau Alpha desde 2023; de la Sociedad Mexicana de Simulación Clínica en Ciencias de la Salud desde 2019.

Distinciones: Mención honorífica en la Licenciatura en Enfermería (2012) y en la Maestría en Enfermería (2016). Medalla al Desempeño de Excelencia EGEL-E 2012 del Premio Ceneval por la obtención de Testimonio de Desempeño Sobresaliente. Roy Adaptation Association International Award (2024).

Contacto: yarisquezada@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8457-990X>