

**Diseño y Validación de una Cartilla para la Promoción de la Salud Cognitiva en Adultos de
40 a 50 años desde la Psicología Clínica**

Gloria Ximena Garzón Martín

Julieth Nataly Quitian Rodríguez

Mateo Zapata Ángel

Especialización en Psicología Clínica

Facultad de Psicología, Fundación Universitaria Sanitas

Especialización en Psicología Clínica

Asesores: Jairo Andrés Balcazar Acosta

Jorge Octavio Nossa Sánchez

2026

**Diseño y Validación de una Cartilla para la Promoción de la Salud Cognitiva en Adultos de
40 a 50 años desde la Psicología Clínica**

Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Psicología Clínica

Gloria Ximena Garzón Martín

Julieth Nataly Quitian Rodríguez

Mateo Zapata Ángel

Asesores: Jairo Andrés Balcazar Acosta

Jorge Octavio Nossa Sánchez

Bogotá, 2026

Tabla de Contenido

Introducción	10
Problema de investigación y pregunta	12
Problema.....	12
Pregunta de Investigación	13
Objetivos	14
Objetivo General	14
Objetivos Específicos.....	14
Marco teórico	14
Salud Mental y Salud Cognitiva	14
<i>Componentes de la Salud Cognitiva</i>	15
Neuroplasticidad y Reserva Cognitiva.....	18
La Adultez Media como Ventana de Oportunidad.....	20
Factores que Influyen en la Salud Cognitiva	22
<i>Actividad Física</i>	23
<i>Alimentación</i>	24
<i>Sueño</i>	24
<i>Vinculación Social</i>	25
<i>Propósito Vital</i>	25
Promoción en Salud	26
Rol de la Psicología Clínica en la Promoción de la Salud Cognitiva	27
Psicología de la Salud y el Modelo de Etapas para el Cambio de Conducta	29
<i>Autoeficacia</i>	31
<i>Autorregulación</i>	31
<i>Motivación Intrínseca</i>	32
Herramientas Psicológicas para la Promoción de la Salud Cognitiva	32
<i>Mindfulness</i>	33
<i>Terapia Cognitivo Conductual</i>	36
<i>Terapia de Aceptación y Compromiso</i>	40
Marco normativo y Contexto Colombiano	43

Justificación	47
Metodología	50
Diseño de Investigación	50
Población.....	51
<i>Criterios de Inclusión</i>	51
<i>Criterios de Exclusión</i>	52
Muestreo.....	52
Instrumentos	52
<i>Criterios de Evaluación</i>	53
<i>Estructura del Instrumento</i>	54
Análisis de Datos.....	55
Control de Sesgos.....	57
<i>Sesgo de Selección</i>	57
<i>Sesgo de Medición</i>	57
<i>Sesgo de Información</i>	58
Fases del Estudio.....	58
<i>Fase 1: Diseño y Desarrollo de la Cartilla</i>	58
<i>Fase 2: Validación de Contenido por Jueces Expertos</i>	59
<i>Fase 3: Ajuste y Versión Final</i>	59
Cronograma.....	61
Presupuesto.....	65
Consideraciones Éticas.....	65
<i>Clasificación del Riesgo</i>	66
<i>Consentimiento Informado</i>	66
<i>Confidencialidad y Protección de Datos Personales</i>	68
<i>Principios Éticos Aplicados</i>	68
<i>Consideraciones Adicionales</i>	69
Socialización de Resultados.....	70
Aprobación por Comité de Ética.....	71
Resultados	71
Caracterización del Panel de Jueces.....	71

Resultados Cuantitativos: Validez de Contenido	73
Observaciones Textuales de los Jueces	76
<i>Sección 1. Bienvenida</i>	77
<i>Sección 2. ¿Qué es la Salud Cognitiva?</i>	78
<i>Sección 3. Conozca sus Capacidades Cognitivas</i>	80
<i>Sección 4. Lo que Afecta y lo que Protege su Salud Cognitiva:</i>	81
<i>Sección 5. Mis Recursos para el Cambio</i>	83
<i>Sección 6. Señales de Alerta</i>	84
<i>Sección 7. Plan de Acción Personal</i>	84
<i>Sección 8. Recursos y Contactos</i>	85
<i>Elementos Complementarios:</i>	85
Valoración General	87
Análisis de resultados	89
Primer Eje: Interpretación de los Indicadores Cuantitativos	89
Segundo Eje: Integración entre las Evidencias Cuantitativas y las Observaciones Textuales..	90
Tercer Eje: Contrastación con el Objetivo del Proyecto y el Marco Teórico	93
Discusión	94
Fundamentación Conceptual de la Salud Cognitiva y su Relevancia en la Adulthood Media.....	94
Modelo DPPPS: la Escalera del Bienestar Cognitivo	95
Funciones Cognitivas	96
Factores de Riesgo y Protección para la Salud Cognitiva.....	96
Recursos para el Cambio	97
Señales de Alerta.....	98
Plan de Acción Personal.....	99
Recursos Profesionales y Contexto Normativo Colombiano	99
Conclusiones	100
Recomendaciones	101
Limitaciones de la cartilla	102
Referencias	104
Anexos	118
Anexo 1 Instrumento de Evaluación	118

Anexo 2 <i>Cartilla “Guía práctica para una mente activa después de los 40”</i> :	121
Anexo 3 <i>Consentimiento informado</i>	122
Anexo 4 <i>Aprobación del Comité de Ética</i>	125
Anexo 5 <i>Resultados Completos de la Validación de Contenido por Ítem</i>	127
Anexo 6 <i>Observaciones Textuales de Jueces por Ítem</i>	145
Anexo 7 <i>Matriz de Síntesis de Observaciones Textuales y Decisiones Metodológicas</i>	178
Anexo 8 <i>Observaciones Textuales de Jueces en Valoración General</i>	183

Lista de Tablas

Tabla 1	Cronograma de Actividades del Proyecto (2025-2026).....	61
Tabla 2	Presupuesto Estimado para el Desarrollo del Proyecto	65
Tabla 3	Caracterización del panel de jueces expertos.....	71
Tabla 4	Resultados de CVR para el Criterio de Suficiencia por Sección.	73
Tabla 5	Ítems con al menos una valoración de 1 o 2 en claridad, coherencia o relevancia.....	74
Tabla 6	Resumen de CVI por criterio	75
Tabla 7	Resumen por decisión.....	86

Resumen

La salud cognitiva constituye un componente fundamental del bienestar integral, especialmente durante la adultez media temprana, una etapa comprendida entre los 40 y 50 años que se caracteriza por transformaciones biopsicosociales significativas y representa una ventana de oportunidad crítica para la promoción en salud. Sin embargo, en Colombia, las barreras en el acceso a servicios de salud y la escasez de materiales accesibles y culturalmente pertinentes influyen significativamente en la salud cognitiva de esta población. Esta investigación tiene como objetivo diseñar y encontrar evidencias de validez de una cartilla fundamentada en la psicología clínica que contribuya a la promoción de la salud cognitiva en adultos de 40 a 50 años. El estudio se clasifica como un proyecto de apropiación social del conocimiento de MinCiencias, con diseño no experimental, enfoque cuantitativo, alcance descriptivo y corte transversal, e incluye la validación de contenido mediante el método de Lawshe (1975) a través de un panel de diez psicólogos expertos con formación posgradual y experiencia profesional con población adulta. La cartilla integra evidencia científica sobre factores de riesgo modificables, hábitos saludables, técnicas de psicología clínica adaptadas al uso cotidiano y herramientas de autocuidado. Además, busca dotar a la población de recursos prácticos para el fortalecimiento de sus funciones cognitivas y el establecimiento de bases para un envejecimiento saludable, contribuyendo tanto al bienestar individual como a las estrategias de salud pública en salud mental y cognitiva en Colombia.

Palabras clave: salud cognitiva, adultez media temprana, promoción de la salud, cartilla psicoeducativa, psicología clínica, validez de contenido, Lawshe, Colombia.

Abstract

Cognitive health is a fundamental component of comprehensive well-being, especially during early middle adulthood, a stage spanning from 40 to 50 years of age characterized by significant biopsychosocial transformations and representing a critical window of opportunity for health promotion. However, in Colombia, barriers to healthcare access and a scarcity of accessible, culturally relevant materials significantly influence the cognitive health of this population. This research aims to design and gather validity evidence for a booklet based on clinical psychology that contributes to the promotion of cognitive health in adults aged 40 to 50. The study is classified as a social appropriation of knowledge project by MinCiencias, employing a non-experimental design, a quantitative approach, a descriptive scope, and a cross-sectional study. Content validation was conducted using the Lawshe method (1975) through a panel of ten expert psychologists with postgraduate training and professional experience working with adult populations. The booklet integrates scientific evidence on modifiable risk factors, healthy habits, clinical psychology techniques adapted for daily use, and self-care tools. Furthermore, it seeks to provide the population with practical resources for strengthening cognitive functions and establishing foundations for healthy aging, thereby contributing to both individual well-being and public health strategies regarding mental and cognitive health in Colombia.

Keywords: cognitive health, early middle adulthood, health promotion, psychoeducational booklet, clinical psychology, content validity, Lawshe, Colombia.

Introducción

La salud mental, reconocida como un derecho humano, es fundamental para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), es el estado de bienestar que permite a las personas afrontar dificultades, desarrollar habilidades, aprender, trabajar y contribuir a la comunidad. Así mismo, además de ser una base para la toma de decisiones y las relaciones con el contexto, la salud mental está determinada por factores biopsicosociales que cada persona experimenta e integra desde su propia subjetividad y contexto.

En América Latina y el Caribe se ha evidenciado un aumento significativo de problemas de salud mental, convirtiéndose en una prioridad de salud pública (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2025). De acuerdo con este organismo, factores como la sobreconexión digital, la inestabilidad económica, el aislamiento social, la violencia, la pobreza, la desigualdad social, las expectativas sociales rígidas, las enfermedades crónicas y el consumo de sustancias psicoactivas, entre otros, influyen significativamente en el bienestar de la población (PNUD, 2025).

En Colombia, la encuesta sobre percepción de la salud mental del 2023 encontró que el 66,3% de los colombianos manifiesta haber presentado problemas de salud mental en algún momento de su vida (Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud], 2023). Esta situación refleja un panorama complejo influenciado por múltiples factores contextuales del país, tales como el conflicto armado, el desplazamiento forzado y la exclusión social (Alarcón Garavito et al., 2023). A este componente sociopolítico, se suman las barreras en el acceso a servicios de salud mental y el creciente desafío que impone el deterioro cognitivo en el marco de un

envejecimiento acelerado de la población colombiana (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024c).

Dentro de este panorama de salud mental, surge la salud cognitiva como una dimensión fundamental. Los estados emocionales y el funcionamiento cognitivo se influyen mutuamente a lo largo del tiempo, de modo que el bienestar psicológico puede afectar el rendimiento de la memoria y, en sentido inverso, el deterioro cognitivo puede impactar el estado emocional de las personas (Yin et al., 2024).

La salud cognitiva es la capacidad de pensar, aprender y recordar con claridad para poder realizar actividades cotidianas con efectividad (National Institute on Aging [NIA], 2024). Implica el funcionamiento adecuado de procesos mentales como la atención, la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas y la velocidad de procesamiento, elementos clave para el mantenimiento de la autonomía y la calidad de vida en todas las etapas del desarrollo humano (Broche Pérez, 2018).

Es especialmente relevante durante la adultez media, una etapa comprendida entre los 40 y 65 años, caracterizada por transformaciones biológicas, emocionales y sociales cuya experiencia varía según factores individuales como la personalidad y la salud, e influencias externas como la posición socioeconómica y el contexto cultural (Papalia, 2012). Además, durante este periodo se observa un punto de inflexión en el declive de múltiples procesos asociados a las funciones motoras, las funciones cognitivas y la estructura cerebral. Sin embargo, esta etapa también representa un periodo predictivo de la futura salud cognitiva, ya que las personas siguen siendo susceptibles a intervenciones preventivas (Dohm-Hansen et al., 2024).

Dentro de la adultez media, el periodo entre los 40 y 50 años es especialmente relevante ya que se ubica como una etapa de cambios y exposición a las diferentes demandas del contexto, consolidándose como una ventana crucial en el curso de vida donde los principales factores de riesgo son modificables (Livingston et al., 2024). Sin embargo, aunque existen intervenciones conductuales eficaces para la promoción de la salud cognitiva, la adherencia de la población a estas es baja, debido a barreras como las responsabilidades familiares y laborales, las limitaciones financieras y el desconocimiento sobre los factores de riesgo (Korthauer et al., 2024; Laver et al., 2025). Esto sugiere que las estrategias de psicoeducación en este rango de edad son una oportunidad para afrontar las exigencias de la vida y establecer las bases para un curso de vida cognitivamente saludable.

Lo anterior explica la necesidad de materiales accesibles y culturalmente pertinentes que contribuyan tanto al bienestar individual como a la salud pública para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas basados en evidencia y dirigidos específicamente a la promoción de la salud cognitiva de adultos entre los 40 y 50 años en el contexto colombiano.

Problema de investigación y pregunta

Problema

Cuando se habla de promoción en salud cognitiva, es necesario reconocer los desafíos estructurales que presenta el sistema de salud colombiano en la implementación de estrategias que fortalezcan la salud y reduzcan los factores de riesgos modificables (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024a; República de Colombia, 2025). Estos desafíos, tales como la falta de acceso a servicios, el bajo acompañamiento familiar, el estigma social, la desinformación y la

escasez de programas preventivos estructurados, han sido identificados como barreras críticas que requieren una atención urgente en el curso de vida (Alarcón Garavito et al., 2023).

La ausencia de estrategias efectivas de promoción y prevención ocasiona que las personas carezcan de herramientas y recursos para cuidar y potenciar sus funciones cognitivas (Livingston et al., 2024; OMS, 2025), lo cual genera dificultades a mediano y largo plazo en múltiples áreas de funcionamiento: personal, familiar, social, académica, laboral y de pareja. Esta ausencia es relevante en la población de adultez media temprana debido a que enfrentan múltiples demandas y cambios propios de esta etapa del ciclo vital, etapa que, según las recomendaciones de prevención basadas en la evidencia, resulta crítica para implementar cambios en el estilo de vida que aseguren el mantenimiento de sus funciones cognitivas y su bienestar funcional a largo plazo (NIA, 2024).

Por tanto, se hace necesario diseñar y determinar evidencias de validez de una cartilla orientada a la promoción de la salud cognitiva en adultos de 40 a 50 años, dotándolos de estrategias para el autocuidado, la modificación de factores de riesgo y fortalecimiento de factores protectores a través de técnicas de la psicología clínica adaptadas.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las evidencias de la validez de contenido de una cartilla fundamentada en la psicología clínica y orientada a la promoción de la salud cognitiva en adultos de 40 a 50 años?

Objetivos

Objetivo General

Diseñar y validar una cartilla fundamentada en la psicología clínica y orientada a la promoción de la salud cognitiva en adultos de 40 a 50 años.

Objetivos Específicos

Diseñar una cartilla que integre información sobre factores de riesgo y protectores de la salud cognitiva, técnicas de psicología clínica y estrategias prácticas de autocuidado para adultos de 40 a 50 años.

Determinar evidencias de la validez de contenido de la cartilla mediante el juicio de expertos.

Marco teórico

Salud Mental y Salud Cognitiva

En Colombia, el reconocimiento de la salud mental como componente esencial del bienestar integral ha avanzado significativamente con el marco normativo actual, que la define como un estado vinculado a factores contextuales, sociales y culturales que posibilitan el desarrollo humano (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024a). Sin embargo, esta comprensión debe ampliarse para incluir explícitamente la dimensión cognitiva, reconociendo que la salud mental y la salud cognitiva son procesos interrelacionados que se influyen mutuamente.

La salud cognitiva es un componente esencial del bienestar integral que se refiere al funcionamiento óptimo de las capacidades y procesos mentales, tales como pensar, aprender,

recordar, razonar, resolver problemas y tomar decisiones. Este funcionamiento cognitivo adecuado permite a las personas responder efectivamente a las demandas cotidianas, elaborar recuerdos significativos y mantener su autonomía, constituyéndose así en la base fundamental de la calidad de vida en todas las etapas del desarrollo humano (NIA, 2024).

Componentes de la Salud Cognitiva

La salud cognitiva abarca la colaboración de múltiples funciones cognitivas que se organizan de forma jerárquica, desde procesos básicos de sensación y percepción hasta los de mayor complejidad como las funciones ejecutivas, siendo estas necesarias para realizar cualquier actividad de la vida diaria (Bufano et al., 2024; Harvey, 2019).

Estas funciones incluyen seis dominios principales: orientación, atención, memoria, lenguaje, habilidades visoperceptuales, y funciones ejecutivas, cada una con componentes específicos e interconectados.

Orientación.

La orientación permite al individuo ser consciente de sí mismo y del contexto en el que se encuentra. Comprende tres componentes: la orientación temporal, que se refiere a la capacidad de ubicarse en el tiempo identificando el día, el mes, el año y el momento en que se realizan determinadas actividades; la orientación espacial, que permite saber dónde se encuentra la persona, de dónde viene y hacia dónde se dirige; y la orientación personal, que involucra el reconocimiento de información básica sobre la propia identidad e historia personal (Ostrosky-Solís et al., 1999). A nivel neuroanatómico, la orientación espacial depende del lóbulo parietal, que es responsable tanto de la orientación del propio cuerpo en el espacio como del reconocimiento del entorno (Portellano, 2005).

Atención.

La atención es un sistema funcional complejo, dinámico y jerárquico que facilita el procesamiento de la información, seleccionando los estímulos pertinentes para realizar una determinada actividad sensorial, cognitiva o motora (Portellano, 2005). Petersen y Posner (2012) la describen como el mecanismo que regula y organiza toda la información que recibe el cerebro.

Portellano (2005) distingue varias modalidades atencionales: la atención sostenida, que es la capacidad para mantener una respuesta conductual durante un período de tiempo determinado mediante la realización de una actividad repetida y continuada; la atención selectiva, que permite mantener una determinada respuesta ante un estímulo a pesar de la presencia de estímulos distractores que compiten simultáneamente; la atención dividida, que permite responder de manera simultánea a diferentes estímulos y tareas; y la atención alternante, que es la capacidad para cambiar el foco de atención de un estímulo a otro, desplazándolo entre varias tareas que exigen distinta respuesta cognitiva.

Memoria.

La memoria es el dominio cognitivo más complejo y multifacético (Harvey, 2019). Portellano (2005) la organiza en dos grandes modalidades según el tiempo de almacenamiento: memoria a corto plazo y memoria a largo plazo. Dentro de la memoria a corto plazo se encuentra la memoria de trabajo, que por su estrecho vínculo con los procesos de control cognitivo se aborda en el presente proyecto dentro de las funciones ejecutivas (Diamond, 2013). En cuanto a la memoria a largo plazo se distinguen la memoria declarativa y la no declarativa. La memoria declarativa incluye la memoria episódica, que se refiere a los hechos y acontecimientos fechados espacial o temporalmente; y la memoria semántica, que es la memoria de los conocimientos

generales relacionados con adquisiciones de tipo cultural. La memoria no declarativa incluye la memoria de procedimiento, que se refiere a todas las destrezas aprendidas y se expresa únicamente a través de la ejecución de actividades como nadar o montar en bicicleta (Portellano, 2005).

Habilidades visoperceptuales.

Las habilidades visoperceptuales permiten percibir y manipular información visual y espacial (Ostrosky-Solís et al., 1999). La percepción espacial involucra el procesamiento e integración de información sensorial para el reconocimiento de objetos y la realización de juicios sobre la orientación de estímulos en el espacio. Y la construcción visoespacial se refiere a la capacidad de copiar o producir representaciones gráficas de objetos, integrando procesos perceptuales, motores y de organización (Harvey, 2019).

Lenguaje.

El lenguaje comprende las habilidades necesarias para la comunicación verbal. Portellano (2005) distingue el lenguaje expresivo, que involucra la fluidez verbal, la estructura sintáctica y gramatical y la gestualidad que acompaña al habla; y el lenguaje comprensivo, que abarca la comprensión auditiva del lenguaje hablado, la comprensión de la entonación y prosodia, y la comprensión del significado simbólico del lenguaje. Por su parte, la fluidez verbal se refiere a la capacidad de generar palabras de forma rápida y eficiente ante una consigna específica y constituye una de las medidas más sensibles tanto a condiciones neurodegenerativas como a la velocidad de procesamiento (Harvey, 2019).

Funciones ejecutivas.

Las funciones ejecutivas son el conjunto de procesos que ejercen control sobre las demás funciones cognitivas para que los recursos mentales se utilicen de manera eficiente en la resolución de problemas y la planificación (Harvey, 2019). Diamond (2013) identifica tres componentes centrales. En primer lugar, la memoria de trabajo permite mantener información activa en la mente y operar sobre ella; a diferencia de la memoria a corto plazo, que solo almacena información, la memoria de trabajo la manipula, facilitando el cumplimiento de varias tareas cognitivas de modo simultáneo como el razonamiento, la comprensión y la resolución de problemas (Diamond, 2013; Portellano, 2005). En segundo lugar, la inhibición es la capacidad de suprimir respuestas automáticas o impulsivas y de resistir la interferencia de estímulos no relevantes. Finalmente, la flexibilidad cognitiva es la capacidad para adaptar las respuestas a nuevas contingencias o estímulos, generando nuevos patrones de conducta al tiempo que se inhiben aquellas respuestas que resultan inadecuadas (Diamond, 2013; Portellano, 2005). A partir de estos tres componentes centrales se consolidan las funciones ejecutivas de orden superior como la planificación, el razonamiento y la resolución de problemas (Diamond, 2013).

Aunque estas funciones se desarrollan y fortalecen a lo largo de la vida, son susceptibles de modificación mediante la estimulación cognitiva (Cuenca Sánchez y Castillo Maldonado, 2024), el aprendizaje continuo y la adopción de hábitos saludables que favorecen la neuroplasticidad (Navakkode y Kennedy, 2024).

Neuroplasticidad y Reserva Cognitiva

El mantenimiento de la salud cognitiva depende de la integridad estructural y funcional del cerebro, así como de la capacidad de neuroplasticidad, entendida como la habilidad del cerebro para reorganizarse a lo largo de toda la vida en respuesta a los cambios del entorno, las experiencias y el aprendizaje (Milbocker et al., 2024). Esta capacidad, aunque varía en su

intensidad a lo largo del ciclo vital, se mantiene activa incluso en la adultez media, lo que sustenta la posibilidad de intervenciones preventivas y de promoción de la salud cognitiva en esta etapa (Dohm-Hansen et al., 2024).

Uno de los resultados de esta capacidad de reorganización es la reserva cognitiva, un mecanismo cerebral que actúa como amortiguador frente al deterioro derivado de lesiones, demencias o el proceso natural de envejecimiento. Esta reserva se constituye a partir de factores innatos como la genética y factores contextuales modificables como el nivel educativo, la ocupación laboral, el ocio y la actividad física (Rodríguez Mora y Calvario, 2023). En este sentido, la disponibilidad de ambientes que estimulan el intelecto está asociada con un aumento en la reserva cognitiva, lo que sustenta la importancia de las intervenciones orientadas al enriquecimiento del entorno y la adopción de hábitos que fortalezcan estas conexiones.

No obstante, la exposición constante a situaciones de estrés genera una elevación sostenida de cortisol que puede afectar significativamente el cerebro, especialmente áreas como el hipocampo, la corteza prefrontal y la amígdala, provocando alteraciones tanto estructurales como funcionales que deterioran la memoria, la regulación emocional y el comportamiento (Tobar Soto, 2022).

A la par de los factores ambientales como el estrés, existen otros factores de riesgo que no son modificables, como la genética, el sexo biológico o los antecedentes familiares de deterioro cognitivo o demencia, que pueden predisponer al individuo a cambios estructurales cerebrales. Sin embargo, la evidencia actual sostiene que el efecto de estos factores puede mitigarse mediante la adopción de estilos de vida saludables, evidenciando la interacción constante entre biología y ambiente (Livingston et al., 2024). En este panorama, la adultez media

se posiciona como la fase con mayor potencial para abordar estos factores antes de que sus efectos acumulativos se manifiesten clínicamente (Laver et al., 2025).

La Adulthood Media como Ventana de Oportunidad

La identificación de las etapas del ciclo vital en las que las intervenciones pueden tener mayor impacto preventivo es fundamental para la atención de la salud cognitiva. La evidencia señala que los factores de riesgo modificables se acumulan a lo largo de los años y que actuar sobre ellos puede alterar significativamente la trayectoria del envejecimiento cerebral (Livingston et al., 2024).

La adultez media, comprendida aproximadamente entre los 40 y 65 años, es una etapa del ciclo vital caracterizada por cambios físicos y psicológicos, transformaciones en la dinámica social y la asunción de múltiples roles simultáneos, tales como el manejo del hogar, la independización de los hijos y el cuidado de los padres que envejecen. Lejos de ser una época exclusivamente de declive, la adultez media es también un periodo de dominio, capacidad y crecimiento, en el que las personas revaloran sus metas y aspiraciones, lo que les permite tomar decisiones sobre la mejor manera de aprovechar el resto de la vida (Papalia, 2012).

Desde el punto de vista cognitivo, los datos del Estudio Longitudinal de Seattle demuestran que varias habilidades mentales alcanzan su punto máximo durante la adultez media y que la mayoría de las personas no muestra reducciones significativas en sus habilidades antes de los 60 años (Papalia, 2012). La velocidad de procesamiento y la capacidad de la memoria de trabajo son las primeras en mostrar cambios, pero estos son graduales y no causan necesariamente un deterioro funcional (Papalia, 2012). Al mismo tiempo, el cerebro mantiene su

flexibilidad y puede responder de manera positiva a la estimulación, lo que refuerza la viabilidad de las intervenciones preventivas en esta etapa (Papalia, 2012; Dohm-Hansen et al., 2024).

Durante este periodo, las personas comienzan a ser más conscientes de los cambios asociados al envejecimiento, lo cual influye en su autoconcepto y en las actitudes que adoptan frente a su salud (Carbone et al., 2024). Esta percepción tiene implicaciones concretas, pues una autopercepción positiva del envejecimiento se asocia con una mejor calidad de vida física, psicológica y social, mientras que una percepción negativa suele vincularse con un mayor deterioro en su salud y bienestar (Velaithan et al., 2024).

Dentro de la adultez media, la franja comprendida entre los 40 y 50 años representa el periodo con mayor potencial preventivo. Gandy et al. (2017) argumentan que las intervenciones deben iniciarse cuando los sujetos están en sus 40s, antes de que los cambios cerebrales acumulados alcancen un umbral difícil de modificar, dado que el deterioro cognitivo y las demencias frecuentemente tienen su origen en procesos que inician décadas antes de que aparezcan los síntomas clínicos. En la misma línea, Puri et al. (2023) señalan que las estrategias preventivas deben dirigirse específicamente a poblaciones en sus 40s y 50s, mucho antes de que aparezcan los síntomas de demencia. Por ello, intervenir en esta etapa mediante la modificación del estilo de vida, la dieta y el control del estrés tiene el potencial de prevenir, retrasar o mejorar el curso del deterioro cognitivo, en lugar de intentar revertir el daño en fases donde la neurodegeneración está avanzada (Gandy et al., 2017; Livingston et al., 2024). Sin embargo, la eficacia de estas estrategias depende de la identificación y el manejo de los factores que afectan la salud cognitiva en esta etapa, los cuales se analizan en el siguiente apartado.

Factores que Influyen en la Salud Cognitiva

El mantenimiento de la salud cognitiva depende de la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden actuar como riesgos o protectores a lo largo del ciclo vital. Diversas investigaciones han demostrado que el funcionamiento cognitivo no se determina únicamente por la edad o la genética, sino por un equilibrio dinámico entre hábitos de vida, condiciones de salud, entorno social y estimulación mental (Broche Pérez, 2018; Livingston et al., 2024).

La salud cognitiva puede verse afectada por factores de riesgo modificables como la inactividad física, el tabaquismo, la hipertensión, la diabetes, la obesidad y el consumo excesivo de alcohol, cuya intervención oportuna podría prevenir o retrasar una proporción significativa de los casos de demencia (Livingston et al., 2024). Entre estos factores, el tabaquismo ha demostrado ser uno de los más determinantes; por ejemplo, en un seguimiento de 10 años a más de 32,000 adultos europeos, los estilos de vida que incluían el hábito de fumar presentaron un deterioro mayor en memoria y fluidez verbal, independientemente de los demás factores evaluados (Bloomberg et al., 2024). Asimismo, los patrones de alimentación inadecuados constituyen otro factor transversal, dado que contribuyen al desarrollo de condiciones como la obesidad, la diabetes y la inflamación sistémica crónica, las cuales actúan como factores de riesgo directos para el daño vascular cerebral (Puri et al., 2023).

En Colombia, dichos factores se potencian por diversas condiciones sociales, como la desigualdad económica, las dificultades para acceder a servicios de salud y educación, y las afecciones generadas por el conflicto armado, lo cual contribuye a generar escenarios de mayor vulnerabilidad cognitiva y emocional (Alarcón Garavito et al., 2023; Livingston et al., 2024). Sin embargo, la presencia de factores de riesgo no determina de manera inevitable el deterioro

cognitivo. Los hábitos desempeñan un rol fundamental durante la adultez media temprana, dado que la plasticidad neural está modulada por el entorno y puede verse favorecida por intervenciones como el ejercicio físico, el manejo del estrés, el sueño de calidad y el enriquecimiento ambiental (Navakkode y Kennedy, 2024).

Actividad Física

La actividad física regular, la alimentación de calidad, el sueño adecuado y el compromiso social durante la adultez media generan beneficios cognitivos que persisten a través de los años (Najar et al., 2019; Puri et al, 2023; Sabia et al., 2021). La evidencia indica que los hábitos de vida tienen un efecto acumulativo sobre la salud en la adultez media y en los años posteriores. Las personas que no fuman, hacen ejercicio, consumen alcohol con moderación y mantienen una alimentación rica en frutas y verduras presentan cuatro veces menos riesgo de mortalidad a la mitad de la vida que quienes no siguen estas conductas, y no solo viven más, sino que experimentan menos periodos de discapacidad al final de la vida (Papalia, 2012). Priorizar estas intervenciones en esta etapa es fundamental, pues se ha observado que los procesos que llevan a la demencia comienzan a gestarse años, e incluso décadas, antes de que aparezcan los síntomas visibles. Por ello, controlar los factores de riesgo desde la adultez media resulta determinante para reducir la probabilidad acumulada de padecer este deterioro en etapas avanzadas (Fang et al., 2025).

La actividad física regular incrementa la liberación del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), una proteína esencial para el crecimiento y mantenimiento neuronal que promueve la neurogénesis, mejora la conectividad sináptica y genera un efecto neuroprotector frente a enfermedades neurodegenerativas, lo que se traduce en una mejor memoria y atención (Bathina y Das, 2015; Navakkode y Kennedy, 2024). La práctica física sostenida en la adultez

media se asocia con una menor tasa de deterioro cognitivo en etapas posteriores y aumenta las probabilidades de conservar la movilidad en la vejez al mantener la salud cardiovascular (Najar et al., 2019; Papalia, 2012).

Alimentación

En cuanto a la alimentación, una dieta equilibrada y rica en nutrientes esenciales desempeña un papel fundamental en la salud cerebral, pudiendo prevenir o retrasar el deterioro cognitivo inherente a la edad (Puri et al., 2023). Los ácidos grasos omega-3, presentes en pescados grasos, nueces y semillas, contribuyen al mantenimiento estructural y funcional de las neuronas, favorecen su supervivencia y participan en la formación de nuevas conexiones sinápticas, con efectos protectores sobre la función cognitiva (Puri et al., 2023; Silva y Tufiño, 2025). A nivel de macronutrientes, el consumo de proteínas muestra una relación positiva con la memoria y las dietas bajas en grasas saturadas protegen del declive cognitivo temprano. Los micronutrientes también son determinantes, siendo las vitaminas del complejo B esenciales para la función cognitiva, mientras que la deficiencia de vitamina D se asocia con mayor riesgo de deterioro cognitivo y demencia, las vitaminas E y C pueden reducir el declive asociado al estrés oxidativo, y el hierro debe mantenerse en niveles adecuados pues tanto su deficiencia como su exceso afectan la función cerebral. Estos nutrientes están presentes en patrones dietéticos como la dieta mediterránea, la nórdica, la DASH y la MIND, todos asociados con menor deterioro cognitivo (Puri et al., 2023).

Sueño

Los patrones de sueño también desempeñan un rol fundamental; se ha encontrado que dormir seis horas o menos de forma persistente durante la adultez media incrementa significativamente el riesgo de demencia en etapas posteriores (Sabia et al., 2021) y se asocia

con un mayor envejecimiento cerebral estructural, evidenciado mediante neuroimagen como atrofia cerebral acelerada (Cavaillès et al., 2024).

Vinculación Social

El contexto sociocultural tiene una influencia significativa en la salud cognitiva. La formación académica, la participación en actividades culturales y la disponibilidad de ambientes que estimulan el intelecto están asociados con un aumento en la reserva cognitiva. En un seguimiento de 384 adultos de Baltimore de 50 años en adelante, quienes tenían las redes sociales más extensas mantuvieron mejor su funcionamiento cognitivo 12 años más tarde (Papalia, 2012). Las personas que mantienen su compromiso y vínculo con la comunidad se asocian con menor riesgo de desarrollar alteraciones cognitivas dado que esto fortalece la reserva cognitiva, reduce el aislamiento social y fomenta estilos de vida saludables (Sommerlad et al., 2023). Niveles más altos de actividad social se asocian además con una edad de inicio más tardía tanto de la demencia como del deterioro cognitivo leve (Chen et al., 2025). En el contexto colombiano, el conflicto armado, la desigualdad y la ruralidad han fragmentado múltiples redes comunitarias (Alarcón Garavito et al., 2023), por lo cual es importante promover la vinculación social como estrategia de protección cognitiva en esta población.

Propósito Vital

El sentido de propósito vital constituye otro factor protector de la salud cognitiva. Las personas con mayor sentido de propósito en la vida presentaron un riesgo significativamente menor de desarrollar deterioro cognitivo, con una reducción aproximada del 28% en comparación con quienes reportaron menor propósito vital, una asociación que se mantuvo significativa incluso después de controlar por el riesgo genético de demencia, la edad, el sexo, la educación y los síntomas depresivos (Howard et al., 2025). Estos hallazgos sugieren que cultivar

un sentido de propósito en la vida representa una estrategia accesible para reducir el riesgo de deterioro cognitivo, incluso en personas con predisposición genética a la demencia.

Aunque la evidencia es clara respecto a los beneficios de los hábitos saludables para la salud cognitiva, mantenerlos a lo largo del tiempo representa un reto para muchas personas. La falta de tiempo por las responsabilidades familiares y laborales, las limitaciones económicas, la desmotivación y el desconocimiento sobre los beneficios específicos de estos cambios son barreras frecuentes que dificultan la adherencia, y que tienen especial influencia durante la adultez media (Laver et al., 2025).

Las desigualdades sociales profundizan este panorama, pues las personas de posición socioeconómica baja presentan peor salud, menor expectativa de vida, más limitaciones por enfermedades crónicas y menor acceso a la atención médica, mientras que quienes tienen mejor posición socioeconómica tienden a optar por estilos de vida más saludables y a buscar atención médica cuando la necesitan (Papalia, 2012).

En el contexto colombiano, las barreras de acceso al sistema de salud y la desigualdad económica condicionan la disposición de las personas para adoptar conductas protectoras (Alarcón Garavito et al., 2023), lo que subraya la importancia de implementar estrategias de promoción de salud cognitiva enmarcadas en las políticas públicas de salud mental como fundamento legal y operativo para el desarrollo de intervenciones orientadas al bienestar integral de la población.

Promoción en Salud

La promoción en salud es un proceso político y social que busca fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para que ejerzan un mejor control sobre su salud, e implica

acciones dirigidas a mejorar las condiciones sociales, ambientales y económicas que influyen en el bienestar, sin limitarse únicamente a la prevención de enfermedades sino también al fortalecimiento de los determinantes sociales de la salud (De La Guardia Gutiérrez y Ruvalcaba Ledezma, 2020).

La epidemiología y la promoción de la salud son disciplinas complementarias de la salud pública. La primera identifica y analiza los determinantes de salud considerando variables como persona, tiempo y lugar, reconociendo factores protectores y de riesgo que inciden en la morbilidad y mortalidad. La promoción de la salud, a partir de ese análisis, orienta sus acciones hacia la intervención sobre esos determinantes, fortaleciendo los que favorecen la calidad de vida y disminuyendo los que representan una amenaza para el bienestar (De La Guardia Gutiérrez y Ruvalcaba Ledezma, 2020).

En este marco, la Carta de Ottawa establece cinco acciones clave para la promoción en salud: el desarrollo de habilidades personales mediante la educación y el acceso a información; la creación de entornos favorables con condiciones de vida y trabajo saludables; el fortalecimiento de la participación comunitaria en la toma de decisiones; la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción y prevención; y el impulso de políticas públicas que integren la salud en las decisiones de distintos sectores (De La Guardia Gutiérrez y Ruvalcaba Ledezma, 2020).

Rol de la Psicología Clínica en la Promoción de la Salud Cognitiva

La psicología clínica desempeña un papel fundamental en la promoción de la salud cognitiva por su capacidad para integrar la comprensión de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales y su impacto en el funcionamiento cerebral. Desde esta perspectiva, el adecuado funcionamiento de estos procesos permite a las personas adaptarse al entorno, resolver

problemas y planificar su conducta, lo que convierte su promoción en una prioridad a lo largo del ciclo vital (Broche Pérez, 2018; Harvey, 2019; Portellano, 2005).

La autoconciencia emocional, el manejo del estrés y la autorregulación conductual son factores protectores de la salud mental que contribuyen a mantener un equilibrio psicológico frente a las demandas del entorno (Góngora y Casullo, 2009). Dado que el estado emocional y el rendimiento cognitivo se influyen mutuamente, el fortalecimiento de estas competencias también tiene implicaciones directas para la salud cognitiva (Yin et al., 2024). Este fortalecimiento se logra mediante la psicoeducación, la promoción del autocuidado y la creación de rutinas saludables, estrategias que se alinean con los principios de la Carta de Ottawa, particularmente con el desarrollo de habilidades personales y la creación de entornos favorables para la salud (De La Guardia Gutiérrez y Ruvalcaba Ledezma, 2020).

En este contexto, la psicología clínica aporta el marco conceptual y las herramientas necesarias para diseñar estrategias que promuevan cambios sostenidos en el tiempo. Esto implica no solo brindar información sobre las acciones a tomar, sino también anticipar y abordar las barreras que puede enfrentar la población para adoptar y mantener conductas saludables a largo plazo (Korthauer et al., 2024; Laver et al., 2025).

La evidencia respalda que diversas estrategias psicológicas son efectivas para fortalecer los recursos internos de las personas en contextos de promoción de la salud mental en poblaciones adultas. Las intervenciones basadas en mindfulness han demostrado efectos positivos sobre el estrés, la angustia y la ansiedad, mientras que las estrategias cognitivo-conductuales muestran efectos consistentes sobre la ansiedad, la depresión y el estrés (Saijonkari et al., 2023).

Psicología de la Salud y el Modelo de Etapas para el Cambio de Conducta

La psicología de la salud estudia la relación entre los procesos psicológicos y el comportamiento en salud, asumiendo que las decisiones saludables están mediadas por percepciones, creencias, emociones y contextos sociales (Flórez Alarcón, 2007). Desde esta perspectiva, no basta con informar a las personas sobre los riesgos de una conducta para que la cambien; es necesario que reconozcan que el cambio es posible, que tienen capacidad para lograrlo y que cuentan con un entorno que lo facilita.

Considerando lo anterior, Flórez Alarcón (2007) propone la Dimensión Psicológica de la Promoción y de la Prevención en Salud, un modelo que describe el proceso de transformación de la intención en conducta a través de cuatro momentos interrelacionados.

El primero es la evaluación de la intención, en la que el individuo analiza la conducta de salud a partir de sus creencias, expectativas y percepción de riesgo. El segundo es la planificación, en el que el sujeto diseña los pasos concretos y las estrategias para enfrentar los obstáculos. El tercero es la ejecución y el autocontrol, en el que se implementa la conducta planificada y el individuo monitorea su propia conducta manejando las contingencias que podrían desviarla. El cuarto es el mantenimiento y la estabilización, en el que la conducta saludable se consolida mediante retroalimentación constante hasta integrarse en la estructura conductual del individuo (Flórez Alarcón, 2007).

En el contexto colombiano, las brechas educativas, la desigualdad económica y el acceso limitado a servicios de salud condicionan la disposición de las personas para evaluar positivamente una intención de cambio y planificar conductas protectoras, lo que hace

especialmente relevante contar con modelos que reconozcan estas realidades como parte del proceso de cambio conductual (Alarcón Garavito et al., 2023).

La investigación sobre el cambio conductual señala que cuando las personas avanzan a su propio ritmo, reconociendo obstáculos y construyendo confianza progresivamente, la probabilidad de que los cambios se sostengan en el tiempo aumenta de manera significativa. En cambio, exigir compromisos de acción antes de que la persona haya evaluado su disposición al cambio suele generar resistencia y abandono (Gollwitzer, 1999). Una estrategia efectiva para cerrar la brecha entre la intención y la acción es la planificación específica de situaciones concretas: cuando las personas anticipan en qué momento y de qué manera actuarán, la conducta se vuelve más probable y requiere menos esfuerzo para sostenerse (Gollwitzer, 1999).

Las personas en la adultez media pueden estar mejor preparadas para enfrentar el estrés que otros grupos de edad. Tienen una idea más clara de lo que pueden hacer para cambiar las circunstancias que generan tensión y son más capaces de aceptar lo que no se puede cambiar. Además, han aprendido estrategias más eficaces para reducir o minimizar el estrés a partir de su experiencia acumulada (Papalia, 2012). Esta mayor capacidad de autorregulación y afrontamiento constituye un recurso psicológico que los modelos de cambio conductual pueden aprovechar para promover transformaciones sostenidas en los hábitos de salud.

Asociado al modelo anterior, tres conceptos resultan centrales para comprender por qué algunas personas logran mantener hábitos protectores mientras otras, aun sabiendo que son beneficiosos, no consiguen mantenerlos en el tiempo: la autoeficacia, la autorregulación y la motivación intrínseca.

Autoeficacia

Bandura (1997, como se citó en Aldana y Barraza, 2020), definió la autoeficacia como la creencia en la propia capacidad para ejecutar los comportamientos necesarios para lograr determinados resultados. Las personas con mayor autoeficacia percibida presentan mayor adherencia a comportamientos saludables como el ejercicio y el manejo del estrés, son más persistentes ante las dificultades y mantienen mayor compromiso con sus metas. Además, un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos (Olivari y Urra, 2007). Esto convierte a la autoeficacia en un factor especialmente relevante para la promoción de la salud cognitiva en la adultez media, etapa en la que las personas normalmente cuentan con experiencia acumulada para manejar el estrés y reconocer sus propios recursos (Papalia, 2012).

Autorregulación

La regulación emocional, entendida como el conjunto de procesos mediante los cuales las personas buscan influir en qué emociones tienen, cuándo las tienen y cómo las experimentan y expresan, constituye un recurso protector fundamental para la adaptación psicosocial y el bienestar a largo plazo (Pascual y Conejero, 2019). Las estrategias adaptativas de regulación emocional, como la reevaluación cognitiva, permiten modificar la interpretación de una situación para reducir su impacto emocional, mientras que estrategias menos adaptativas como la supresión emocional pueden generar costes fisiológicos y sociales (Pascual y Conejero, 2019).

En la adultez media este proceso adquiere especial relevancia porque las emociones negativas como la ansiedad y la desesperación se relacionan con peor salud física y mental, mientras que las emociones positivas como la esperanza y la curiosidad se asocian con mayor longevidad y mejor funcionamiento físico, actuando como amortiguadores frente a los eventos

estresantes (Papalia, 2012). Sin embargo, las demandas simultáneas del trabajo, la familia y el cuidado de otros generan una sobrecarga que puede dificultar esta regulación, y cuando el estrés se vuelve crónico se deterioran las estrategias adaptativas y se producen cambios en estructuras cerebrales clave como el hipocampo y la amígdala, aumentando la reactividad emocional y la vulnerabilidad al deterioro cognitivo (Caballero Palencia y Rodríguez Estrella, 2026; Laver et al., 2025).

Motivación Intrínseca

La motivación intrínseca, entendida como la tendencia a realizar una conducta por el valor que tiene en sí misma y no por presiones externas, es un factor determinante para la sostenibilidad del cambio conductual en salud. Según la Teoría de la Autodeterminación, la motivación autónoma surge cuando se satisfacen tres necesidades psicológicas básicas: la autonomía, referida a la percepción de ser el origen de las propias acciones; la competencia, referida a la creencia en la capacidad para lograr metas; y la relación con otros, que implica sentirse comprendido y apoyado. Un metaanálisis de 184 estudios en contextos de salud demostró que la satisfacción de estas tres necesidades se asocia con mejores resultados de salud mental y física, y que los cambios conductuales son más efectivos y duraderos cuando las personas están autónomamente motivadas (Ng et al., 2012).

Herramientas Psicológicas para la Promoción de la Salud Cognitiva

Tres corrientes psicológicas con respaldo empírico en el ámbito de la salud y el bienestar resultan especialmente relevantes para la promoción de conductas saludables: el mindfulness o atención plena, la terapia cognitivo-conductual y la terapia de aceptación y compromiso. Aunque tienen fundamentos filosóficos diferentes, comparten el objetivo de modificar la relación que la

persona establece con sus pensamientos, emociones y conductas, reduciendo el sufrimiento psicológico y promoviendo el funcionamiento adaptativo.

Mindfulness

La atención plena, entendida como la práctica intencional de observar la experiencia presente sin juzgarla, ha demostrado producir cambios neurobiológicos medibles, entre ellos el engrosamiento de la corteza prefrontal, la reducción de la reactividad de la amígdala y el aumento de la conectividad entre redes cerebrales asociadas con la regulación emocional (Calderone et al., 2024). Estos cambios resultan de especial interés en la adultez media, etapa en la que el estrés crónico puede acelerar el envejecimiento de estas mismas regiones cerebrales. Asimismo, la práctica regular de mindfulness se asocia con mejoras en la atención, la regulación emocional y la resiliencia frente al estrés, procesos que precisamente muestran los primeros cambios en este ciclo vital (Calderone et al., 2024).

Anclaje sensorial 5-4-3-2-1.

El anclaje sensorial mediante la técnica 5-4-3-2-1 es una estrategia de regulación emocional basada en mindfulness que dirige la atención hacia estímulos sensoriales del entorno inmediato, interrumpiendo los ciclos de reactividad emocional y pensamientos ansiógenos, y favoreciendo el retorno al momento presente. Su aplicación ha demostrado reducir significativamente los niveles de ansiedad autorreportada con efectos inmediatos y sin requerir acompañamiento profesional (Scott et al., 2026).

Técnica STOP.

La técnica STOP constituye una práctica breve de mindfulness que permite interrumpir el automatismo de las respuestas ante el estrés mediante cuatro pasos: detenerse, respirar

conscientemente, observar la experiencia presente sin juzgarla y continuar con mayor conciencia. Esta micro práctica está diseñada para integrarse en las actividades cotidianas y facilita el desarrollo progresivo de la atención plena en contextos de alta demanda (Goldstein y Stahl, 2010; Calderone et al., 2024).

Respiración diafragmática.

La respiración diafragmática es una técnica de regulación fisiológica que, mediante la desaceleración del ritmo respiratorio, activa el sistema nervioso parasimpático y reduce la respuesta al estrés. Su práctica sostenida en adultos sanos ha demostrado mejorar la atención sostenida, reducir el afecto negativo y disminuir los niveles de cortisol, indicador fisiológico del estrés (Ma et al., 2017).

Respiración cuadrada.

La respiración cuadrada, una variante estructurada que organiza el ciclo respiratorio en cuatro fases de igual duración, ha demostrado reducir la ansiedad de estado y el afecto negativo, y aumentar el afecto positivo con solo cinco minutos de práctica diaria (Balban et al., 2023).

Ventana de tolerancia.

La ventana de tolerancia es un concepto propuesto por Siegel (1999) para describir la zona de activación emocional dentro de la cual una persona puede procesar diversas intensidades de excitación sin que se interrumpa el funcionamiento del sistema. Dentro de esta ventana, la mente continúa funcionando de forma flexible y adaptativa. Cuando la activación supera el límite superior, la actividad del sistema nervioso simpático genera hiperactivación, caracterizada por aumento del ritmo cardíaco, respiración acelerada, ansiedad e impulsividad. Cuando cae por debajo del límite inferior, la actividad parasimpática genera hipoactivación, expresada como

entumecimiento emocional, desconexión y dificultad para pensar con claridad. En ambos casos, las funciones cognitivas superiores como el pensamiento abstracto y la autorreflexión se ven comprometidas (Siegel, 1999). Reconocer estos estados y desarrollar estrategias para retornar a la ventana de tolerancia constituye un objetivo central de la regulación emocional.

Diario emocional.

La escritura expresiva sobre experiencias emocionales es una técnica que promueve el bienestar psicológico y físico mediante la traducción de vivencias personales en lenguaje escrito. Estudios consistentes han demostrado que cuando las personas escriben sobre sus pensamientos y emociones más profundos en relación con experiencias significativas, se producen mejoras en indicadores de salud física, reducción del malestar emocional y mayor bienestar subjetivo. El mecanismo central no es la mera expresión de las emociones sino la construcción de narrativas coherentes que integran la experiencia, proceso que se refleja en el uso progresivo de palabras causales y de comprensión durante la escritura (Pennebaker, 1997).

Relajación muscular progresiva.

La relajación muscular progresiva es una técnica de regulación fisiológica desarrollada por Jacobson (1938) que consiste en la tensión y relajación sistemática de grupos musculares específicos hasta lograr una relajación completa del cuerpo. Su mecanismo de acción involucra el equilibrio del sistema nervioso simpático, la reducción de la activación fisiológica asociada al estrés y la mejora de la circulación sanguínea. Su aplicación ha demostrado reducir significativamente los niveles de ansiedad y mejorar la calidad del sueño en adultos, con efectos observables tras sesiones diarias de 30 minutos durante una semana (Luo et al., 2024).

Terapia Cognitivo Conductual

La terapia cognitivo-conductual, conocida por sus siglas TCC, surge de la unión de dos grandes corrientes de la psicología, la cognitiva y la conductual, y tiene como objetivo modificar los pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas. Este modelo es estructurado, activo y centrado en el problema, y aborda al individuo de manera integral considerando sus características biopsicosociales (Puerta Polo y Padilla Díaz, 2011).

Su proceso parte del reconocimiento de los pensamientos automáticos negativos y de cómo estos generan malestar emocional y conductas inadecuadas. A partir de ahí, la persona aprende a examinar si esos pensamientos son precisos y útiles, a generar formas de pensar más equilibradas y, progresivamente, a modificar las creencias más profundas que los sostienen (Puerta Polo y Padilla Díaz, 2011). Este proceso convierte a la persona en un agente activo de su propio cambio.

La TCC parte de la premisa de que la forma en que interpretamos los eventos influye directamente en cómo nos sentimos y actuamos. Cuando estas interpretaciones son rígidas o desproporcionadas, generan ciclos de malestar que se refuerzan a sí mismos (Beck et al. (1979, como se citó en Puerta Polo y Padilla Díaz, 2011).

Reestructuración cognitiva.

La reestructuración cognitiva es la técnica central de la TCC mediante la cual la persona aprende a identificar, examinar y modificar los pensamientos automáticos negativos que contribuyen a su malestar emocional. Su premisa fundamental es que el sufrimiento no surge de las situaciones en sí mismas, sino de la manera en que cada persona las interpreta. Cuando esas

interpretaciones son distorsionadas o rígidamente negativas, perpetúan ciclos de malestar que se refuerzan a sí mismos (Puerta Polo y Padilla Díaz, 2011). La evidencia respalda su efectividad en adultos, con tamaños de efecto moderados a grandes en comparación con la ausencia de intervención (Ciharova et al., 2021).

Identificación de distorsiones cognitivas.

La identificación de distorsiones cognitivas es un paso previo y complementario a la reestructuración cognitiva. Las distorsiones cognitivas son patrones de pensamiento inexactos o exagerados que llevan a interpretaciones negativas y rígidas de la realidad. Entre las más comunes se encuentran la sobregeneralización, la magnificación o minimización, la personalización y el pensamiento dicotómico, patrones que perpetúan el malestar emocional, aunque las circunstancias externas no lo justifiquen (Puerta Polo y Padilla Díaz, 2011).

Registro de pensamientos.

El registro de pensamientos es una herramienta estructurada de la TCC que proporciona un formato para monitorear los sentimientos, pensamientos y conductas que surgen en situaciones emocionalmente difíciles. Al documentar estos elementos por escrito, la persona gana comprensión sobre los patrones de pensamiento subyacentes que contribuyen a su malestar emocional, lo que sienta las bases para cuestionarlos y modificarlos (Burger et al., 2022).

Activación conductual.

La activación conductual es una técnica de la TCC que parte de la premisa de que los síntomas de malestar emocional se mantienen y agravan a través de ciclos de evitación y aislamiento que reducen el acceso a fuentes de refuerzo positivo en la vida de la persona. Su objetivo es identificar y programar progresivamente actividades que generen satisfacción o

sensación de logro, guiando a la persona a acercarse paso a paso a situaciones que ha estado evitando, incluso cuando no siente motivación inicial para hacerlo (Uphoff et al., 2020). A diferencia de otras técnicas de la TCC que trabajan directamente sobre los pensamientos, la activación conductual propone que la mejora del estado de ánimo es consecuencia del cambio conductual, y que los cambios en el pensamiento y las emociones siguen después. La evidencia respalda su efectividad en adultos, con resultados comparables a los de la TCC completa (Ciharova et al., 2021; Uphoff et al., 2020).

Resolución de problemas.

La resolución de problemas es una técnica de la TCC que entrena a las personas en un proceso sistemático para afrontar eficazmente las dificultades cotidianas. Este proceso incluye cuatro pasos: la definición del problema, que implica clarificar su naturaleza y establecer metas realistas; la generación de alternativas, que consiste en explorar creativamente posibles soluciones; la toma de decisiones, que implica evaluar las consecuencias de cada alternativa y seleccionar la más adecuada; y la implementación y verificación, que consiste en ejecutar la solución elegida y evaluar sus resultados (Nezu y Nezu, 2018).

Ensayo cognitivo.

El ensayo cognitivo es una técnica que permite a la persona visualizar mentalmente la ejecución de una conducta antes de realizarla. La imaginería mental o visualización guiada ayuda a superar barreras cognitivas, aumenta la autoeficacia y fortalece la intención de cambio al hacer que la conducta resulte psicológicamente más familiar y accesible. La evidencia muestra que estas intervenciones tienen un efecto positivo de pequeño a moderado en la modificación de conductas de salud (Conroy y Hagger, 2018).

Comunicación asertiva.

La comunicación asertiva es la capacidad de expresar opiniones, necesidades y sentimientos de manera abierta y directa, sin someterse a los demás ni vulnerar sus derechos. Se sitúa en un continuo entre dos extremos disfuncionales: la sumisión, que implica dificultad para expresar lo que se quiere o necesita, y la agresividad, que implica hacerlo sin considerar a los demás. El entrenamiento en comunicación asertiva utiliza técnicas cognitivo-conductuales como la reestructuración de pensamientos inhibitorios y el ensayo conductual de interacciones interpersonales, y ha demostrado ser efectivo para reducir síntomas de ansiedad y depresión, y mejorar la autoestima en adultos (Speed et al., 2018).

Intención de implementación Si-Entonces.

La intención de implementación es una técnica que operacionaliza ese principio mediante un formato específico: “si ocurre X, entonces haré Y”. Gollwitzer (1999) identificó que vincular una situación concreta con una respuesta predefinida aumenta significativamente la probabilidad de ejecutar la conducta deseada, ya que delega el control de la conducta a señales ambientales específicas, reduciendo el esfuerzo cognitivo en el momento de actuar y facilitando que la respuesta se active de forma más automática cuando se presenta el contexto planificado.

Contrato conductual.

El contrato conductual es un acuerdo escrito que establece de manera explícita la conducta objetivo, las consecuencias asociadas a su cumplimiento, el criterio de éxito y los responsables del seguimiento. Su propósito es aumentar la probabilidad de que una conducta deseada ocurra mediante la claridad en las expectativas y las consecuencias. Para ser efectivo debe ser el resultado de un proceso de negociación entre las partes, redactado de forma clara y

positiva, y revisado periódicamente para ajustar los objetivos y mantener su relevancia motivacional (Labrador Encinas, 2008).

Terapia de Aceptación y Compromiso

La terapia de aceptación y compromiso es una aproximación clínica conductual que toma como eje orientador los valores personales del consultante y su propia experiencia de vida, en lugar de seguir un modelo de tratamiento con fases fijas. Se fundamenta filosóficamente en el contextualismo funcional y teóricamente en la teoría del marco relacional, postulados que permiten entender el comportamiento humano en relación con el contexto en el que ocurre. Desde esta perspectiva, ni los pensamientos ni los sentimientos tienen una relación de causalidad directa con la conducta, sino que ambos son tratados como comportamientos que deben entenderse en términos de variables contextuales (Vargas Madriz y Ramírez Henderson, 2012).

La teoría del marco relacional plantea que los seres humanos aprenden a relacionar estímulos bajo controles contextuales arbitrarios mediados por el lenguaje, lo que explica por qué los intentos directos de controlar o suprimir experiencias internas tienden a ampliar el sufrimiento más que a reducirlo. A partir de esto, la ACT conceptualiza el trastorno de evitación experiencial como el patrón en el que una persona realiza esfuerzos deliberados por evitar o escapar de eventos privados como pensamientos, emociones, recuerdos y sensaciones que vive como aversivos, siendo este comportamiento reforzado negativamente por la reducción momentánea del malestar. La evitación no es problemática en sí misma, pero cuando se vuelve rígida interfiere con la vida cotidiana y genera más sufrimiento del que pretende aliviar (Vargas Madriz y Ramírez Henderson, 2012).

Frente a esto, la ACT propone incrementar la flexibilidad psicológica, entendida como la capacidad de entrar en contacto con el momento presente de manera consciente y desde ahí elegir un curso de acción coherente con los propios valores, aun cuando eso implique tolerar experiencias internas difíciles. Para lograrlo, el proceso integra estrategias como el yo como contexto, la exposición a los eventos privados temidos y la clarificación de valores, utilizando como recursos técnicos las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales. La ACT parte de un modelo de salud y no de enfermedad, asumiendo que el sufrimiento psicológico es una experiencia humana universal cuya causa principal radica en el uso del lenguaje en contextos donde no resulta funcional (Vargas Madriz y Ramírez Henderson, 2012).

Defusión cognitiva.

La defusión cognitiva es el proceso mediante el cual la persona cambia su relación con los propios pensamientos, aprendiendo a observarlos como eventos mentales transitorios en lugar de vivirlos como verdades absolutas que dictan cómo debe actuar. En un estado de fusión cognitiva, los pensamientos son experimentados como realidades literales: "soy un fracaso" se vive como un hecho incuestionable. La defusión no busca eliminar esos pensamientos sino quitarles el poder que tienen para controlar la conducta, generando el espacio psicológico necesario para decidir si un pensamiento es útil o no en función de los propios valores. Para lograrlo, la ACT utiliza estrategias como etiquetar los pensamientos ("estoy teniendo el pensamiento de que..."), la repetición de palabras hasta que pierdan su carga emocional, y la visualización de los pensamientos como eventos que pasan sin necesidad de retenerlos ni combatirlos (Hayes et al., 2014).

Clarificación de valores.

La clarificación de valores es uno de los componentes centrales de la ACT. Los valores no son metas concretas que se alcanzan y se agotan, sino direcciones vitales elegidas conscientemente hacia las cuales la persona decide moverse a lo largo de su vida (Vargas Madriz y Ramírez Henderson, 2012). Mientras una meta tiene un punto de llegada, un valor funciona como brújula permanente que orienta las decisiones y acciones cotidianas sin agotarse nunca. El proceso de clarificación implica detenerse a preguntarse qué tipo de persona se quiere ser y qué es lo que realmente importa en cada área de la vida, distinguiendo entre los mandatos externos que se siguen en piloto automático y las elecciones genuinas. Desde esta perspectiva, el malestar emocional puede ser una señal de que algo importante está en juego, no un obstáculo que deba eliminarse antes de actuar. La clarificación de valores culmina en la acción comprometida, que consiste en tomar decisiones concretas y llevar a cabo conductas coherentes con los valores elegidos, aun cuando aparezcan pensamientos o emociones incómodas en el proceso (Hayes et al., 2014).

Autocompasión.

La autocompasión es la capacidad de tratarse a uno mismo con la misma amabilidad y comprensión que se ofrecería a un amigo cercano ante una experiencia de sufrimiento o fracaso, en lugar de juzgarse con dureza. Neff (2003) identificó tres componentes interrelacionados: la amabilidad hacia uno mismo, que implica extenderse comprensión en lugar de autocrítica; la humanidad compartida, que consiste en reconocer que el sufrimiento y los errores son parte de la experiencia humana universal y no fuente de aislamiento; y la atención plena, que implica sostener los pensamientos y emociones dolorosos en una conciencia equilibrada sin exagerarlos ni suprimirlos.

La autocompasión no implica conformismo ni pasividad. Por el contrario, quienes se tratan con compasión tienen mayor claridad sobre sus limitaciones porque no necesitan ocultarlas para proteger su autoestima, lo que favorece una autorregulación más efectiva. Asimismo, la amabilidad hacia uno mismo provee la seguridad emocional necesaria para reconocer y rectificar patrones de pensamiento y conducta desadaptativos, y constituye una fuente de motivación para el crecimiento y el cambio orientados al propio bienestar (Neff, 2003).

Marco normativo y Contexto Colombiano

La salud mental en Colombia constituye un componente esencial del bienestar integral de las personas y las comunidades; vinculada a factores contextuales, sociales y culturales que posibilitan el desarrollo humano y la realización de proyectos de vida tanto individuales como colectivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024a). Desde esta perspectiva, la salud debe comprenderse de manera integral, desde un enfoque biopsicosocial y espiritual, que reconozca la complejidad de las experiencias humanas y las múltiples dimensiones del bienestar.

En Colombia, la Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud, establece en su artículo 5 que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; a través de formular y adoptar políticas que propendan a la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales (Congreso de la República de Colombia, 2015).

Ahora bien, en consonancia con este marco legal, la Resolución 4886 de 2018 adoptó la Política Nacional de Salud Mental, la cual representó un cambio significativo, ya que se hizo un mayor énfasis en la salud mental positiva y no en la enfermedad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Esto es fundamental porque al hablar de salud mental hay que

enfocarse en los recursos y las capacidades de las personas, más que en las limitaciones o enfermedades, fortaleciendo los factores protectores y las herramientas que permiten a las personas construir y mantener su bienestar mental a nivel individual y comunitario.

La Ley 1616 de 2013 contiene disposiciones para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana, en consonancia con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución Política de 1991, sin embargo, esta ley fue modificada por la Ley 2460 de 2025, la cual vincula la salud mental con los determinantes sociales y tiene como propósito garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental en Colombia priorizando a los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, personas en condición de discapacidad y adultos mayores, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales (Congreso de la República de Colombia, 2025).

La ley 2460 de 2025 define la promoción de la salud mental como:

Una estrategia intersectorial e interinstitucional que busca transformar los determinantes de la salud mental que impactan la calidad de vida, con el propósito de garantizar entornos saludables, satisfacer las necesidades; y facilitar medios para fomentar, mantener y mejorar la salud a nivel individual y colectivo. Esta estrategia considerará la multiculturalidad en Colombia con el objetivo de aumentar los factores protectores y reducir los factores de riesgo entre las demás acciones que se definan. (Congreso de la República de Colombia, 2025, Art. 5)

En esta misma línea, la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031, adoptada mediante el Decreto 681 de 2022, establece como propósito garantizar las condiciones

necesarias para el desarrollo del envejecimiento activo y saludable (Presidencia de la República de Colombia, 2022). Esta política se enmarca en la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, proclamada por la Organización Mundial de la Salud, que articula la acción de gobiernos, sociedad civil y organismos internacionales para mejorar la vida de las personas mayores (OMS, 2020). Tanto el marco normativo colombiano como el internacional reconocen el envejecimiento saludable como eje prioritario, aunque sus estrategias se dirigen principalmente a la población adulta mayor y no abordan la salud cognitiva como una dimensión diferenciada ni contemplan acciones específicas para la adultez media temprana.

Si bien el marco normativo colombiano en salud mental es progresista y proporciona una base sólida para el desarrollo de estrategias de promoción y prevención, es fundamental analizar cómo estos principios legales se han materializado en la práctica y qué desafíos enfrenta su implementación efectiva en el territorio nacional.

En este sentido, es fundamental hablar del contexto en el que Colombia se ha desarrollado en los últimos años. La violencia, la falta de oportunidades, el difícil acceso a servicios de salud y la ruralidad han configurado un contexto de vulnerabilidad que se agrava por la limitada cobertura del sistema de salud, especialmente considerando que Colombia ha atravesado más de seis décadas de conflicto armado interno, lo cual ha generado un impacto profundo en la salud mental de la población. Este conflicto prolongado ha fragmentado las estructuras sociales y ha propiciado la aparición de nuevas afectaciones psicológicas derivadas de la violencia, facilitando la existencia de sufrimientos psicológicos intensos en la población colombiana (Alarcón Garavito et al., 2023).

Según el Instituto Nacional de Salud, las consecuencias del conflicto armado impactan directamente en la adquisición de trastornos como el estrés postraumático, la depresión, la

ansiedad y las conductas suicidas. Particularmente preocupante es que estos ciclos de violencia también afectan al personal especializado en salud, registrándose altos niveles de violencia contra profesionales en departamentos como Arauca, Guaviare y Caquetá (Alarcón Garavito et al., 2023). Esta problemática no solo reduce la capacidad de atención disponible, sino que profundiza las brechas existentes en el acceso a servicios de salud mental, evidenciando cómo el contexto histórico y sociopolítico de Colombia se entrelaza con las limitaciones del sistema, creando un círculo vicioso que dificulta la atención adecuada de la población.

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2024b), la sociedad colombiana ha enfrentado múltiples dificultades para avanzar en el sistema de salud mental. Entre estas se encuentran el estigma social, la limitada capacidad de atención de los profesionales, la fragmentación de los niveles de salud, las barreras financieras y geográficas, especialmente en zonas rurales de difícil acceso, la escasa coordinación intersectorial, así como la pobreza y otros determinantes sociales de la salud.

Por consiguiente, a pesar de los importantes avances normativos, Colombia enfrenta desafíos persistentes como la estigmatización, la insuficiencia de recursos y las barreras de acceso en salud mental. Estos desafíos evidencian la necesidad de una colaboración continua entre el Gobierno, la sociedad civil y las organizaciones internacionales para garantizar que todas las personas, especialmente las más vulnerables, tengan acceso equitativo a servicios de salud mental de calidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024a). En respuesta a esta situación, se plantean dos principios orientadores fundamentales:

Intersectorialidad: Impulsa la colaboración entre distintos sectores institucionales para abordar de manera integral y coordinada los problemas de salud mental. Reconoce que estos desafíos son multifacéticos y requieren la articulación de políticas y acciones

conjuntas que consideren factores económicos, sociales y culturales, con el fin de generar un impacto estructural y sostenible en el bienestar mental.

Transectorialidad: Fomenta una integración flexible y participativa que trasciende las estructuras sectoriales tradicionales, involucrando activamente a comunidades, territorios y actores diversos. Destaca la importancia de incluir y valorar los saberes locales y las prácticas comunitarias en la formulación e implementación de estrategias, ofreciendo respuestas contextualizadas y holísticas a problemas complejos como el suicidio, la violencia, las adicciones y otros trastornos mentales. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024a, p. 19)

La implementación efectiva de estos principios se materializa a través de diversas estrategias de intervención dirigidas a promover y proteger la salud mental de toda la población colombiana. Entre estas estrategias cobran especial relevancia aquellas orientadas a la promoción y el fortalecimiento de las funciones cognitivas durante la adultez media, etapa en la que los factores de riesgo modificables son susceptibles de intervención y en la que la evidencia señala el mayor potencial preventivo.

Justificación

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental, el 66.3% de la población reporta haber vivenciado problemas de salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023), cifra que refleja la magnitud de una problemática que el marco normativo colombiano ha comenzado a abordar de manera estructural. La Ley 1616 de 2013, la Ley 2460 de 2025, la Política Nacional de Salud Mental 2024-2033 y la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031 han posicionado la salud mental y el envejecimiento saludable como

componentes esenciales del bienestar integral, en consonancia con la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030 de la OMS, fortaleciendo las vías de acceso a servicios de atención psicológica.

No obstante, la salud cognitiva como dimensión diferenciada de la salud mental no ha sido abordada de manera específica en estas políticas. Si bien el enfoque de envejecimiento saludable representa un avance significativo, las estrategias derivadas de este enfoque se dirigen principalmente a la población adulta mayor y no contemplan acciones preventivas dirigidas a la adultez media temprana, pese a que la prevalencia del deterioro cognitivo en Colombia alcanza el 8.9% sin demencia y el 10.8% con demencia (Guerrero et al., 2023), y a que la evidencia señala que la ventana de mayor potencial preventivo se ubica entre los 40 y 50 años, antes de que los cambios cerebrales acumulados sean difíciles de modificar (Gandy et al., 2017; Livingston et al., 2024).

Ahora bien, el modelo de factores de riesgo a lo largo del ciclo vital, propuesto por la Comisión Lancet (2024), destaca que más del 40 % de los casos de demencia podrían prevenirse o retrasarse si se intervienen oportunamente factores modificables, iniciando acciones preventivas desde etapas tempranas y manteniéndolas en la adultez media, momento en el cual las trayectorias de riesgo aún pueden modificarse favorablemente (Livingston et al., 2024). Esto es especialmente importante en el contexto colombiano, ya que, de acuerdo con las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] (2025), los adultos entre 40 y 50 años representan el 12,5% de la población colombiana.

Esta brecha entre el reconocimiento normativo del envejecimiento saludable y la ausencia de herramientas específicas para la promoción de la salud cognitiva en la adultez media sustenta la pertinencia del presente proyecto, el cual busca aportar al conocimiento sobre salud cognitiva

y su aplicación en Colombia; la cartilla sirve como herramienta para facilitar estrategias prácticas que la población adulta media temprana puede implementar y de esta manera, fortalecer su funcionamiento cognitivo y reducir factores de riesgo modificables asociados al deterioro cognitivo.

Este proyecto contribuye a profundizar la comprensión en el ámbito de la psicología clínica, la neuropsicología, la psicología del ciclo vital y la salud pública; la propuesta se apoya en modelos teóricos consolidados, como el modelo de factores de riesgo a lo largo del curso de la vida (Livingston et al., 2024), el concepto de reserva cognitiva y la neuroplasticidad, aportando evidencia sobre la importancia de estos conceptos en el contexto colombiano. Igualmente, fortalece la base teórica para futuras investigaciones vinculadas a intervenciones de promoción de la salud cognitiva.

El diseño de la cartilla fundamentado en técnicas de la psicología clínica, permitirá que la población implemente estrategias de autocuidado efectivas que promuevan y fortalezcan la salud cognitiva a corto, mediano y largo plazo.

La cartilla con evidencias de validez constituye una herramienta práctica y accesible, fundamentada en la psicología clínica, para la promoción de la salud cognitiva en adultos de 40 a 50 años en el contexto colombiano. Sus resultados podrán ser aplicados en consulta clínica como material complementario en procesos de psicoeducación, en programas institucionales de promoción de salud mental, y como recurso de autocuidado para la población general.

Metodología

Diseño de Investigación

El presente proyecto corresponde a un proyecto de Apropiación Social del Conocimiento (Extensión y Responsabilidad Social) en el registro CTEL, se desarrolla desde un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, alcance descriptivo y corte transversal, empleando el método psicométrico para la validación de contenido mediante el juicio de expertos.

De acuerdo con Min Ciencias (2025), un proyecto de Apropiación Social del Conocimiento busca la difusión y transferencia de conocimiento científico a la sociedad mediante productos accesibles y aplicables. En este caso, la cartilla constituye un producto orientado a la promoción de la salud cognitiva desde la psicología clínica, en un ámbito donde actualmente no se dispone de herramientas similares validadas para la población colombiana de adultez media temprana.

Se empleó un diseño no experimental de alcance descriptivo, dado que no existió manipulación deliberada de variables independientes, ni asignación aleatoria de participantes a condiciones experimentales. El proyecto se centró en el desarrollo sistemático de una cartilla y la caracterización del grado de validez de su contenido a partir de las valoraciones emitidas por jueces expertos, sin pretender establecer relaciones causales, ni predictivas entre variables o comparaciones entre grupos (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

El enfoque cuantitativo se sustentó en la recolección y análisis de datos utilizando el método psicométrico, específicamente el Coeficiente de Validez de Contenido (CVR) propuesto por Lawshe (1975, como se citó en Tristán-López, 2008), con el objetivo de obtener resultados

medibles y precisos que permitieron determinar las evidencias de validez de contenido de la cartilla a partir de las valoraciones de los expertos sobre cada ítem evaluado.

De manera complementaria, se recolectaron observaciones textuales de los comentarios, sugerencias y recomendaciones de mejora proporcionadas por los expertos en formato abierto, las cuales funcionaron como datos auxiliares que permitieron comprender las razones detrás de las valoraciones, identificar los aspectos específicos a mejorar cuando los coeficientes fuesen insuficientes, enriquecer la interpretación de los resultados cuantitativos y orientar los ajustes de la versión final de la cartilla.

Finalmente, el presente proyecto fue de corte transversal, dado que la recolección de datos se realizó en un momento único mediante la evaluación de los jueces expertos, sin seguimiento posterior (Manterola y Otzen, 2014).

Población

La población del presente proyecto estuvo conformada por profesionales en psicología idóneos para actuar como jueces expertos en la validación de contenido de la cartilla. Para su selección, se convocó a profesionales que aceptaron participar de manera voluntaria en el proceso de validación y que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión

- Psicólogos de profesión con formación posgradual como especialización, maestría o doctorado en áreas tales como la psicología clínica, la salud mental o la neuropsicología.
- Contar con experiencia profesional mínima de 3 años en al menos una de las siguientes áreas: promoción o prevención de la salud mental o cognitiva, intervención con población adulta, o validación de instrumentos o cartillas.

Criterios de Exclusión

- Tener conflicto de interés con el proyecto, como haber participado en el diseño o elaboración de la cartilla.
- No firmar el consentimiento informado.
- No completar la evaluación dentro de los tiempos establecidos.
- Diligenciar el instrumento de validación de forma incompleta.

Muestreo

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico de sujetos voluntarios (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). Se convocó inicialmente a un total de 15 investigadores a través de redes institucionales de la Fundación Universitaria Sanitas, redes académicas y contactos profesionales. De los investigadores convocados, se obtuvo respuesta de 11 profesionales. Tras la aplicación estricta de los criterios de exclusión, se descartó a un (1) participante debido a que diligenció el instrumento de validación de forma incompleta. Por lo tanto, la muestra final quedó constituida por 10 jueces expertos que aceptaron participar de manera voluntaria y completaron el proceso de manera óptima. Este tamaño de muestra es considerado apropiado para estudios de validación de contenido, donde se recomienda un mínimo de 5 jueces para garantizar la confiabilidad y el consenso de las evaluaciones (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008).

Instrumentos

Para la validación de contenido de la cartilla se diseñó un instrumento de evaluación por juicio de expertos basado en el modelo de Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008); el juicio de expertos es una técnica de validación de contenido que consiste en solicitar a personas con

trayectoria y conocimientos en un tema específico que valoren diferentes componentes de un instrumento o material (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008). Este método permitió cuantificar el grado de acuerdo entre evaluadores mediante el Coeficiente de Validez de Contenido (CVR) propuesto por Lawshe (1975), proporcionando evidencia empírica de la validez del contenido de la cartilla.

Criterios de Evaluación

El instrumento evaluó cada elemento de la cartilla en cuatro criterios definidos por Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008), mediante una escala tipo Likert de 1 a 4 donde 1 indica que no cumple con el criterio, 2 que cumple en bajo nivel, 3 que cumple en moderado nivel y 4 que cumple en alto nivel. Cada criterio contó con indicadores operacionalizados que orientaron la valoración del juez.

- **Suficiencia:** valora si los elementos que pertenecen a una misma sección bastan para abordar dicha sección y lograr sus objetivos. Este criterio se evaluó a nivel de sección, no de ítem individual.
- **Claridad:** valora si el elemento se comprende fácilmente, es decir, si su sintáctica y semántica son adecuadas para la población objetivo.
- **Coherencia:** valora si el elemento tiene relación lógica con la sección y con el propósito de la cartilla.
- **Relevancia:** valora si el elemento es esencial o fundamental en la sección, es decir, si debe ser incluido.

Estructura del Instrumento

La sección 1 correspondió al consentimiento informado y a la caracterización de cada juez experto. El consentimiento informado presentó la descripción del proyecto, los procedimientos de participación, los riesgos, beneficios, confidencialidad y los datos de contacto de los investigadores y del Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas. La caracterización incluyó la recolección de datos sociodemográficos y profesionales, formación académica, años de experiencia, áreas de especialización y experiencia específica relacionada con el proyecto. Adicionalmente, incluyó la declaración de conflicto de intereses y el tiempo estimado de diligenciamiento. Este apartado tuvo como propósito documentar la participación voluntaria, caracterizar el perfil del panel de los jueces expertos y verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión.

La sección 2 abarcó la evaluación cuantitativa de 42 ítems organizados por las ocho secciones de la cartilla más los elementos complementarios (tabla de contenido, glosario y referencias bibliográficas). Cada ítem se evaluó en los criterios de claridad, coherencia y relevancia mediante la escala Likert de 1 a 4. El criterio de suficiencia se evaluó a nivel de sección, valorando si el conjunto de elementos que conforman cada una de las nueve unidades (ocho secciones más elementos complementarios) bastó para abordarla y lograr sus objetivos. Para cada ítem se incluyó un espacio de observaciones donde el juez podía registrar comentarios que se tuvieron en consideración para los ajustes que resultaron adecuados para incluir en la cartilla. Esta sección buscó obtener los datos necesarios para el cálculo del Coeficiente de Validez de Contenido (CVR) por ítem y el Índice de Validez de Contenido (CVI) global,

La sección 3 incluyó la valoración general de la cartilla mediante cinco preguntas que evaluaron si la cartilla abordó adecuadamente la promoción de la salud cognitiva en adultos de

40 a 50 años, si el modelo DPPPS facilitó la comprensión y el recorrido del lector, si las técnicas fueron presentadas de forma accesible y aplicable, si el nivel de lenguaje fue apropiado para la población objetivo y si la cartilla cumplió con los criterios para ser utilizada con la población.

El instrumento completo se encuentra en el Anexo 1.

Análisis de Datos

El análisis de los datos obtenidos integró el análisis cuantitativo por medio del Coeficiente de Validez de Contenido (CVR) propuesto por Lawshe (1975), las observaciones textuales registradas por los jueces en cada ítem y las respuestas a la valoración general de la cartilla. Las observaciones textuales no constituyeron un componente cualitativo independiente, sino un apoyo para la interpretación de los resultados cuantitativos, permitiendo identificar aspectos específicos de mejora incluso en ítems que superaron el punto de corte.

Los jueces evaluaron cada ítem en una escala tipo Likert de 1 a 4 (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008) en los criterios de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia. Las puntuaciones de 3 (moderado nivel) y 4 (alto nivel) se consideraron como acuerdo en la validez del ítem (n_e), y las puntuaciones de 1 (no cumple con el criterio) y 2 (bajo nivel) como desacuerdo. A partir de estas valoraciones se calculó la Razón de Validez de Contenido mediante la fórmula $CVR = (n_e - N/2) / (N/2)$, propuesta por Lawshe (1975), donde n_e es el número de jueces cuya puntuación fue tres o cuatro y N es el número total de jueces. Los valores del CVR oscilan entre -1 y 1 , donde valores positivos indican que más de la mitad de los jueces valoraron el ítem favorablemente.

Para determinar la validez de cada ítem se aplicó la tabla de valores críticos del CVR propuesta por Lawshe (1975). Con un panel de 10 jueces, el valor mínimo de CVR para

considerar un ítem como válido es de 0.62. Esto implicó que al menos nueve de los diez jueces debían puntuar el ítem con tres o cuatro para que el CVR superara el punto de corte.

El análisis se realizó en tres niveles: primero, por ítem en cada criterio, calculando el CVR para cada uno de los 42 ítems en los criterios de claridad, coherencia y relevancia, y para cada una de las nueve secciones en el criterio de suficiencia; segundo, por criterio global, calculando el promedio de los CVR de todos los ítems en cada criterio; y tercero, a nivel global, calculando el Índice de Validez de Contenido (CVI), que corresponde al promedio de los CVR de todos los ítems evaluados.

Para la toma de decisiones se estableció que si el $CVR \geq 0.62$, el ítem se considera válido en ese criterio y se mantiene en la cartilla, mientras que si el $CVR < 0.62$, el ítem se considera no válido en ese criterio y deberá ser revisado o reformulado a partir de las observaciones de los jueces.

De manera complementaria, se revisaron las observaciones textuales registradas por los jueces en la columna de observaciones de cada ítem. Este proceso consistió en la lectura de todos los comentarios, la identificación de aspectos a mejorar y recomendaciones concretas, y la clasificación de cada observación según la decisión tomada por el equipo investigador: aceptar, aceptar parcialmente o no aceptar con justificación. Las observaciones no aceptadas se sustentaron en la fundamentación teórica del proyecto, en el alcance promocional de la cartilla o en su implementación previa. Este análisis complementario permitió orientar los ajustes de la versión final incluso en ítems con indicadores cuantitativos favorables.

Adicionalmente, se revisaron las respuestas a las cinco preguntas de valoración general incluidas en la sección 3 del instrumento, las cuales proporcionaron una evaluación integral de la

cartilla en cuanto a su pertinencia, accesibilidad, estructura y disposición para el uso con la población objetivo.

Los análisis se realizaron por medio de Microsoft Excel, y se sintetizó la información en una matriz de integración donde, por cada ítem, se registró el CVR por criterio, las observaciones recibidas y la acción tomada.

Control de Sesgos

Sesgo de Selección

Para mitigar este sesgo, se implementaron las siguientes estrategias de control:

- Los jueces fueron seleccionados mediante criterios de inclusión y exclusión predefinidos que garantizaron la idoneidad del panel en formación y experiencia.
- Se convocó a profesionales a través de diversos medios: redes institucionales, redes profesionales y académicas, y contactos de los investigadores para evitar que el panel se limitara a un solo contexto institucional.
- Se verificó que ningún juez tuviera conflicto de interés con el proyecto, como haber participado en el diseño de la cartilla.

Sesgo de Medición

El control de este sesgo se aseguró mediante la estandarización del proceso de evaluación:

- Se utilizó un instrumento estandarizado basado en Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008) con cuatro criterios claramente definidos (suficiencia, claridad, coherencia y

relevancia), cada uno evaluado mediante indicadores específicos en una escala de 1 a 4 que limitó la ambigüedad en la valoración.

- Cada juez evaluó de forma individual e independiente, sin interacción con los demás jueces, evitando la influencia entre evaluadores.
- Se incluyeron instrucciones claras y homogéneas para todos los jueces en el instrumento de validación.
- Los instrumentos diligenciados de forma incompleta fueron excluidos del análisis.

Sesgo de Información

Con el fin de garantizar la calidad y veracidad de los datos recolectados, se procedió de la siguiente manera:

- Los datos fueron tabulados mediante doble digitación en Microsoft Excel para minimizar errores de transcripción.
- Se aplicó un método estadístico con punto de corte objetivo ($CVR \geq 0.62$) que no depende del criterio subjetivo de los investigadores para la toma de decisiones.

Fases del Estudio

El desarrollo de la investigación se estructuró de manera secuencial a través de las siguientes tres fases cronológicas.

Fase 1: Diseño y Desarrollo de la Cartilla

Durante esta primera etapa se consolidó el sustento teórico y técnico para la creación de la cartilla mediante las siguientes acciones:

- Revisión de literatura (2019-2025).

- Identificación de factores protectores y de riesgo.
- Selección de técnicas de psicología clínica basadas en evidencia.
- Creación de instrumento de validación
- Estructuración de contenidos.
- Diseño y elaboración de la cartilla. El enlace de acceso a la cartilla “Guía práctica para una mente activa después de los 40” puede verse en el [Anexo 2](#).

Fase 2: Validación de Contenido por Jueces Expertos

Esta fase comprendió el proceso de evaluación de la cartilla por parte del panel de jueces expertos a través de los siguientes pasos:

- Contacto inicial para la convocatoria del panel de expertos.
- Resolución de dudas y explicación de participación
- Envío y firma del Consentimiento informado
- Envío de copia del consentimiento informado
- Envío de cartilla y del instrumento de validación para obtener las valoraciones cuantitativas de cada ítem.
- Registro de observaciones textuales y sugerencias.
- Análisis estadístico mediante el método de Lawshe.
- Síntesis de recomendaciones de mejora.

Fase 3: Ajuste y Versión Final

La última etapa se orientó a la optimización de la cartilla con base en los resultados obtenidos:

- Incorporación de modificaciones según criterios de validación.
- Ajustes de contenido con base en las observaciones textuales de los jueces.

- Mejora de diseño visual y estructura.
- Elaboración de versión definitiva de la cartilla.
- Preparación de la cartilla para difusión.

Este proyecto contempló una única ronda de validación. No se realizó una segunda ronda de evaluación, dado el alcance y tiempo disponible para este proyecto de especialización.

Futuros estudios podrán realizar validaciones adicionales, incluyendo pilotaje con población objetivo y evaluación de efectividad.

Cronograma

Para garantizar la viabilidad del estudio, la distribución del tiempo y la ejecución secuencial de las actividades se estructuraron de manera mensual como se evidencia en la Tabla 1.

Tabla 1
Cronograma de Actividades del Proyecto (2025-2026)

Año	2025																2026																											
Mes	Ago				Sept				Oct				Nov				Dic				Ene				Feb				Mar				Abr				May				Jun			
Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Inicio de Investigación																																												
Organización de equipo de trabajo	■																																											
Fase 1: Diseño y desarrollo de la cartilla																																												
Revisión de literatura (2019-2026)																	■																											
Identificación de factores protectores y de riesgo.																	■																											
Selección de técnicas de psicología																	■																											

clínica basadas
en evidencia.

Creación de
instrumento de
validación

Estructuración
de contenidos

Presentación
Poster

Diseño y
elaboración del
primer borrador
de la cartilla

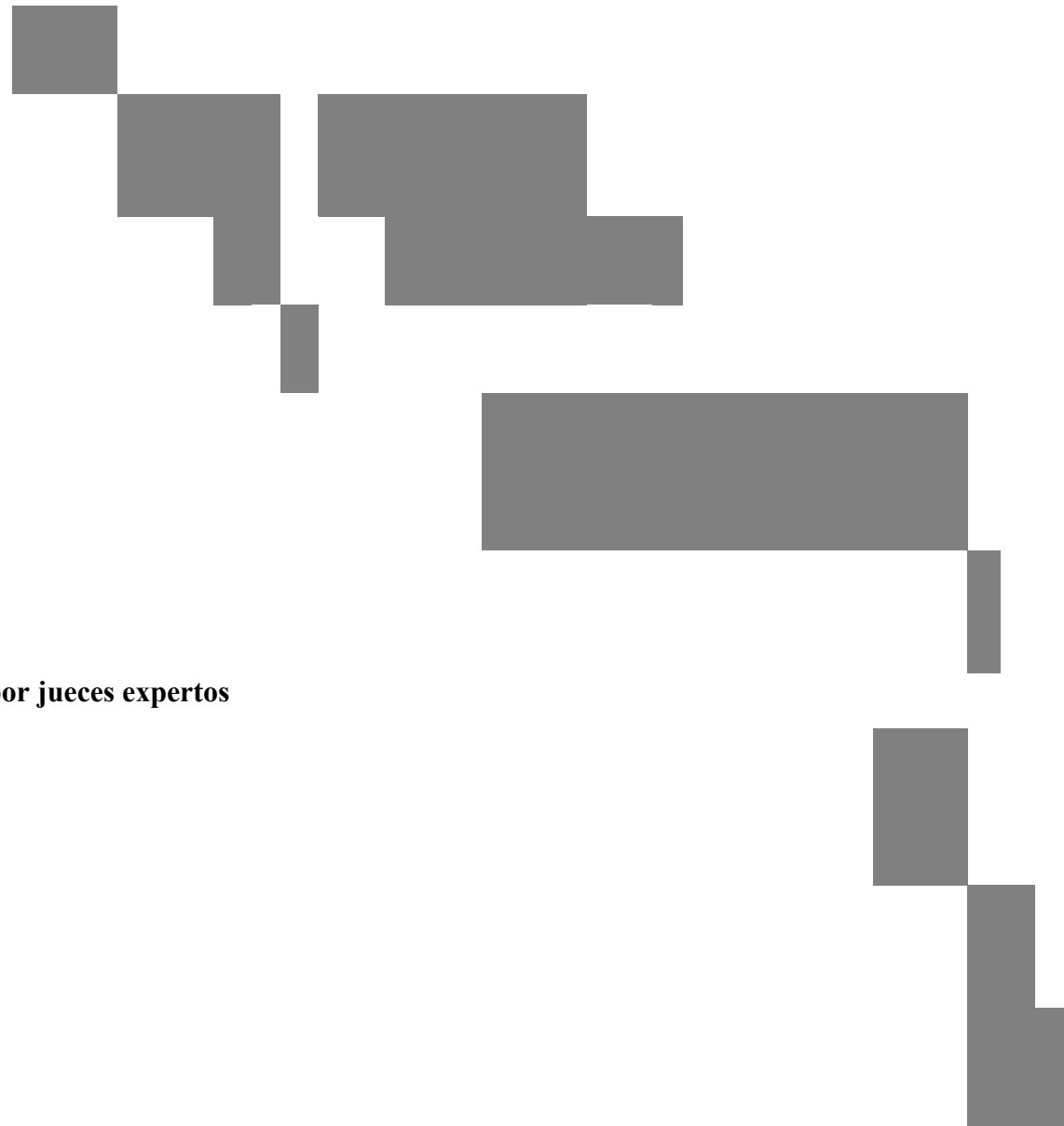
Aprobación por
parte del comité
de ética

Fase 2: Validación de contenido por jueces expertos

Selección y
convocatoria
del panel de
expertos

Aplicación del
instrumento de
validación

Recolección de
valoraciones
cuantitativas



Registro de
observaciones
textuales y
sugerencias

Análisis
estadístico

Síntesis de
recomendaciones
de mejora

Fase 3: Ajuste y versión final

Incorporación
de
modificaciones
según criterios
de validación

Mejora de
diseño visual y
estructura

Elaboración de
versión
entregable de la
cartilla

Presentación de
proyecto

Ajustes finales
de documento



Entrega de
documento y
cartilla

Fuente: Elaboración propia

Presupuesto

El costo financiero y la asignación de recursos requeridos para la viabilidad de la investigación se detallan en el desglose económico de la Tabla 2.

Tabla 2
Presupuesto Estimado para el Desarrollo del Proyecto

Rubros	Financiado	Contrapartida: En especie	Contrapartida: Dinero	Total año
Personal – Servicios técnicos de personal	-	\$1.500.000	\$600.000	\$2.100.000
Equipos – Software	-	\$700.000	0	\$700.000
Gastos de viaje	-	-	\$1.600.000	\$1.600.000
Materiales – Suministros y servicios técnicos	-	-	\$100.000	\$100.000
Material bibliográfico	-	\$200.000	-	\$200.000
Publicaciones y patentes	-	-	-	-
Total	-	\$2.400.000	\$2.300.000	4.700.000

Nota. Los valores se presentan en pesos colombianos (COP). Estructura adaptada del *Formato Protocolo Investigación Estudios Observacionales_CEI_V* de la Fundación Universitaria Sanitas (Unisanitas).

Consideraciones Éticas

El presente proyecto se desarrolló siguiendo los principios éticos establecidos en:

- Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013), que establece principios éticos para la investigación con seres humanos.

- Ley 1090 de 2006, Código Deontológico y Bioético del Psicólogo en Colombia.
- Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
- Ley 1581 de 2012, Ley de Protección de Datos Personales de Colombia.

Clasificación del Riesgo

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, el proyecto se clasificó como investigación con riesgo mínimo. Según el artículo 11, literal b, esta categoría corresponde a estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes, incluyendo pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto. La participación de los jueces expertos se limitó a la revisión y evaluación académica de una cartilla y al diligenciamiento de un instrumento de validación de contenido, sin intervención física, ni modificación de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales. No se previeron riesgos físicos, psicológicos, sociales, ni económicos por su participación.

Consentimiento Informado

Previo a la firma del consentimiento informado se realizó el siguiente proceso:

1. **Contacto inicial:** se realizó una invitación formal a cada profesional que cumpliera con los criterios de inclusión ya mencionados, mediante correo electrónico en el cual se le informó el propósito del estudio, las características generales de su participación y el tiempo estimado de dedicación.
2. **Resolución de dudas:** se dispuso de un espacio para que el profesional pudiera formular preguntas o solicitar aclaraciones sobre cualquier aspecto del estudio, los procedimientos, la confidencialidad o sus derechos como participante. Este espacio fue

presencial, por llamada o virtual según las posibilidades del juez, en el espacio se explicó su participación en la evaluación de la cartilla, su rol como juez evaluador los riesgos y beneficios de su participación.

3. **Firma del consentimiento:** una vez resueltas las dudas y confirmada la voluntad de participar, el juez aceptó el consentimiento informado.

4. **Entrega de documentación:** luego de firmar el consentimiento, se le entregó una copia del documento firmado, junto con la documentación necesaria para la validación de la cartilla.

Todos los expertos que participaron en la validación de la cartilla recibieron información clara, completa y comprensible sobre:

- el propósito y objetivos del proyecto.
- los procedimientos de su participación (revisión de la cartilla y diligenciamiento del instrumento de validación).
- el tiempo estimado requerido (una a dos horas).
- los riesgos y beneficios asociados.
- el uso académico de sus evaluaciones.
- la confidencialidad y protección de sus datos personales.
- el carácter voluntario de su participación.
- el compromiso de no reproducir, distribuir, ni utilizar con fines personales el contenido de la cartilla proporcionada para evaluación.
- su derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas.

El consentimiento informado se encuentra en el Anexo 3.

Confidencialidad y Protección de Datos Personales

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales, se implementaron las siguientes medidas:

- Los datos personales de los expertos (nombre, profesión, institución, contacto) fueron manejados bajo estrictos principios de confidencialidad y utilizados exclusivamente para fines académicos relacionados con este proyecto.
- Las evaluaciones fueron codificadas mediante identificadores alfanuméricos (J1, J2, J3, etc.) para proteger la identidad de los participantes en el análisis y reporte de resultados.
- Los archivos digitales fueron resguardados con contraseñas de seguridad y almacenados en dispositivos protegidos.
- La información será conservada durante el periodo requerido institucionalmente y posteriormente eliminada de manera segura.
- En el documento final y posibles publicaciones, no se revelará información que permita identificar individualmente a los participantes, presentando únicamente resultados agregados.

Principios Éticos Aplicados

El proyecto se fundamentó en los siguientes principios bioéticos:

- **Autonomía:** se respetó la capacidad de los participantes para tomar decisiones libres e informadas sobre su participación, sin ejercer coacción, ni presión para participar, y se garantizó el derecho a retirarse en cualquier momento.

- **Beneficencia:** el proyecto buscó generar un beneficio social mediante el desarrollo de una cartilla que contribuya a la promoción de la salud cognitiva en adultos de 40 a 50 años, sin generar daño a los participantes.
- **No maleficencia:** el proyecto no generó ningún riesgo, daño o perjuicio físico, psicológico, social o económico a los participantes. Las actividades se limitaron a la evaluación académica de una cartilla.
- **Justicia:** la selección de expertos se realizó bajo criterios técnicos de formación académica y experiencia profesional, sin discriminación por razones de género, edad, etnia, orientación sexual, religión, posición política o condición socioeconómica, garantizando igualdad de trato y respeto a todos los participantes.
- **Integridad científica:** se mantuvo la honestidad y transparencia en el diseño, conducción y reporte del estudio. Los resultados se presentaron de manera objetiva, incluyendo tanto aspectos positivos como áreas de mejora identificadas por los jueces expertos, sin omisión, ni manipulación de información.
- **Responsabilidad social:** se reconoció la responsabilidad de los investigadores hacia la sociedad, procurando que la cartilla, producto de este proyecto sea un aporte de calidad para la promoción de la salud cognitiva en Colombia.

Consideraciones Adicionales

Para complementar el marco ético del proyecto, se constató el cumplimiento de las siguientes consideraciones durante el proceso de investigación:

- No se evidenciaron conflictos de interés por parte de los investigadores que hayan comprometido la objetividad del proyecto.

- No se ofreció compensación económica a los participantes, lo cual se informó desde el inicio.
- Se garantizó que los participantes no hicieran parte del equipo de diseño de la cartilla, evitando conflictos de interés que pudieran afectar la objetividad de las evaluaciones.
- Los investigadores se comprometieron a utilizar los datos únicamente para los fines descritos en el consentimiento informado.
- Los jueces expertos se comprometieron a no reproducir, distribuir, ni utilizar con fines personales el contenido de la cartilla proporcionada para evaluación, condición que fue incluida en el consentimiento informado.

Socialización de Resultados

Los hallazgos del presente proyecto de investigación se compartieron de manera formal a través de las siguientes acciones:

- Los participantes recibieron un informe con los hallazgos generales de la validación y una copia de la versión final de la cartilla.
- Se envió un resumen de los resultados de investigación al Comité de Ética mediante el CEIFUS 851-26.

Adicionalmente, se contemplan las siguientes estrategias de difusión y transferencia de conocimiento a mediano y largo plazo:

- Los resultados podrán ser presentados en eventos académicos, publicados en revistas científicas o utilizados en trabajos de grado, siempre respetando la confidencialidad de los participantes.

- La cartilla con evidencias de validez podrá ser difundida en espacios de promoción de la salud, instituciones y servicios de salud para beneficio de la población objetivo con autorización expresa de todos los investigadores.

Aprobación por Comité de Ética

El proyecto fue presentado y evaluado por el Comité de Ética de Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas, obteniendo aprobación mediante Acta No. 016-26 del 05/05/2026, lo cual certifica que el estudio cumple con los requisitos éticos y normativos para su ejecución, la aprobación se encuentra en el Anexo 4.

Resultados

Caracterización del Panel de Jueces

Se convocaron 15 profesionales que cumplían los criterios de inclusión establecidos, de los cuales cuatro no enviaron el instrumento diligenciado dentro del periodo establecido. Uno de los jueces que respondió fue excluido del análisis por diligenciar el instrumento de forma incompleta y no proporcionar observaciones específicas que respaldaran sus valoraciones, en aplicación de los criterios de exclusión previamente definidos. El panel final quedó conformado por 10 jueces expertos. La Tabla 3 presenta la caracterización del panel.

Tabla 3

Caracterización del panel de jueces expertos.

Característica	Dato
Formación de base	Psicología (100%)

Nivel posgradual: especialización	5 (50%)
Nivel posgradual: maestría	5 (50%)
Rango de experiencia profesional	3 a 17 años (M = 7.6)
Áreas de especialización representadas	Psicología clínica, neuropsicología clínica, evaluación y diagnóstico neuropsicológico, psicología clínica y de la salud, salud mental, psicología general sanitaria
Experiencia en promoción/prevenición de la salud mental o cognitiva o intervención con población adulta	10 (100%)
Experiencia en validación de materiales o instrumentos	7 (70%)
Conflicto de intereses declarado	Ninguno

Nota. Elaboración propia. La tabla resume el perfil académico y profesional de los 10 evaluadores finales

El panel incluyó perfiles complementarios con cinco jueces con formación posgradual a nivel de especialización en psicología clínica (n = 3) y evaluación y diagnóstico neuropsicológico (n = 2), y otros cinco con formación a nivel de maestría en neuropsicología clínica (n = 1), psicología clínica y de la salud (n = 1), salud mental (n = 2) y psicología general sanitaria (n = 1). Los jueces se desempeñan en contextos clínicos, hospitalarios, educativos y de práctica independiente, lo que aporta diversidad de perspectivas en la evaluación del material. El rango de experiencia profesional osciló entre 3 y 17 años, con una media de 7.6 años.

Resultados Cuantitativos: Validez de Contenido

Los jueces evaluaron cada ítem en una escala tipo Likert de 1 a 4 según los criterios propuestos por Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008). Las puntuaciones de 3 (moderado nivel) y 4 (alto nivel) se consideraron como acuerdo en la validez del ítem (n_e), y las puntuaciones de 1 (no cumple con el criterio) y 2 (bajo nivel) se tipificaron como desacuerdo. A partir de estas valoraciones se calculó la Razón de Validez de Contenido (CVR) según el método de Lawshe (1975), aplicando un punto de corte de $CVR \geq 0.62$ para un panel de 10 jueces. Esto implica que al menos 9 de los 10 jueces deben puntuar el ítem con 3 o 4 para que sea considerado válido.

La Tabla 4 presenta los resultados del criterio de suficiencia, evaluado a nivel de sección.

Tabla 4

Resultados de CVR para el Criterio de Suficiencia por Sección.

Sección	n_e	CVR	Resultado
1. Bienvenida	10	1.00	Válido
2. Salud cognitiva	10	1.00	Válido
3. Capacidades cognitivas	10	1.00	Válido
4. Protección y riesgo	10	1.00	Válido
5. Recursos para el cambio	10	1.00	Válido
6. Señales de alerta	10	1.00	Válido
7. Plan de acción personal	10	1.00	Válido

8. Recursos y contactos	10	1.00	Válido
Elementos complementarios	10	1.00	Válido

CVI suficiencia	1.00	Adecuado
------------------------	-------------	-----------------

Nota. Elaboración propia. La tabla refleja el consenso absoluto del panel respecto a la suficiencia del contenido.

Las nueve secciones obtuvieron acuerdo unánime (CVR = 1.00), lo que indica que los 10 jueces consideraron que los elementos de cada sección son suficientes para abordarla y cumplir sus objetivos.

La Tabla 5 presenta los resultados de los criterios de claridad, coherencia y relevancia, evaluados por ítem. Se incluyen únicamente los ítems que presentaron al menos una valoración inferior a 3 en algún criterio, dado que los restantes obtuvieron CVR = 1.00 en los tres criterios. Para revisar la totalidad de los ítems evaluados puede remitirse al [anexo 5](#).

Tabla 5

Ítems con al menos una valoración de 1 o 2 en claridad, coherencia o relevancia.

Nº	Ítem	Criterio	n _e	CVR	Juez con desacuerdo
5	Neuroplasticidad y reserva cognitiva	Claridad	9	0.80	J5 (puntaje 2)
6	Mitos sobre la salud cognitiva	Relevancia	9	0.80	J8 (puntaje 2)
16	Sueño: información, hábitos y relajación muscular progresiva	Relevancia	9	0.80	J4 (puntaje 2)

18	Estrés: generación sándwich, ventana de tolerancia y técnicas de respiración	Relevancia	9	0.80	J4 (puntaje 2)
----	--	------------	---	------	----------------

Nota. Elaboración propia. Los identificadores J4, J5 y J8 corresponden a la codificación alfanumérica confidencial de los jueces

Los cuatro ítems identificados superaron ampliamente el punto de corte ($CVR = 0.80 > 0.62$) y se mantuvieron en la cartilla. Los 38 ítems restantes obtuvieron $CVR = 1.00$ en los tres criterios evaluados.

La Tabla 6 presenta un resumen de los resultados de la validación de contenido organizados por criterio de evaluación. Para cada criterio se indica el nivel de evaluación, el número de ítems evaluados, el número de ítems válidos, los valores mínimo y máximo del CVR, y el Índice de Validez de Contenido (CVI), calculado como el promedio de los CVR de todos los ítems evaluados en cada criterio.

Tabla 6
Resumen de CVI por criterio

Criterio	Nivel de evaluación	Ítems evaluados	Ítems válidos	CVR mínimo	CVR máximo	CVI
Suficiencia	Por sección	9	9 (100%)	1.00	1.00	1.00
Claridad	Por ítem	42	42 (100%)	0.80	1.00	0.995 2

Coherencia	Por ítem	42	42	1.00	1.00	1.00
			(100%)			
Relevancia	Por ítem	42	42	0.80	1.00	0.985
			(100%)			7

Nota. Elaboración propia. Los valores de CVR mínimo en claridad y relevancia corresponden a los ítems detallados en la Tabla 5.

El 100% de los ítems superó el punto de corte en los cuatro criterios evaluados. Los valores de CVI oscilaron entre 0.9857 y 1.00, lo que indica altas evidencias de validez de contenido para la cartilla en su conjunto.

Observaciones Textuales de los Jueces

Pese a que el 100% de los ítems superó el punto de corte en los cuatro criterios evaluados, los jueces registraron observaciones textuales que permitieron identificar oportunidades concretas de mejora. Se identificaron 62 observaciones accionables, analizadas por los investigadores y clasificadas según la decisión tomada: aceptar (27), aceptar parcialmente (6) y no aceptar con justificación (11). Las observaciones restantes corresponden a aspectos ya implementados en la cartilla (17) y cubiertos por otro ajuste (1).

A continuación, se describen únicamente las observaciones sobre las que se tomó una decisión: aceptar, aceptar parcialmente o no aceptar, organizadas por sección. Las valoraciones exclusivamente positivas y sin sugerencia de ajuste, no se detallan en este apartado dado que no generaron modificaciones al material. Las observaciones completas de los jueces pueden consultarse en el anexo 6.

En el siguiente apartado, se presentan las observaciones y la decisión tomada para cada una, organizadas por sección:

Sección 1. Bienvenida

En el ítem 1 (presentación y propósito de la cartilla), propuso reemplazar “capacidades cognitivas” por “funciones cognitivas”, argumentando que el primer término puede sugerir una condición absoluta de posesión o carencia, lo que podría generar una lectura equivocada en personas con sintomatología ansiosa. La observación fue aceptada y se ajustó la terminología. J5 también planteó adaptar el encabezado “Bienvenida” al lenguaje inclusivo; al revisar la cartilla se verificó que este aspecto ya estaba implementado mediante la expresión “¡Le damos la bienvenida!”.

En el ítem 2 (instrucciones de uso de la cartilla), J7 sugirió incorporar un ejemplo concreto de rutina de uso que orientara al lector sobre cómo abordar el material de forma progresiva. Al revisar, se evidenció que la observación ya se encuentra implementada, pues la cartilla ya orienta al lector sobre cómo abordar el material de forma progresiva mediante la indicación de tiempo sugerido (15 a 20 minutos diarios o una sección por semana), la invitación a definir su propio ritmo y la escalera del modelo DPPPS, que funciona como guía estructural a lo largo de todo el recorrido, por lo que incorporar un ejemplo adicional de rutina generaría redundancia y podría contradecir el mensaje de autonomía y flexibilidad que sustenta la propuesta.

En el ítem 3 (modelo DPPPS), J5 recomendó reformular el peldaño 3 para hacer explícito el “cómo” de la acción, pasando de “Reconocer las fortalezas que ya tiene y aplicarlas” a “Reconocer las fortalezas que ya tiene y cómo puede utilizarlas en el cuidado de su salud

cognitiva”. La observación fue aceptada. J6 advirtió que el acrónimo DPPPS no se explica dentro de la sección y solo aparece en el glosario; se aceptó la sugerencia y se incorporó la denominación completa “Dimensión Psicológica de la Promoción y Prevención en Salud” en su primera mención.

Sección 2. ¿Qué es la Salud Cognitiva?

En el ítem 4 (definición de salud cognitiva e importancia entre los 40 y 50 años), J5 cuestionó por qué la población se delimita entre los 40 y 50 años si el título indica “después de los 40”. La observación no fue aceptada: esta etapa constituye una ventana de oportunidad para la promoción de la salud cognitiva, pues confluyen las primeras transformaciones biológicas, emocionales y sociales de la adultez media (Dohm-Hansen et al., 2024; Lachman et al., 2014) y la evidencia señala que las intervenciones en este periodo son especialmente efectivas para proteger las funciones cognitivas en años posteriores (Gandy et al., 2017; Livingston et al., 2024). El título “Guía práctica para una mente activa después de los 40” responde al propósito comunicativo del material.

En el ítem 5 (neuroplasticidad y reserva cognitiva), J2 solicitó más contexto sobre reserva cognitiva, J5 señaló que no hay una división clara entre ambos conceptos y J7 pidió un recurso visual que facilitara la comprensión. Al revisar la cartilla se verificó que estos aspectos ya estaban implementados: neuroplasticidad y reserva cognitiva se presentan en recuadros diferenciados, la reserva cognitiva incluye la metáfora del “escudo protector” y un tercer bloque conecta ambos conceptos a través de la relación entre hábitos saludables y redes neuronales.

En el ítem 6 (mitos sobre la salud cognitiva), J5 recomendó ajustar la redacción del mito sobre demencia hereditaria para evitar que el lector asuma un control total sobre su aparición, y

sugirió incorporar mitos desde la perspectiva clínica. La observación fue aceptada parcialmente: se precisó que los factores modificables reducen el riesgo, sin afirmar que la prevención está garantizada. No se incorporaron mitos adicionales para evitar sobrecargar una sección que ya desarrolla cuatro.

En el ítem 8 (relevancia en el contexto colombiano), J2 señaló que la cartilla no especifica que está dirigida a población colombiana. Al revisar la cartilla se verificó que este aspecto ya estaba implementado en el apartado “¿Por qué esto es relevante en Colombia?”, que incluye datos de prevalencia del Ministerio de Salud y Protección Social (2023), barreras de acceso y factores socioeconómicos. J7 solicitó ejemplos concretos de dinámicas familiares y laborales del contexto colombiano. La observación no fue aceptada: estas dinámicas se abordan en la sección 4, por lo que incorporarlas aquí implicaría una duplicación del contenido.

En el ítem 9 (técnica anclaje sensorial 5-4-3-2-1), J5 recomendó sustituir “evaluar” por “explorar” o “reflexionar” en actividades que no corresponden a una evaluación formal. La observación fue aceptada y el título pasó de “Evalúe su salud cognitiva” a “Explore su salud cognitiva”. J6 señaló que la ubicación de la técnica de anclaje sensorial podría generar confusión sobre si forma parte del cuestionario o lo precede; al revisar la cartilla se verificó que este aspecto ya estaba implementado mediante una frase introductoria que la vincula como paso previo. J7 pidió una breve explicación sobre cuándo utilizar la técnica; al revisar la cartilla se verificó que este aspecto ya estaba implementado.

En el ítem 10 (cuestionario de autopercepción de salud cognitiva), J3 recomendó incluir al final del cuestionario una nota recordatoria que explique que la percepción de falla cognitiva aumenta con el estrés y la ansiedad, para evitar puntuaciones sesgadas en personas con alta sintomatología. La observación fue aceptada por su pertinencia clínica. J8 cuestionó si el

cuestionario tiene un propósito de medición o de autoconocimiento. La observación no fue aceptada: el cuestionario ya explicita que no existen respuestas buenas ni malas y que funciona como punto de partida para el reconocimiento personal.

Sección 3. Conozca sus Capacidades Cognitivas

En el ítem 11 (descripción de capacidades cognitivas), J5 cuestionó nuevamente si el término adecuado es “capacidades” o “procesos cognitivos”. Esta observación quedó cubierta con el ajuste terminológico aceptado en el ítem 1, donde se sustituyó “capacidades” por “funciones”.

En el ítem 12 (técnica atención plena), J2 preguntó por qué existe un apartado específico para la atención plena si ya se explicaron seis funciones cognitivas, y J5 señaló que no se evidencia una división clara entre la explicación teórica y el inicio de las actividades prácticas. Al revisar la cartilla se verificó que ambos aspectos ya estaban implementados: la atención plena se distingue explícitamente como entrenamiento de la capacidad de enfocarse, y un apartado introductorio marca la transición hacia la parte práctica. J8 sugirió incluir el término “mindfulness” junto a “atención plena”. La observación no fue aceptada, pues la cartilla está dirigida a población general colombiana sin formación en psicología, para quien “atención plena” resulta la expresión más accesible.

En el ítem 13 (ejercicios de estimulación cognitiva), J3 sugirió agregar un ejemplo resuelto para cada ejercicio y J6 solicitó una tabla resumen que vinculara cada uno con la función cognitiva que trabaja. Al revisar la cartilla se verificó que ambos aspectos ya estaban implementados: los ejercicios de mayor complejidad incluyen un ejemplo con personaje ficticio, cada ejercicio identifica la función que entrena y la sección introductoria lo explicita. J6 también

solicitó un ejercicio específico para memoria semántica; la observación fue aceptada y se precisó que el ejercicio 5 también entrena esta función. J7 y J10 señalaron la ausencia de una ruta de priorización ante la cantidad de ejercicios. Al revisar la cartilla se verificó que este aspecto ya estaba implementado mediante una orientación que promueve la variedad, la constancia y sesiones de entre 10 y 15 minutos, se aceptó parcialmente agregando un elemento gráfico para resaltar la importancia de ese apartado. Por último, J8 sugirió incorporar gimnasia cerebral como recurso complementario, en este aspecto, la observación no fue aceptada, dado que la sección 3 de la cartilla ya contempla un apartado exclusivo de estimulación cognitiva estructurada, compuesto por siete ejercicios específicos basados en evidencia para entrenar atención, memoria de trabajo, fluidez verbal y funciones ejecutivas. Adicionalmente, se priorizó evitar terminología comercial o comercialmente ambigua ajena al rigor científico del proyecto.

Sección 4. Lo que Afecta y lo que Protege su Salud Cognitiva:

En el ítem 15 (alimentación), J5 recomendó mencionar la importancia de consultar con un nutricionista, dado que no se conocen las condiciones de salud de quienes lean la cartilla. La observación fue aceptada por su pertinencia para la seguridad del lector.

En el ítem 16 (sueño), J3 sugirió identificar qué hábito de sueño tiene mayor impacto inicial para que la adopción de nuevos hábitos no genere sobrecarga. La observación fue aceptada. J4 señaló que la relajación muscular progresiva requiere la guía de un profesional. La observación no fue aceptada: la técnica fue diseñada para ser autoaplicada (Jacobson, 1938), la cartilla incluye instrucciones paso a paso y un código QR con guía de audio, además, se resalta que el material es una herramienta de promoción, no de intervención clínica.

En el ítem 17 (cambios hormonales), J3 indicó que el impacto de la niebla mental en la perimenopausia merecía una explicación más detallada; se aceptó e incorporó una descripción en términos cotidianos. J7 señaló que el contenido podría beneficiarse de un lenguaje más sencillo; se aceptó y se agregó una explicación breve de perimenopausia en su primera mención.

En el ítem 18 (estrés), J4 consideró suficiente una sola herramienta de respiración y sugirió reforzar el manejo del estrés con actividades de distracción. La observación no fue aceptada pues cada técnica cumple un propósito diferente: STOP para pausas rápidas, respiración diafragmática para estrés agudo y respiración cuadrada para concentración, y el enfoque de la cartilla privilegia técnicas de regulación emocional orientadas a la conciencia y el procesamiento de la experiencia. Las actividades de ocio como recurso para el manejo del estrés ya están contempladas en la sección de vida social. J5 cuestionó la generalización de la generación sándwich para personas sin hijos. Al revisar la sugerencia se evidencia que la cartilla ya incorporaba el término probabilístico dentro de la frase explicativa.

En el ítem 20 (emociones), J3 y J7 sugirieron simplificar el lenguaje para evitar confusiones. Al revisar la cartilla se verificó que este aspecto ya estaba implementado: los términos técnicos están explicados con definiciones sencillas y ejemplos cotidianos antes de la tabla de reestructuración. J6 pidió reducir las columnas de la tabla de reestructuración cognitiva. La observación no fue aceptada: las columnas de evidencia y alternativa constituyen el núcleo del proceso (Beck et al., 1979, como se citó en Puerta Polo y Padilla Díaz, 2011) y su eliminación desdibujaría la diferencia con el diario emocional, que cumple una función distinta.

En el ítem 21 (consumo de alcohol y tabaco), J7 señaló que podría profundizar en el consumo de alcohol como factor de riesgo en contextos sociales. La observación fue aceptada

parcialmente: se incorporó una pregunta en la autoevaluación que aborda este contexto sin extender la sección.

En el ítem 23 (tecnología y pantallas), J6 señaló que la sección de protección es breve comparada con la de riesgo y sugirió ampliar con ejemplos de uso activo de la tecnología; se aceptó e incorporaron ejemplos como podcasts educativos, cursos en línea, aplicaciones de idiomas y videollamadas. J7 indicó que la autoevaluación carece de criterios de interpretación; se aceptó y se agregó una nota orientadora.

En el ítem 24 (propósito vital), J6 pidió incluir un ejemplo diligenciado de la brújula de valores con un personaje ficticio. La observación no fue aceptada: un ejemplo previo puede anclar las respuestas del lector y limitar la reflexión genuina, además, la actividad ya cuenta con preguntas orientadoras para cada área de vida.

En el ítem 25 (determinantes sociales y balance de riesgos y protectores), J5 pidió precisar a qué tipo de consumo se refiere la tabla del balance; se aceptó y se especificó “CONSUMO (alcohol y tabaco)”. J6 solicitó incluir “propósito vital” en la tabla; al revisar la cartilla se verificó que este aspecto ya estaba implementado. J7 señaló que la tabla podría simplificarse; la observación no fue aceptada dado que ya emplea un formato sencillo de tres columnas. J8 sugirió incluir un balance de riesgos y factores protectores; al revisar la cartilla se verificó que este aspecto ya estaba implementado, pues es precisamente lo que la tabla presenta.

Sección 5. Mis Recursos para el Cambio

En el ítem 26, J6 sugirió agregar una pregunta final que permitiera al lector identificar qué estrategias empleadas en situaciones pasadas podría aplicar en el presente, convirtiendo el reconocimiento de logros en un recurso accionable. La observación fue aceptada.

Sección 6. Señales de Alerta

En el ítem 28 (cambios cognitivos normales vs. señales que requieren atención profesional), J7 sugirió incluir una nota aclaratoria para reducir la ansiedad anticipatoria que la tabla pudiera generar. La observación fue aceptada: se incorporó una nota que enfatiza que la presencia de señales de alerta indica la conveniencia de consultar con un profesional para identificar factores que puedan estar influyendo en el rendimiento, manteniendo el enfoque de promoción sin hacer referencia a diagnósticos específicos.

En el ítem 29 (semáforo de salud cognitiva), J6 señaló que la herramienta solo orienta a quienes obtienen resultado amarillo o rojo y sugirió agregar un mensaje motivacional para el resultado verde. Se aceptó la observación.

En el ítem 30 (resolución de problemas), J6 indicó que la conexión de la técnica de resolución de problemas con la salud cognitiva no es explícita al inicio. La observación fue aceptada parcialmente: se incorporó una frase introductoria que vincula la técnica con las preocupaciones derivadas de la identificación de señales de alerta y la amplía a situaciones de la vida cotidiana.

En el ítem 31 (su entorno como aliado), J5 pidió especificar el parentesco de la persona identificada como red de apoyo para facilitar la valoración del nivel de ayuda real. La observación fue aceptada parcialmente: se agregó el campo de parentesco o relación sin limitarlo a categorías específicas.

Sección 7. Plan de Acción Personal

En el ítem 33 (técnica imaginería), J6 sugirió especificar con qué frecuencia se recomienda practicar la imaginería antes de pasar al contrato conductual. Al revisar la cartilla se

verificó que este aspecto ya estaba implementado: las instrucciones indican “Léalo cada noche durante una semana” y “Cuando se sienta listo/a, pase a la planificación concreta.”

En el ítem 36 (autoevaluación de progreso), J6 sugirió agregar una nota final que invite al lector a regresar a la cartilla periódicamente, normalizando que el cuidado cognitivo es un proceso continuo y no un evento único. Se aceptó la observación.

Sección 8. Recursos y Contactos

En el ítem 37 (líneas de atención en Colombia y orientación sobre dónde buscar ayuda profesional), J5 sugirió ampliar la descripción de psiquiatría para no limitarla al manejo farmacológico y reflejar su abordaje integral en salud mental; la observación fue aceptada. J6 recomendó verificar la vigencia de los números de teléfono antes de la publicación; se aceptó como acción operativa. J8 sugirió incluir la Línea Calma para hombres (018000 423 614); la observación fue aceptada por su coherencia con el enfoque del material.

En el ítem 39 (recursos para profundizar), J5 recomendó agregar enlaces relacionados con emociones y prevención, dado que la cartilla aborda extensamente estos temas desde la psicología clínica; la observación fue aceptada. J6 recomendó verificar la accesibilidad de todos los URLs antes de la publicación; se aceptó como acción operativa. J8 sugirió incluir un párrafo que enmarque la cartilla en coherencia con la Ley 1616 de 2013, la Ley 2460 de 2025 y la Política Nacional de Salud Mental 2024-2033; la observación fue aceptada.

Elementos Complementarios:

En el ítem 41 (glosario de términos), J5 señaló que el término deterioro cognitivo no está incluido en el glosario pese a mencionarse en la cartilla, y que salud mental y estrés tampoco figuran pese a abordarse extensamente. La observación fue aceptada parcialmente, se identificó

que deterioro cognitivo ya se encuentra definido, se ajustó su descripción al lenguaje de funciones cognitivas, según las sugerencias previas y se incorporaron los otros dos términos: estrés y salud mental. J6 pidió incluir “apnea del sueño” y “velocidad de procesamiento”. La observación fue aceptada parcialmente: se incorporó velocidad de procesamiento, que aparece en la sección de señales de alerta sin definición, pero no apnea del sueño, dado que la cartilla no menciona ni desarrolla este concepto.

En el ítem 42 (referencias bibliográficas), J6 identificó una inconsistencia en formato APA: el texto cita “Yeap y Flicker, 2022” mientras que las referencias incluyen únicamente “Yeap, B. B. (2022)” sin el segundo autor. La observación fue aceptada y se corrigió la cita. J6 también recomendó verificar que todos los URLs estuvieran activos; se aceptó como acción operativa previa a la publicación.

En total, se tabularon 62 observaciones accionables que fueron analizadas por los investigadores según su pertinencia y aplicabilidad. La matriz de síntesis que recopila de manera ordenada la identificación del ítem, el juez experto, la observación textual y la decisión metodológica adoptada se encuentra estructurada en el [anexo 7](#).

La Tabla 7 presenta la distribución de las 62 observaciones accionables según la decisión adoptada por los investigadores.

Tabla 7
Resumen por decisión

Decisión	Cantidad	Porcentaje
Aceptar	27	43.5%
Aceptar parcialmente	6	9.7%

No aceptar	11	17.7%
Ya implementado	17	27.4%
Cubierto por otro ajuste	1	1.6%
Total	62	100%

Nota. Elaboración propia. Los porcentajes fueron redondeados a un decimal, por lo que la suma puede diferir ligeramente del 100%

Los 33 ajustes aceptados (total y parcialmente) se integraron en la versión final de la cartilla. Los 17 aspectos clasificados como ya implementados evidencian que la cartilla anticipó necesidades identificadas por los jueces. Las 11 observaciones no aceptadas se sustentaron en la fundamentación teórica del proyecto, en el alcance promocional de la cartilla, en la coherencia con las decisiones metodológicas o en la ausencia del concepto en el contenido del material.

Adicionalmente, 10 de los 42 ítems evaluados (ítems 7, 14, 19, 22, 27, 32, 34, 35, 38 y 40) no recibieron observaciones accionables, lo que indica que los jueces los consideraron adecuados sin necesidad de ajuste.

Valoración General

En la valoración general del instrumento, los 10 jueces coincidieron en que la cartilla aborda de manera adecuada la promoción de la salud cognitiva en adultos de 40 a 50 años, destacando su enfoque integral sobre factores biológicos, psicológicos y sociales (J1, J3, J9, J10), la contextualización al entorno colombiano (J1, J6, J10), el abordaje biopsicosocial que trasciende la estimulación cognitiva aislada (J3) y la solidez del sustento teórico con referencias actualizadas (J6, J10).

Respecto al modelo DPPPS, los 10 jueces valoraron que la escalera de peldaños facilita la comprensión y el recorrido del lector, reconociendo su progresión lógica y motivacional (J1, J3, J9), su función como hilo conductor que otorga coherencia estructural (J6) y su capacidad para reducir la sensación de sobrecarga ante el volumen del contenido (J3, J10). J8 sugirió retirar el “no” de la pregunta “¿Lo hago o no?” en el último peldaño para mantener un tono orientado a la acción.

En cuanto a las técnicas de psicología clínica, los 10 jueces las consideraron accesibles y aplicables, valorando las instrucciones paso a paso con ejemplos cotidianos (J1, J10), la adaptación de conceptos complejos a instrucciones procedimentales simples (J3), la inclusión de códigos QR para versiones guiadas (J6) y la selección pertinente y diversa de técnicas (J10).

Sobre el nivel de lenguaje, los 10 jueces lo consideraron apropiado para la población objetivo, señalando que el tono es empático y profesional sin recurrir a jerga médica (J3), que los términos técnicos están acompañados de definiciones o ejemplos inmediatos (J6) y que el lenguaje es respetuoso y no condescendiente (J10). J5 recomendó mejorar la precisión en algunos términos, particularmente la distinción entre “capacidades” y “funciones cognitivas”.

Respecto a la disposición para el uso con la población objetivo, nueve jueces consideraron que la cartilla está lista con ajustes menores (J2, J3, J4, J5, J6, J7, J8, J10) y uno la consideró lista sin condiciones (J9). Ningún juez señaló la necesidad de ajustes sustanciales.

Entre las sugerencias de elementos no incluidos, cuatro jueces (J1, J6, J7, J9) plantearon incorporar herramientas digitales para la estimulación cognitiva y el aprendizaje continuo como factor protector de la reserva cognitiva. J10 sugirió mencionar el impacto del duelo y las pérdidas en la cognición, dado que esta etapa frecuentemente implica pérdidas de roles, relaciones y el

efecto de condiciones crónicas de dolor. J1 propuso profundizar en la relación entre salud cognitiva e hipertensión, diabetes y obesidad.

Estas sugerencias se consideran oportunidades de enriquecimiento para versiones futuras de la cartilla y se pueden observar en el anexo 8, en donde se evidencia la recopilación de las observaciones de los jueces ante la valoración general.

Análisis de resultados

Los resultados obtenidos en la validación de contenido de la cartilla “Guía práctica para una mente activa después de los 40” se analizaron a continuación en tres ejes: la interpretación de los indicadores cuantitativos de validez, la integración entre las evidencias cuantitativas y las observaciones cualitativas de los jueces, y la contrastación de los hallazgos con el objetivo del proyecto y el marco teórico que sustenta la cartilla. Este análisis buscó establecer el alcance de la validez obtenida, identificar los aportes para las evidencias del producto y reconocer las limitaciones del estudio y las líneas de trabajo futuras.

Primer Eje: Interpretación de los Indicadores Cuantitativos

Los resultados de la validación de contenido evidencian un alto nivel de acuerdo entre los jueces en los cuatro criterios evaluados. El criterio de suficiencia, evaluado a nivel de sección, obtuvo un CVI de 1.00, lo que indica que los 10 jueces consideraron que los elementos de cada una de las nueve unidades evaluadas son suficientes para abordar sus respectivos objetivos. Este resultado respalda la estructura de la cartilla organizada en ocho secciones bajo el modelo DPPPS de Flórez Alarcón (2007) como un recorrido progresivo y completo para la promoción de la salud cognitiva.

Los criterios de claridad (CVI = 0.9952), coherencia (CVI = 1.00) y relevancia (CVI = 0.9857), evaluados por ítem, superaron el punto de corte de CVR ≥ 0.62 establecido por Lawshe (1975). La totalidad de los 42 ítems muestran evidencia de validez en los cuatro criterios. Estos valores son consistentes con los estándares reportados en la literatura para instrumentos y materiales con validez de contenido adecuada (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008).

Del total de 135 valoraciones individuales realizadas en los criterios de claridad, coherencia y relevancia (42 ítems \times 3 criterios + 9 secciones en suficiencia = 135), únicamente cuatro presentaron al menos un juez en desacuerdo (puntuación de 2): el ítem 5 (neuroplasticidad y reserva cognitiva) en claridad, el ítem 6 (mitos sobre la salud cognitiva) en relevancia, el ítem 16 (sueño) en relevancia y el ítem 18 (estrés) en relevancia. En los cuatro casos el CVR fue de 0.80, lo que indica que 9 de los 10 jueces valoraron favorablemente el ítem. Estos resultados sugieren que los desacuerdos fueron puntuales y no representan debilidades estructurales del contenido.

La unanimidad en coherencia (CVI = 1.00) indica que los jueces reconocieron una articulación lógica entre cada elemento y la sección a la que pertenece, así como con el propósito general de la cartilla. Este hallazgo es consistente con la decisión de diseño de estructurar la cartilla bajo un modelo teórico unificado que otorga coherencia a la progresión del contenido.

Segundo Eje: Integración entre las Evidencias Cuantitativas y las Observaciones Textuales

Un hallazgo relevante del proceso de obtención de evidencias de validación es que, pese a que el 100% de los ítems superó el punto de corte en los cuatro criterios evaluados, los jueces registraron un total de 62 observaciones accionables a lo largo del instrumento. Este resultado evidencia la complementariedad entre el análisis cuantitativo y la retroalimentación cualitativa

en los procesos de validación de contenido, pues los indicadores numéricos confirman que el material cumple los criterios de validez, mientras que las observaciones permiten perfeccionar un producto que ya ha sido avalado por el panel de expertos.

Del total de observaciones, el 43.5% (n = 27) fue aceptado, el 9.7% (n = 6) fue aceptado parcialmente y el 17.7% (n = 11) no fue aceptado con justificación sustentada en la fundamentación teórica del proyecto, el alcance promocional de la cartilla o la coherencia con las decisiones metodológicas. El 27.4% (n = 17) correspondió a aspectos que ya se encontraban implementados en la cartilla y el 1.6% (n = 1) quedó cubierto por otro ajuste.

Los 33 ajustes aceptados se orientaron principalmente en tres direcciones. La primera fue la precisión conceptual y terminológica, como la sustitución de “capacidades cognitivas” por “funciones cognitivas” para evitar interpretaciones erróneas en la población objetivo, la explicación del acrónimo DPPPS en su primera mención y la descripción de la perimenopausia en términos cotidianos. La segunda dirección fue el fortalecimiento de la orientación al lector, mediante la inclusión de una nota sobre la influencia del estrés en la percepción de fallas cognitivas, la clasificación del hábito de sueño con mayor impacto inicial, la incorporación de criterios de interpretación en la autoevaluación de tecnología y la adición de un mensaje motivacional para el resultado verde del semáforo de salud cognitiva. La tercera fue la ampliación de recursos, incluyendo la Línea Calma para hombres, la ampliación de la descripción de psiquiatría, la incorporación de enlaces sobre regulación emocional y la inclusión de un párrafo de marco normativo.

Las 11 observaciones no aceptadas se sustentan en criterios definidos. Cinco corresponden a sugerencias que excedían el alcance del proyecto o no eran coherentes con su fundamentación teórica, como la inclusión de gimnasia cerebral, la sugerencia de que la

relajación muscular progresiva requiere un profesional para su aplicación o la propuesta de reducir las técnicas de respiración a una sola. Tres corresponden a aspectos que no requerían ajuste dada la coherencia interna del material, como la pregunta sobre la delimitación poblacional entre 40 y 50 años o el cuestionamiento sobre si el cuestionario de autopercepción es de medición o de autoconocimiento. Las tres restantes fueron desestimadas por ausencia del concepto en el contenido de la cartilla, por riesgo de sesgar la reflexión del lector o por evitar la redundancia entre secciones.

Los ítems que presentaron desacuerdo cuantitativo (5, 6, 16 y 18) coincidieron con los ítems que recibieron observaciones cualitativas de los jueces que los calificaron con puntuación de 2. En el ítem 5, J5 señaló falta de división clara entre neuroplasticidad y reserva cognitiva, aspecto que al revisar la cartilla se verificó como ya implementado mediante recuadros diferenciados visualmente. En el ítem 6, J8 no dejó observación accionable que respaldara su calificación. En los ítems 16 y 18, J4 expresó consideraciones sobre la necesidad de dirección profesional para la relajación muscular progresiva y la suficiencia de una sola técnica de respiración, observaciones que no fueron aceptadas por las razones expuestas. Esta correspondencia entre los valores cuantitativos más bajos y las observaciones individuales de los jueces confirma la utilidad de integrar ambos tipos de análisis para una interpretación completa de los resultados.

Adicionalmente, 10 de los 42 ítems evaluados no recibieron observaciones accionables de ningún juez, lo que indica que fueron considerados adecuados sin necesidad de ajuste. Estos ítems se distribuyeron en las secciones 1, 2, 4, 5 y 7, abarcando tanto contenidos informativos como actividades prácticas y elementos complementarios.

Tercer Eje: Contratación con el Objetivo del Proyecto y el Marco Teórico

El objetivo del presente proyecto fue diseñar y validar una cartilla fundamentada en la psicología clínica para la promoción de la salud cognitiva en adultos de 40 a 50 años en el contexto colombiano. Los resultados obtenidos permiten afirmar que la cartilla mostró evidencias de validez de contenido en los cuatro criterios evaluados, con índices que oscilaron entre 0.9857 y 1.00, superando ampliamente el punto de corte de $CVR \geq 0.62$ establecido por Lawshe (1975)

La valoración general de los jueces respalda este hallazgo. Los 10 jueces coincidieron en que la cartilla aborda de manera adecuada la promoción de la salud cognitiva, que el modelo DPPPS facilita la comprensión y el recorrido del lector, que las técnicas de psicología clínica están presentadas de forma accesible y aplicable y que el nivel de lenguaje es apropiado para la población objetivo. Nueve jueces consideraron que la cartilla está lista para su uso con ajustes menores y un juez la consideró lista sin condiciones. Ningún juez consideró que requiriera ajustes sustanciales.

La adopción del modelo DPPPS de Flórez Alarcón (2007) como eje estructurante fue valorada positivamente por la totalidad del panel. Los jueces reconocieron que la metáfora de la escalera organiza el contenido de manera progresiva, facilita la adherencia del lector y reduce la sensación de sobrecarga ante el volumen del material. Este resultado es coherente con la propuesta del modelo, que identifica las barreras psicológicas que las personas deben superar antes de adoptar una conducta saludable y estructura las intervenciones en etapas que van desde la información hasta la acción. La validez obtenida en el criterio de coherencia ($CVI = 1.00$) confirma que los jueces reconocieron esta articulación entre el modelo teórico y la organización del contenido.

Las técnicas de psicología clínica integradas en la cartilla recibieron valoraciones favorables por su accesibilidad y aplicabilidad. El panel destacó la adaptación de técnicas de alta complejidad a instrucciones procedimentales simples (J3), la inclusión de códigos QR para versiones guiadas (J6) y la diversidad y pertinencia de la selección de técnicas (J10). Este resultado es consistente con la evidencia que respalda la efectividad de las técnicas incluidas: la atención plena para la concentración y la regulación emocional (Calderone et al., 2024), la reestructuración cognitiva para la modificación de pensamientos automáticos (Beck et al., 1979, como se citó en Puerta Polo y Padilla Díaz, 2011), la relajación muscular progresiva para la reducción de la tensión y la facilitación del sueño (Luo et al., 2024), la respiración diafragmática para la reducción del estrés fisiológico (Ma et al., 2017), la escritura expresiva para el procesamiento emocional (Pennebaker, 1997), la intención de implementación para la traducción de intenciones en acciones (Gollwitzer, 1999) y la imaginación mental para la anticipación de conductas de salud (Conroy y Hagger, 2018).

La contextualización al entorno colombiano fue reconocida como una fortaleza del material. Los jueces valoraron la inclusión de datos del Ministerio de Salud y Protección Social (2023), las referencias a las barreras de acceso al sistema de salud, los determinantes sociales y la mención de la Ley 2460 de 2025. Este resultado responde a la justificación del proyecto, que identificó la escasez de materiales accesibles y culturalmente pertinentes para la promoción de la salud cognitiva en Colombia (Alarcón Garavito et al., 2023).

Discusión

Fundamentación Conceptual de la Salud Cognitiva y su Relevancia en la Adulthood Media

La salud cognitiva constituye un componente esencial del bienestar integral, definida como la capacidad de pensar, aprender, recordar y tomar decisiones con claridad para responder

efectivamente a las demandas cotidianas (NIA, 2024). Asimismo, se enfatiza que la adultez media, y en particular el rango comprendido entre los 40 y 50 años, representa la ventana de mayor potencial preventivo, dado que los factores de riesgo modificables son susceptibles de intervención antes de que los efectos acumulativos se manifiesten clínicamente (Gandy et al., 2017; Livingston et al., 2024). Por ello, la cartilla en la sección 2, aborda de manera concreta la definición de salud cognitiva, entendida no solo como la preservación de la memoria sino como el funcionamiento integral de todos los procesos cognitivos, y resalta la relevancia de este periodo vital, presentando los conceptos de neuroplasticidad y reserva cognitiva como mecanismos centrales sobre los que la persona puede incidir de forma activa. Respondiendo directamente a la premisa teórica de que informar a las personas sobre el potencial de cambio de su propio cerebro constituye el primer peldaño motivacional imprescindible antes de proponer cualquier modificación conductual (Flórez Alarcón, 2007), evidenciando a su vez en la cartilla una interrelación documentada que prepara al lector para abordar el resto del material desde una postura de cuidado hacia sí mismo en lugar de desde la exigencia.

Modelo DPPPS: la Escalera del Bienestar Cognitivo

En esta sección se ubica la psicología de la salud como un eje articulador de las intervenciones, señalando que el cambio conductual no se produce por exposición a la información, sino que requiere que la persona atraviese etapas diferenciadas, como, por ejemplo: evaluar la intención, planificar la acción, ejecutarla con autocontrol y sostenerla en el tiempo (Flórez Alarcón, 2007). Por eso, la cartilla aborda el modelo de la Dimensión Psicológica de la Promoción y Prevención en Salud (DPPPS) como estructura principal, materializándolo en la metáfora de la escalera del bienestar cognitivo. Cada peldaño responde a una pregunta motivacional distinta, de manera que el avance del lector no es lineal en contenidos sino

progresivo en disposición al cambio. Esta estructura garantiza que las herramientas no se presenten descontextualizadas de la etapa motivacional en la que cada persona puede encontrarse, lo cual es coherente con la evidencia que indica que exigir compromisos de acción antes de que el sujeto haya evaluado su disposición genera resistencia y abandono (Gollwitzer, 1999).

Funciones Cognitivas

La salud cognitiva se entiende como un sistema que abarca seis funciones como lo son: orientación, atención, memoria, lenguaje, habilidades visoespaciales y funciones ejecutivas, cada uno con subcomponentes diferenciados e interconectados (Bufano et al., 2024; Harvey, 2019; Portellano, 2005). Esta sección emplea un lenguaje funcional y cotidiano, ilustrando cada función con ejemplos de la vida diaria, como, por ejemplo: cocinar, conducir, recordar nombres, seguir instrucciones, que permiten al lector reconocer sus propias capacidades en lugar de percibir los conceptos como abstractos o clínicos

Adicionalmente, se evidencia que, aunque estas funciones son susceptibles a los cambios propios de la edad, pueden modificarse mediante estimulación cognitiva, aprendizaje continuo y hábitos saludables que favorecen la neuroplasticidad (Cuenca Sánchez y Castillo Maldonado, 2024; Navakkode y Kennedy, 2024), razón por la cual se plantean siete ejercicios de estimulación cognitiva que activan las funciones cognitivas.

Factores de Riesgo y Protección para la Salud Cognitiva

Más del 40% de los casos de demencia podrían prevenirse o retrasarse mediante la intervención oportuna sobre factores de riesgo modificables (Livingston et al., 2024). Esta evidencia constituye el fundamento estructural de la Sección 4, ya que organiza su contenido en torno a diez factores presentados mediante la comparativa Riesgo/Protección. La decisión de

contrastar los factores de riesgo y factores protectores responde al principio de que las personas necesitan percibir que el cambio es posible y que las consecuencias positivas de actuar son alcanzables para comprometerse con conductas saludables (Flórez Alarcón, 2007). Es importante resaltar la inclusión de la generación sándwich como subcategoría del estrés, dado que las personas de 40 a 50 años frecuentemente enfrentan la sobrecarga simultánea de cuidar hijos adolescentes y padres que envejecen, lo que produce niveles elevados de agotamiento y síntomas depresivos (Fenstermacher et al., 2022). Que la cartilla nombre este fenómeno con precisión no es un detalle menor, pues esto responde a la necesidad de que la población se reconozca en el material, y lo relacione con su cotidianidad para así ejecutar estrategias de cambio.

Recursos para el Cambio

Se identifica la autoeficacia como un factor especialmente relevante para la promoción de la salud cognitiva en la adultez media, señalando que las personas con mayor autoeficacia percibida presentan mayor adherencia a conductas saludables, son más persistentes ante las dificultades y mantienen mayor compromiso con sus metas (Bandura, 1997, como se citó en Aldana y Barraza, 2020). La evidencia establece además que una fuente primaria de autoeficacia son los logros personales anteriores, pues el recuerdo de haber superado dificultades previas incrementa la confianza en la capacidad de enfrentar nuevos desafíos (Bandura, 1997). Por esta razón, esta sección propone el reconocimiento de logros como ejercicio estructurado, donde el lector identifica situaciones en las que ha demostrado persistencia, creatividad y capacidad de adaptación. Este ejercicio cumple la función psicológica precisa de activar la autoeficacia percibida antes de que el lector se comprometa con los cambios concretos en la sección 7, fortaleciendo la transición del peldaño de confiar en su capacidad al de decidir y actuar en el modelo DPPPS (Flórez Alarcón, 2007). La sección 5 no se limita al reconocimiento de logros,

sino que invita al lector a identificar también sus intereses y habilidades actuales como recursos disponibles para diseñar cambios que se ajusten a lo que ya disfruta y a lo que ya sabe hacer. Esta personalización de las herramientas, fundamentada en la teoría de la autodeterminación, aumenta la probabilidad de que los cambios adoptados sean internamente motivados y, por tanto, más duraderos en el tiempo (Ng et al., 2012).

Señales de Alerta

En este apartado se distingue entre los cambios cognitivos normales asociados al envejecimiento, como la mayor lentitud para aprender información nueva o la dificultad ocasional para encontrar palabras, y las señales que requieren evaluación profesional, como la repetición de preguntas, la desorientación en lugares conocidos o los cambios marcados de ánimo sin causa aparente (Lachman et al., 2014; NIA, 2024). Esta distinción es clínicamente relevante en la adultez media porque la normalización indiscriminada de los cambios cognitivos puede llevar a subestimar señales tempranas de deterioro, mientras que la patologización de cambios normales puede generar ansiedad innecesaria y conductas de evitación. Por eso, la sección 6 de la cartilla presenta un cuadro comparativo sistematizado por dominio cognitivo, atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, habilidades visoespaciales, orientación y comportamiento, que diferencia explícitamente los cambios esperados de las señales que requieren atención profesional. De igual manera, es importante resaltar que el entorno social actúa como recurso protector de la salud cognitiva, y que las personas cercanas frecuentemente detectan cambios que el propio individuo no percibe (House, 1981), por ende, esta estrategia responde al principio de la psicología de la salud que señala que el apoyo social percibido aumenta la adherencia a las conductas protectoras y reduce la resistencia a buscar ayuda profesional (Papalia, 2012).

Plan de Acción Personal

Es importante señalar que la intención de cambio no es suficiente para producir conductas saludables sostenidas; es necesario que la persona planifique de forma específica cuándo, dónde y cómo actuará, anticipando los obstáculos y definiendo las respuestas ante ellos (Gollwitzer, 1999). Asimismo, el ensayo cognitivo, la visualización mental detallada de la ejecución de una conducta antes de realizarla, aumenta la autoeficacia, reduce las barreras cognitivas y fortalece la intención de cambio al hacer la conducta psicológicamente más familiar y accesible (Conroy y Hagger, 2018). Por eso, esta sección propone la imaginación o visualización guiada como primer paso del plan de acción, invitando al lector a escribir un relato detallado sobre cómo se imagina ejecutando el cambio que desea realizar, antes de comprometerse formalmente con él. Esta secuencia, permite primero visualizar, luego planificar, finalmente comprometerse, siguiendo así la lógica del modelo DPPPS en su momento de planificación y ejecución (Flórez Alarcón, 2007).

De igual manera la cartilla incluye la intención de implementación Si-Entonces como herramienta articulada con la visualización previa, y la culmina con el contrato consigo mismo como acuerdo escrito que establece compromisos diferenciados a corto, mediano y largo plazo. El contrato conductual, fundamentado en la TCC (Labrador Encinas, 2008), no solo externaliza la intención en un documento que incrementa la responsabilidad personal, sino que incluye explícitamente la invitación a otra persona del entorno para que acompañe el proceso, conectando así el compromiso individual con la red de apoyo.

Recursos Profesionales y Contexto Normativo Colombiano

En Colombia las barreras de acceso al sistema de salud, la desigualdad económica y la falta de programas preventivos estructurados limitan el cuidado oportuno de la salud cognitiva

(Alarcon Garavito et al., 2023; Ministerio de Salud y Protección Social, 2024). Frente a esto, la cartilla concluye informando al lector sobre sus derechos y los recursos disponibles, incluyendo las líneas de atención en crisis, las vías de acceso a servicios especializados como neuropsicología, neurología y psiquiatría, y la novedad normativa de la Ley 2460 de 2025, que permite solicitar cita directamente con psicología sin remisión previa de medicina general. Esta información transforma el material de una herramienta de autocuidado en un puente hacia el sistema de salud.

Conclusiones

En relación con el primer objetivo específico, se diseñó una cartilla de 70 páginas estructurada en ocho secciones bajo el modelo DPPPS de Flórez Alarcón (2007), que integra información sobre factores de riesgo y protectores de la salud cognitiva, técnicas de psicología clínica con respaldo empírico y estrategias prácticas de autocuidado dirigidas a adultos de 40 a 50 años en el contexto colombiano. La cartilla incorpora 13 técnicas y herramientas de la psicología clínica, siete ejercicios de estimulación cognitiva, actividades de autoevaluación y planificación, señales de alerta con orientación para la consulta profesional y recursos de atención disponibles en Colombia. El diseño responde a la necesidad identificada en la revisión de literatura sobre la escasez de materiales accesibles, culturalmente pertinentes y fundamentados en la psicología clínica para la promoción de la salud cognitiva en la adultez media.

En relación con el segundo objetivo específico, se determinaron las evidencias de validez de contenido de la cartilla mediante el juicio de un panel de 10 expertos, aplicando el método de Lawshe (1975). Los resultados dieron evidencias de validez de contenido, dado que el 100% de

los ítems superó el punto de corte ($CVR \geq 0.62$) en los cuatro criterios evaluados, con índices de validez de contenido de 1.00 en suficiencia y coherencia, 0.9952 en claridad y 0.9857 en relevancia. Los 10 jueces coincidieron en que la cartilla aborda adecuadamente la promoción de la salud cognitiva, que el modelo DPPPS facilita la comprensión del lector, que las técnicas están presentadas de forma accesible y que el lenguaje es apropiado para la población objetivo. Nueve jueces la consideraron lista para su uso con ajustes menores y ninguno consideró que requiriera ajustes sustanciales.

En respuesta a la pregunta de investigación, las evidencias de validez de contenido de la cartilla se sustentan en tres fuentes complementarias: los indicadores cuantitativos de CVR que demuestran acuerdo entre los jueces en los criterios de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia; las observaciones cualitativas que confirman la pertinencia del contenido y orientaron ajustes específicos; y la valoración general que avala la cartilla como una herramienta adecuada para la promoción de la salud cognitiva en la población objetivo.

Recomendaciones

Se recomienda la realización de un estudio piloto con adultos de 40 a 50 años que permita evaluar la comprensibilidad del lenguaje, la usabilidad de las actividades prácticas, la aceptabilidad del diseño visual y la percepción de utilidad del material por parte de la población objetivo.

Se sugiere explorar la adaptación de la cartilla a formatos digitales interactivos que incorporen las sugerencias de los jueces sobre herramientas tecnológicas para la estimulación cognitiva, así como el desarrollo de versiones ajustadas para poblaciones con menor nivel educativo, considerando las observaciones del panel sobre la extensión del material.

Se recomienda considerar la inclusión de temas como el impacto del duelo y las pérdidas en la cognición, el dolor crónico y la profundización en la relación entre salud cognitiva y condiciones médicas como la hipertensión, la diabetes y la obesidad, aspectos señalados por los jueces como oportunidades de enriquecimiento para futuras versiones.

Se sugiere que futuras investigaciones evalúen la efectividad de la cartilla mediante diseños pre-post que permitan medir cambios en conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado cognitivo en la población objetivo, así como la sostenibilidad de los cambios conductuales a mediano y largo plazo.

Finalmente, se recomienda que las instituciones de educación superior y las entidades del sistema de salud en Colombia consideren la cartilla como un recurso complementario en programas de promoción de la salud mental y cognitiva dirigidos a la adultez media, en coherencia con los lineamientos de la Ley 1616 de 2013, la Ley 2460 de 2025 y la Política Nacional de Salud Mental 2024-2033.

Limitaciones de la cartilla

Frente a las limitaciones se evidencia en primer lugar, que la validación realizada corresponde a una validación de contenido mediante juicio de expertos, lo cual constituye una condición necesaria pero no suficiente para garantizar la efectividad del material con la población objetivo. Los jueces evaluaron la pertinencia, claridad, coherencia, suficiencia y relevancia del contenido desde su experticia profesional, pero esta evidencia no permite afirmar que la cartilla sea efectiva en la modificación de conocimientos, actitudes o conductas de autocuidado cognitivo en adultos de 40 a 50 años.

En segundo lugar, es importante precisar que la cartilla fue diseñada como una herramienta de promoción de la salud cognitiva y no como un instrumento de evaluación, diagnóstico, ni intervención clínica. Las actividades de autopercepción incluidas tienen un propósito de autoconocimiento y reflexión personal, y sus resultados no deben interpretarse como indicadores clínicos del estado cognitivo del lector. En este mismo sentido, la cartilla no reemplaza la atención profesional en salud: las técnicas están adaptadas para su autoaplicación en un contexto de promoción de la salud cognitiva, pero ante la presencia de sintomatología clínica significativa o señales de alerta persistentes, el lector debe consultar con un profesional. Esta distinción se explicita a lo largo del documento y forma parte del enfoque ético con el que fue concebido el material.

En tercer lugar, el material fue diseñado para adultos con un nivel educativo que les permita la lectura autónoma de textos extensos. Personas con bajo nivel de escolaridad o con dificultades de comprensión lectora podrían requerir acompañamiento para su uso, lo cual limita el alcance poblacional de la cartilla en su formato actual. Esta consideración abre la puerta a futuras versiones adaptadas que respondan a perfiles de menor escolaridad, ampliando así el impacto del material en poblaciones con mayores barreras de acceso.

En cuarto lugar, el contenido fue contextualizado para Colombia, incorporando datos epidemiológicos del Ministerio de Salud y Protección Social, líneas de atención disponibles en el territorio nacional, normatividad vigente y referencias culturales colombianas. Su aplicación en otros contextos requeriría una adaptación de estos elementos para garantizar tanto la pertinencia cultural como la vigencia de los recursos proporcionados, por lo que no puede asumirse su transferibilidad directa a otras realidades sin un proceso de revisión y ajuste.

Finalmente, la cartilla no incorpora herramientas digitales interactivas para la estimulación cognitiva, aspecto señalado por cuatro de los diez jueces durante el proceso de validación. Su formato actual es estático, lo que limita las posibilidades de seguimiento del progreso del lector y la actualización dinámica de contenidos y recursos. Esta limitación representa, al mismo tiempo, una oportunidad concreta para versiones futuras que exploren formatos digitales capaces de enriquecer la experiencia del usuario y ampliar el alcance del material en entornos donde el acceso a recursos impresos es reducido.

Referencias

Alarcón Garavito, G. A., Burgess, R., Dedios Sanguinetti, M. C., Peters, L. E. R., y Vera San

Juan, N. (2023). Mental health services implementation in Colombia—A systematic review. *PLOS Global Public Health*, 3(12), e0001565.

<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001565>

Aldana, S. M., y Barraza Macías, A. (2020). *Autoeficacia académica en estudiantes del área de ciencias de la salud: Un estudio comparativo*. Universidad Pedagógica de Durango.

Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Balban, M. Y., Neri, E., Kogon, M. M., Weed, L., Nourber, B., Jo, B., Holl, G., Zeitzer, J. M., Spiegel, D., y Huberman, A. D. (2023). Brief structured respiration practices enhance mood and reduce physiological arousal. *Cell Reports Medicine*, 4(1), 100895.

<https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2022.100895>

Bathina, S., y Das, U. N. (2015). Brain-derived neurotrophic factor and its clinical implications.

Archives of medical science: AMS, 11(6), 1164–1178.

<https://doi.org/10.5114/aoms.2015.56342>

Bloomberg, M., Muniz-Terrera, G., y Brocklebank, L. (2024) Healthy lifestyle and cognitive decline in middle-aged and older adults residing in 14 European countries. *Nature Communications*, 15, 5003.

<https://doi.org/10.1038/s41467-024-49262-5>

Broche Pérez, Y. (2018). Dimensiones para la promoción de la salud cognitiva y prevención de demencias. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(1), 153-165.

<https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n1/153-165/>

Bufano, P., Di Tecco, C., Fattori, A., Barnini, T., Comotti, A., Ciocan, C., Ferrari, L., Mastorci, F., Laurino, M., y Bonzini, M. (2024). The effects of work on cognitive functions: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 15, 1351625.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1351625>

Burger, F., Neerinx, M. A., y Brinkman, W.-P. (2022). Using a conversational agent for thought recording as a cognitive therapy task: Feasibility, content, and feedback. *Frontiers in Digital Health*, 4, 930874.

<https://doi.org/10.3389/fdgth.2022.930874>

Caballero Palencia, M. P., y Rodríguez Estrella, D. A. (2026). Impacto del estrés crónico en la aparición de trastornos de ansiedad en población adulta: implicaciones clínicas en psiquiatría. *Star of Sciences Multidisciplinary Journal*, 3(1), 1-14.

<https://doi.org/10.63969/ejyvd173>

Calderone, A., Latella, D., Impellizzeri, F., de Pasquale, P., Famà, F., Quartarone, A., y Calabrò, R. S. (2024). Neurobiological changes induced by mindfulness and meditation: A

systematic review. *Biomedicines*, 12(11), 2613.

<https://doi.org/10.3390/biomedicines12112613>

Carbone, E., Sella, E., Signori, D., y Borella, E. (2024). Personal views of aging in midlife and older age: The role of personality. *Frontiers in Psychology*, 15, 1437232.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1437232>

Cavallès, C., Dintica, C., Habes, M., Leng, Y., Carnethon, M., y Yaffe, K. (2024). Association of self-reported sleep characteristics with neuroimaging markers of brain aging years later in middle-aged adults. *Neurology*, 103(10), e209988.

<https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000209988>

Chen, D., Li, S., Wang, M., y Liu, J. (2025). Late-life social activity and subsequent risk of dementia and mild cognitive impairment. *Alzheimer's & Dementia*, 21, e14316.

<https://doi.org/10.1002/alz.14316>

Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 49.427.

Congreso de la República de Colombia. (2025, 16 de junio). *Ley 2460 de 2025, por medio de la cual se modifica la Ley 1616 de 2013 y se dictan otras disposiciones en materia de prevención y atención de trastornos y/o enfermedades mentales, así como medidas para la promoción y cuidado de la salud mental*. Diario Oficial N.º 53.153.

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=180887>

Conroy, D., & Hagger, M. S. (2018). Imagery interventions in health behavior: A meta-analysis.

Health Psychology, 37, 668-679. <https://doi.org/10.1037/hea0000625>

Cuenca Sánchez, A., y Castillo Maldonado, D. (2024). Programa piloto de estimulación de la memoria en adultos mayores. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 2(1), 49-58.

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2024.n1.v2.2705>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2025). *Proyecciones de población*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

De La Guardia Gutiérrez, M. A., y Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *JONNPR*, 5(1), 81-90.

<https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>

Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135–168.

<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>

Dohm-Hansen, S., English, J. A., Lavelle, A., Fitzsimons, C. P., Lucassen, P. J., y Nolan, Y. M. (2024). The middle-aging brain. *Trends in Neurosciences*, 47(4), 259-272.

<https://doi.org/10.1016/j.tins.2024.02.001>

Escobar-Pérez, J., y Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27–36.

Fang, M., Echouffo-Tcheugui, J. B., Lutsey, P. L., Weng, L.-C., Joshi, C. E., Windham, B. G., Aguilar, D., Ballantyne, C. M., Coresh, J., y Selvin, E. (2025). Lifetime risk of dementia and relationship with modifiable risk factors: A population-based analysis. *Nature Medicine*, 31, 145-154. <https://doi.org/10.1038/s41591-024-03340-9>

- Fenstermacher, E., Owsiany, M. T., y Edelstein, B. A. (2022). Informal caregiving burnout among the sandwich generation. *Innovation in Aging*, 6(Suppl. 1), 856.
<https://doi.org/10.1093/geroni/igac059.3115>
- Flórez Alarcón, L. (2007). *Psicología social de la salud: Promoción y prevención*. Manual Moderno.
- Gandy, S., Bartfai, T., Lees, G. V., y Sano, M. (2017). Midlife interventions are critical in prevention, delay, or improvement of Alzheimer's disease and vascular cognitive impairment and dementia. *F1000Research*, 6(413), 1-12.
<https://doi.org/10.12688/f1000research.11140.1>
- Goldstein, E., y Stahl, B. (2010). *A mindfulness-based stress reduction workbook*. New Harbinger Publications.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54(7), 493–503. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.7.493>
- Góngora, V. C., y Casullo, M. M. (2009). Factores protectores de la salud mental: un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 183-205.
- Guerrero Barragán, A., Lucumí Cuesta, D. I., Gómez, I. E., y Lawior, B. (2023, noviembre 20). *Análisis situacional del deterioro cognitivo en Colombia: Nota de política n° 45*. Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes.
<https://gobierno.uniandes.edu.co/wp-content/uploads/NP-45.pdf>

- Harvey, P. D. (2019). Domains of cognition and their assessment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 21(3), 227–237. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.3/pharvey>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Desclée de Brouwer.
- Hernández-Sampieri, R., y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Howard, N. C., Gerasimov, E. S., Wingo, T. S., y Wingo, A. P. (2025). Life purpose lowers risk for cognitive impairment in a U.S. population-based cohort. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(10), 1021-1031. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2025.05.009>
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. University of Chicago Press.
- Korthauer, L. E., Rosen, R. K., Tremont, G. y Davis, J. D. (2024). Intervention development for Tailored Education for Aging and Cognitive Health (TEACH) for dementia prevention in midlife adults: Protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 13, e60395. <https://doi.org/10.2196/60395>
- Labrador Encinas, F. J. (Coord.). (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Pirámide.
- Lachman, M. E., Teshale, S., y Agrigoroaei, S. (2014). Midlife as a pivotal period in the life course: Balancing Growth and Decline at the Crossroads of Youth and Old Age. *International Journal of Behavioral Development*, 39(1), 20-31. <https://doi.org/10.1177/0165025414533223>

Laver, K., Connolly, C., Priest, L., y Rahja, M. (2025). Brain health and dementia prevention: getting the message across. *Aging & Mental Health*, 29(7), 1163–1165.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2025.2478157>

Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Nakasujja, N., Rockwood, K., Samus, Q., Shirai, K., Singh-Manoux, A., Schneider, L. S., Walsh, S., Yao, Y., Sommerlad, A., y Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet*, 404(10452), 572-628.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)

Luo, Y., Du, J., Wang, J., Liu, P., Shi, Z., He, Y., Che, G., Huang, K., y Wang, J. (2024).

Progressive muscle relaxation alleviates anxiety and improves sleep quality among healthcare practitioners in a mobile cabin hospital: A pre-post comparative study in China. *Frontiers in Psychology*, 15, 1337318.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1337318>

Ma, X., Yue, Z. Q., Gong, Z. Q., Zhang, H., Duan, N. Y., Shi, Y. T., Wei, G. X., y Li, Y. F.

(2017). The effect of diaphragmatic breathing on attention, negative affect and stress in healthy adults. *Frontiers in Psychology*, 8, 874.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00874>

Manterola, C., y Otzen, T. (2014). Estudios observacionales: Los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. *International Journal of Morphology*, 32(2), 634-

645. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042>

Milbocker, K. A., Smith, I. F., y Klintsova, A. Y. (2024). Maintaining a dynamic brain: A review of empirical findings describing the roles of exercise, learning, and environmental enrichment in neuroplasticity from 2017–2023. *Brain Plasticity*, 9(2), 75–95.

<https://doi.org/10.3233/BPL-230151>

Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación [MinCiencias]. (2025). *Documento de tipología de proyectos de carácter científico, tecnológico o de innovación* (Versión 8).

https://minciencias.gov.co/sites/default/files/upload/paginas/tipologia_de_proyectos_version_8.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018)*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Las cifras de la salud mental en pandemia*.

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Las-cifras-de-la-salud-mental-en-pandemia.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Encuesta de Minsalud revela que el 66,3 % de los colombianos declara haber enfrentado algún problema de salud mental [Boletín de prensa No. 231]*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/66-porciento-de-colombianos-declara-haber-enfrentado-algun-problema-de-salud-mental.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024a). *Política Nacional de Salud Mental 2024-2033*.

Bogotá: MSPS.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024b). *Análisis de Situación de la Salud Mental con Énfasis en Determinantes Sociales. Colombia, 2024*. Subdirección de Enfermedades no Transmisibles.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024c). *Boletín técnico: Personas mayores 2024*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-personas-mayores-dic-2024.pdf>

Najar, J., Östling, S., Gudmundsson, P., Sundh, V., Johansson, L., Kern, S., Guo, X., Hallström, T., & Skoog, I. (2019). Cognitive and physical activity and dementia: A 44-year longitudinal population study in women. *Neurology*, *92*(11), e1211-e1222
<https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000007021>

National Institute on Aging. (2024). *Salud cognitiva y los adultos mayores*.
<https://www.nia.nih.gov/espanol/cerebro-salud/salud-cognitiva-adultos-mayores>

Navakkode, S. y Kennedy, B. K. (2024). Neural ageing and synaptic plasticity: Prioritizing brain health in healthy longevity. *Frontiers in Aging Neuroscience*, *16*, 1428244.
<https://doi.org/10.3389/fnagi.2024.1428244>

Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, *2*(2), 85-101.
<https://doi.org/10.1080/15298860390129863>

Nezu, A. M., y Nezu, C. M. (2018). *Emotion-centered problem-solving therapy: Treatment guidelines*. Springer Publishing Company.

Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., y Williams, G. C. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325–340.

<https://doi.org/10.1177/1745691612447309>

Olivari, C., y Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(1), 9-15. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030*.

<https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

Organización Mundial de la Salud. (2025). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta [Hoja informativa]*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Ostrosky-Solís, F., Ardila, A. y Rosselli, M. (1999). NEUROPSI: A brief neuropsychological test battery in Spanish with norms by age and educational level. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 5(5), 413–433.

<https://doi.org/10.1017/S1355617799555045>

Papalia, D. E., Feldman, R. D. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano* (12.^a ed.). McGraw-Hill.

Pascual Jimeno, A., y Conejero López, S. (2019). Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias. *Revista Mexicana de Psicología*, 36(1), 74-83.

Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process.

Psychological Science, 8(3), 162–166. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00403.x>

Petersen, S. E., y Posner, M. I. (2012). The attention system of the human brain: 20 years after.

Annual Review of Neuroscience, 35, 73-89. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-062111-150525>

Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la Neuropsicología*. McGraw-Hill

Puerta Polo, J. V., & Padilla Díaz, D. E. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>

Presidencia de la República de Colombia. (2022, 6 de mayo). *Decreto 681 de 2022, por medio del cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031*.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%20681%20de%202022.pdf

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2025). *Informe Regional sobre Desarrollo Humano: Bajo presión - Recalibrando el futuro del desarrollo en América*

Latina y el Caribe. <https://www.undp.org/es/latin-america/publicaciones/informe-regional-sobre-desarrollo-humano-bajo-presion-recalibrando-el-futuro-del-desarrollo-en-america-latina-y-el-caribe>

- Puri, S., Shaheen, M., y Grover, B. (2023). Nutrition and cognitive health: A life course approach. *Frontiers in Public Health*, 11, 1023907.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1023907>
- República de Colombia. (2025). *Decreto 729 de 2025, por el cual se adiciona el Título 15 a la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016*. Diario Oficial.
- Rodríguez Mora, Á., y Calvario, C. (2023). Revisión sistemática sobre la influencia de la reserva cognitiva en la demencia y en la eficacia de la terapia de estimulación cognitiva. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 2(1), 251-264.
<https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/2514/2153>
- Sabia, S., Fayosse, A., Dumurgier, J., van Hees, V. T., Paquet, C., Sommerlad, A., ... y Singh-Manoux, A. (2021). Association of sleep duration in middle and old age with incidence of dementia. *Nature Communications*, 12(1), 2289. <https://doi.org/10.1038/s41467-021-22354-2>
- Saijonkari M., Paronen E., Lakka T., Tolmunen T., Linnosmaa I., Lammintakanen J., Isotalo J., Rekola, H., y Mäki-Opas, T. (2023). Promotive and preventive interventions for mental health and well-being in adult populations: a systematic umbrella review. *Frontiers in Public Health*, 11, 1201552. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1201552>
- Scott, K. M., Duncan, K., y McCoy, T. P. (2026). Ground yourself: Using five senses technique to cope with test anxiety among nursing students. *Teaching and Learning in Nursing*, 21(1), 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2025.09.006>

- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Guilford Press.
- Silva, N. y Tufiño, A. (2025). Omega 3 y plasticidad neuronal. *Práctica Familiar Rural*, 10(1).
<https://doi.org/10.16921/pfr.v10i1.346>
- Sommerlad, A., Kivimäki, M., Larson, E. B., Röhr, S., Shirai, K., Singh-Manoux, A., y Livingston, G. (2023). Social participation and risk of developing dementia. *Nature Aging*, 3, 532-545. <https://doi.org/10.1038/s43587-023-00387-0>
- Speed, B. C., Goldstein, B. L., y Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness training: A forgotten evidence-based treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), e12216.
<https://doi.org/10.1111/cpsp.12216>
- Tristán-López, A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en Medición*, 6(1), 37-48.
- Tobar Soto, L. C. (2022). Hipercortisolemia y estrés. Impacto en las funciones cognitivas. *Revista Científica UISRAEL*, 9(1), 11-28. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n1.2022.497>
- Uphoff, E., Ekers, D., Robertson, L., Meader, N., Dawson, S., Richards, D. A., Churchill, R., Bower, P., Gilbody, S., Paudyal, P., Akhtar, S., y Coventry, P. A. (2020). Behavioural activation therapy for depression in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(7), CD013305. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013305.pub2>
- Vargas Madriz, L. F., y Ramírez Henderson, R. (2012). Terapia de aceptación y compromiso: Descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales. *Revista*

de Ciencias Sociales (Cr), 4(138), 101–110.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15328800009>

Velaithan, V., Tan, M. M., Yu, T. F., Liem, A., Teh, P. L., y Su, T. T. (2024). The association of self-perception of aging and quality of life in older adults: A systematic review. *The Gerontologist*, 64(4), gnad041. <https://doi.org/10.1093/geront/gnad041>

Yin, J., John, A., & Cadar, D. (2024). Bidirectional Associations of Depressive Symptoms and Cognitive Function Over Time. *JAMA network open*, 7(6), e2416305. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.16305>

Anexos

Anexo 1

Instrumento de Evaluación

CATEGORÍA		ESCALA DE VALORACIÓN				CALIFICACIÓN INDICADOR
SUFICIENCIA Los elementos que pertenecen a una misma sección bastan para abordar dicha sección y lograr sus objetivos.		1. No cumple con el criterio: Los elementos no son suficientes para abordar la sección.				2. Bajo nivel: Los elementos permiten abordar algunos aspectos de la sección pero no la cubren completamente.
		3. Moderado nivel: Los elementos de la sección permiten abordarla de manera mínima				4. Alto nivel: Los elementos son suficientes para abordar completamente la sección.
CLARIDAD El elemento se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas para la población objetivo.		1. No cumple con el criterio: El elemento resultaría confuso para la población objetivo.				2. Bajo nivel: El elemento requiere bastantes modificaciones en el uso de las palabras o su ordenación para ser claro para la población objetivo.
		3. Moderado nivel: El elemento resulta aceptablemente claro para la población objetivo.				4. Alto nivel: El elemento es completamente claro, tiene semántica y sintaxis adecuadas para la población objetivo.
COHERENCIA El elemento tiene relación lógica con la sección y con el propósito de la cartilla.		1. No cumple con el criterio: El elemento no tiene relación lógica con la sección.				2. Bajo nivel: El elemento tiene una relación tangencial con la sección.
		3. Moderado nivel: El elemento tiene una relación aceptable con la sección.				4. Alto nivel: El elemento es completamente coherente con la sección.
RELEVANCIA El elemento es esencial o fundamental en la sección, es decir, debe ser incluido.		1. No cumple con el criterio: El elemento puede ser eliminado sin que se vea afectada la cartilla.				2. Bajo nivel: El elemento tiene alguna relevancia, pero no resulta central para el desarrollo de la sección.
		3. Moderado nivel: El elemento es aceptablemente importante para ser incluido en la sección.				4. Alto nivel: El elemento es fundamental en la sección y debe ser incluido.
INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente la cartilla adjunta. Luego, en el siguiente espacio, califique cada ítem según las cuatro categorías (Suficiencia, Claridad, Coherencia, Relevancia) asignando un valor de 1 a 4. En la casilla de "Observaciones", registre sus comentarios cualitativos por sección. Al finalizar, presione el botón "Terminar"						
N°	ÍTEM	SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES
SECCIÓN 1. BIENVENIDA						
1	Presentación y propósito de la cartilla					
2	Instrucciones de uso de la cartilla					
3	Modelo DППPS: escalera de 5 peldaños hacia el bienestar cognitivo (Flórez Alarcón, 2007)					
SECCIÓN 2. ¿QUÉ ES LA SALUD COGNITIVA?						
4	Definición de salud cognitiva e importancia entre los 40 y 50 años					
5	Neuroplasticidad y reserva cognitiva					
6	Mitos sobre la salud cognitiva					
7	Relación entre salud cognitiva y salud mental					
8	Relevancia en el contexto colombiano					
9	Técnica: Anclaje sensorial 5-4-3-2-1					
10	Cuestionario de autopercepción de salud cognitiva (10 preguntas)					
SECCIÓN 3. CONOZCA SUS CAPACIDADES COGNITIVAS						
11	Descripción de capacidades cognitivas (orientación, atención, memoria, habilidades visoespaciales, lenguaje, funciones ejecutivas)					
12	Técnica: Atención plena					
13	Ejercicios de estimulación cognitiva (registro de entrenamiento cerebral, atención y concentración, doble tarea cognitiva, reminiscencia estructurada, orientación y percepción espacial, fluidez verbal y memoria, memoria de trabajo, funciones ejecutivas y planificación)					
SECCIÓN 4. LO QUE AFECTA Y LO QUE PROTEGE SU SALUD COGNITIVA						
14	4.1 Movimiento vs. sedentarismo: información y plan de movimiento.					
15	4.2 Alimentación: información sobre nutrientes y actividad alimentación consciente.					
16	4.3 Sueño: información, identificación de hábitos de sueño, formulación de nuevos hábitos del sueño y técnica de relajación muscular progresiva					
17	4.4 Cambios hormonales: perimenopausia, testosterona y cognición					
18	4.5 Estrés: generación sándwich, ventana de tolerancia, técnica STOP, respiración diafragmática, respiración cuadrada y escritura expresiva.					

19	4.6 Vida social vs. aislamiento: planificación semanal con propósito, reconexión con red social y comunicación asertiva.					
20	4.7 Emociones: autocompasión, diario emocional, distorsiones cognitivas, reestructuración cognitiva y defusión cognitiva.					
21	4.8 Consumo de alcohol y tabaco: información y autoevaluación de consumo					
22	4.9 Condiciones de salud: chequeos médicos y autoevaluación del estado de salud					
23	4.10 Tecnología y pantallas: información y autoevaluación de la relación con pantallas					
24	4.11 Propósito vital: información y clarificación de valores					
25	Determinantes sociales de la salud en el contexto colombiano y actividad integradora: Balance de riesgos y protectores (checklist)					
SECCIÓN 5. MIS RECURSOS PARA EL CAMBIO						
26	Inventario de experiencias de logro (autoeficacia)					
27	Inventario de recursos personales					
SECCIÓN 6. SEÑALES DE ALERTA						
28	Cambios cognitivos normales vs. señales que requieren atención profesional					
29	Actividad: Semáforo de salud cognitiva (verde, amarillo, rojo)					
30	Resolución de problemas: información y actividad de resolución de problemas (5 pasos)					
31	Su entorno como aliado: información e identificación de red de apoyo					
SECCIÓN 7. MI PLAN DE ACCIÓN PERSONAL						
32	Ejemplo integrador: el recorrido de Lucía					
33	Técnica: Imaginería — visualización guiada (5 pasos)					
34	Técnica: Intención de implementación Si-Entonces					
35	Contrato conductual: compromisos personales					
36	Autoevaluación de progreso					
SECCIÓN 8. RECURSOS Y CONTACTOS						
37	Líneas de atención en Colombia y orientación sobre dónde buscar ayuda profesional					
38	Identificación de contactos personales					
39	Recursos para profundizar (enlaces institucionales)					
ELEMENTOS COMPLEMENTARIOS						
40	Tabla de contenido					
41	Glosario de términos					
42	Referencias bibliográficas					
¿Hay algún elemento que haga parte de la promoción de la salud cognitiva en adultos de 40 a 50 años y no fue incluido en la cartilla? ¿Cuál?						
VALORACIÓN GENERAL						
¿Considera que la cartilla en su conjunto aborda de manera adecuada la promoción de la salud cognitiva en adultos de 40 a 50 años?						
¿El modelo DPPPS (escalera de peldaños) facilita la comprensión y el recorrido del lector?						
¿Las técnicas de psicología clínica están presentadas de forma accesible y aplicable para la población objetivo?						
¿El nivel de lenguaje es apropiado para adultos de 40 a 50 años sin formación en psicología?						
¿Considera que la cartilla está lista para ser utilizada con la población objetivo? (Si/ Si con ajustes menores / No, requiere ajustes sustanciales)						
Observaciones adicionales o sugerencias generales:						

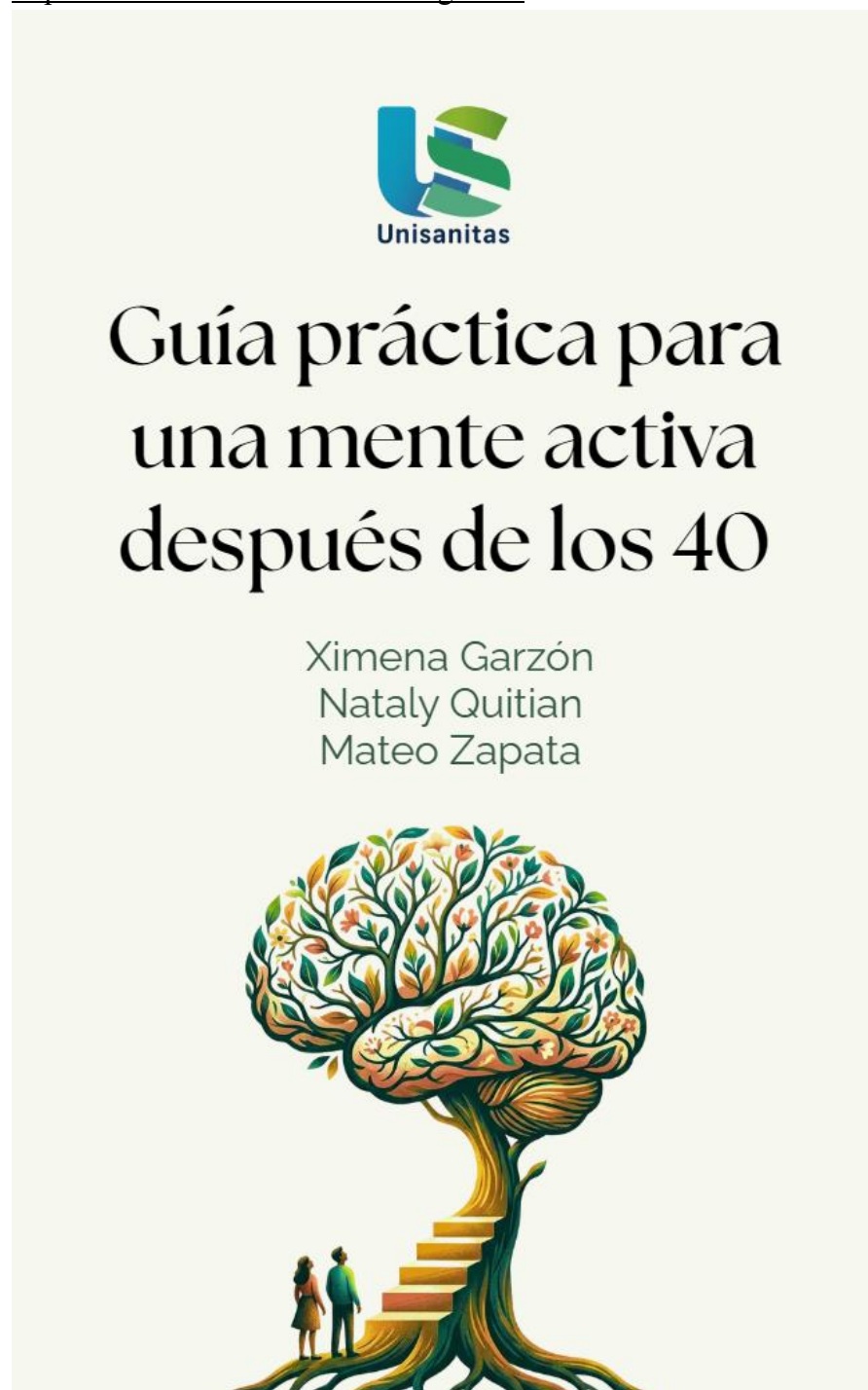
TERMINAR

Gracias por su participación.

Anexo 2

Cartilla “Guía práctica para una mente activa después de los 40”:

<https://canva.link/cartilla-salud-cognitiva>



Nota. Portada de la cartilla diseñada por los autores para el presente estudio.

Anexo 3
Consentimiento informado



DATOS DEL/LA JUEZ(A) EXPERTO(A)

Nombres y apellidos	
Documento de identidad	
Formación académica (pregrado)	
Formación posgradual	
Institución actual	
Cargo actual	
Años de experiencia profesional	
Áreas de experiencia profesional	
Experiencia en salud cognitiva, neuropsicología o áreas afines	
Experiencia en validación de materiales educativos o instrumentos	
Correo electrónico	
Teléfono de contacto	

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

¿Tiene algún conflicto de interés con este proyecto?	
Si respondió Sí, describa:	
Tiempo estimado de diligenciamiento:	

Se estima que la revisión de la cartilla y el diligenciamiento de este instrumento tomará entre 1 y 2 horas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento llamado "Consentimiento informado" es entregado a usted con el propósito de explicarle en qué consiste la investigación que se desarrollará, y en la cual, queremos invitarlo a participar. Usted tiene plena libertad de decidir si quiere participar o no en esta investigación. Antes de decidir puede realizar todas las preguntas que considere pertinentes sobre lo descrito en este documento o dudas que resulten posterior a la lectura del mismo. Si usted decide firmar aceptando su participación en el estudio, recibirá una copia de este documento.

Mediante este documento, se le está invitando a participar en un estudio de investigación titulado: "**Diseño y validación de una cartilla para la promoción de la salud cognitiva en adultos de 40 a 50 años desde la psicología clínica**", que tiene como objetivo diseñar y validar una cartilla fundamentada en la psicología clínica para la promoción de la salud cognitiva en adultos de 40 a 50 años en el contexto colombiano.

Los psicólogos Ximena Garzón, Nataly Quitian y Mateo Zapata estudiantes de la Especialización en Psicología Clínica son profesionales vinculados a la Fundación Universitaria Sanitas y son los investigadores que desarrollarán el estudio.

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por la Comisión de Investigaciones de Clínicas Colsanitas y el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas, que tienen como función garantizar el cumplimiento a las normas y Buenas Prácticas en Investigación Clínica y salvaguardar la protección de los participantes de cualquier investigación.

IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La salud cognitiva es fundamental para el bienestar integral, especialmente en adultos de 40 a 50 años, etapa en la que se presentan transformaciones biopsicosociales significativas que constituyen una ventana de oportunidad para intervenciones preventivas. En Colombia, las barreras en el acceso a servicios de salud y la escasez de materiales accesibles y culturalmente pertinentes para la promoción de la salud cognitiva justifican el desarrollo de esta cartilla. Para garantizar su calidad, pertinencia y rigor científico, se requiere la validación de contenido mediante juicio de expertos, razón por la cual se solicita su participación en este proceso.

INTERVENCIÓN, PROCEDIMIENTO Y PRUEBAS

Su participación consiste en:

1. Recibir y revisar la cartilla adjunta, leyendo cuidadosamente su contenido, estructura, diseño y actividades propuestas.
2. Diligenciar un instrumento de validación de contenido que incluye la evaluación de cada ítem mediante una escala tipo Likert de 1 a 4 en las categorías de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia, siguiendo el modelo de Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008).
3. Proporcionar retroalimentación cualitativa sobre fortalezas, aspectos a mejorar y recomendaciones específicas en los espacios destinados para ello.

SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

La selección de los jueces se realizará mediante muestreo no probabilístico de sujetos voluntarios. Se convocará a psicólogos(as) con formación posgradual en áreas afines a la psicología clínica, la salud mental o la neuropsicología, con experiencia profesional mínima de 3 años en promoción o prevención de la salud mental o cognitiva, intervención con población adulta, o validación de instrumentos o materiales.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA O RETIRO

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. En caso de que acepte participar podrá retirarse en cualquier momento del estudio.

Si usted decide no participar, no le afectará de ninguna forma su atención rutinaria o el tratamiento que requiera de acuerdo a las recomendaciones de su médico tratante

DURACIÓN

La fase de validación por jueces expertos se llevará a cabo durante un periodo aproximado de 3 semanas. Se estima que la revisión de la cartilla y el diligenciamiento del instrumento de validación tomará aproximadamente entre 1 y 2 horas. El proceso requiere una única participación; no se realizarán sesiones adicionales, ni seguimientos posteriores. El plazo para la entrega de su evaluación es de 15 días a partir de la recepción de este documento.

RIESGOS

Este proyecto se clasifica como investigación con riesgo mínimo de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, dado que su participación se limita a la revisión y evaluación académica de una cartilla y al diligenciamiento de un instrumento de validación, sin intervención física ni modificación de variables biológicas. No se prevén riesgos físicos, psicológicos, sociales ni económicos.

BENEFICIOS

Tendrá la oportunidad de contribuir al desarrollo de una cartilla que beneficiará a la población colombiana en la promoción de la salud cognitiva. Recibirá una copia de la versión final de la cartilla una vez concluido el proyecto. Su nombre será reconocido en los agradecimientos si usted así lo autoriza.

INCENTIVOS

No se ofrecerá compensación económica ni en especie por la participación.

CONFIDENCIALIDAD

Sus datos personales: nombre, profesión, institución y experiencia, serán tratados con estricta confidencialidad de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales. La información será utilizada exclusivamente para fines académicos relacionados con este proyecto. Únicamente los investigadores responsables (Ximena Garzón, Nataly Quitian y Mateo Zapata) y el asesor del proyecto: Jairo Andres Balcazar Acosta, tendrán acceso a la información recolectada.

Sus evaluaciones serán codificadas mediante identificadores alfanuméricos (Experto 1, Experto 2, etc.) y los resultados se presentarán de manera agregada, sin revelar evaluaciones individuales ni información que permita identificarle.

Los documentos físicos y digitales serán almacenados de forma segura en archivos protegidos con contraseña, accesibles únicamente por los investigadores responsables, por el periodo establecido en los lineamientos de la Fundación Universitaria Sanitas para proyectos de especialización.

Los resultados del proyecto podrán ser publicados en revistas científicas, presentados en eventos académicos o utilizados en trabajos de grado, siempre respetando la confidencialidad de los participantes.

Confidencialidad del material evaluado: El/la juez experto/a debe comprometerse a no reproducir, distribuir, ni utilizar con fines personales el contenido de la cartilla proporcionada para evaluación. El material suministrado es de uso exclusivo para el proceso de validación y deberá ser tratado como información confidencial del proyecto.

A QUIEN CONTACTAR

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si tiene alguna duda, puede contactar a cualquiera de los siguientes profesionales:

Nombre: Gloria Ximena Garzón Martín Dirección: Calle 1 # 11 – 91, Sogamoso, Boyacá Número de teléfono: 3112392629 e-mail: x.garzonma@unisanitas.edu.co	Nombre: Julieth Nataly Quitian rodriguez Dirección: Transversal 39ª # 52EA – 74 Edificio la Provincia, Rionegro, Antioquia Número de teléfono: 3133114141 e-mail: jn.quitianro@unisanitas.edu.co	Nombre: Mateo Zapata Angel Dirección: Calle 152c # 72 – 65 Bogotá, D.C Número de teléfono: 3028404299 e-mail: m.zapataan@unisanitas.edu.co	Nombre asesor: Jairo Andrés Balcázar Acosta Número de teléfono: 3104805626 Correo: jabalcazarac@unisanitas.edu.co
---	--	---	---

Si tiene alguna queja o duda en relación al desarrollo del protocolo, también se puede comunicar con el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas:

Nombre presidente CEI: Eduardo Low Padilla
Teléfono: 601-5895377 ext. 5719901
Correo: comiteetica@unisanitas.edu.co

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

He sido invitado a participar en la investigación sobre Diseño y validación de una cartilla para la promoción de la salud cognitiva en adultos de 40 a 50 años desde la psicología clínica. Leí (o alguien ha leído por mí) la información que se detalló anteriormente y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.

Sé que no obtendré beneficios directos para mi persona y que no se me recompensará en dinero o especie por la participación en el estudio.

Me comprometo a no reproducir, distribuir ni utilizar con fines personales el contenido de la cartilla proporcionada para evaluación.

Autorizo que mi nombre aparezca en la sección de agradecimientos del documento final del proyecto:

Decido participar voluntariamente en esta investigación y entiendo que tengo derecho de retirarme en cualquier momento.

Acepto participar como juez experto

**Me abstengo de participar como juez
experto**

Anexo 4

Aprobación del Comité de Ética



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

CEIFUS 1099-26
Bogotá D.C, 05 de mayo de 2026

Doctores:

Mateo Zapata Ángel
Julieth Nataly Quitian Rodríguez
Gloria Ximena Garzón Martín
Investigador Principal
Julieth Nataly Quitian Rodríguez
Co- Investigadora
Bogotá

Ref: Concepto ético de la solicitud vinculada al protocolo (068-26 UNV) Diseño y validación de una cartilla para la promoción de la salud cognitiva en adultos de 40 a 50 años desde la psicología clínica.

Doctores

El día 28/04/2026, en la sesión registrada en el acta No. 016-26, se reunió el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas, donde se deja constancia de la recepción del comunicado de 15/04/2026 y evaluación de la siguiente información relacionada con el protocolo en referencia que se desarrolla bajo su dirección en Fundación Universitaria Sanitas.

- Listado de documentos sometidos: Radicado 4.419. Respuesta a observaciones solicitadas por el Comité de Ética en Investigación mediante el CEIFUS 851-26.

Concepto CEI:

El Comité de Ética en Investigación recibe a conformidad los ajustes realizados como respuesta a la solicitud del Comité realizada mediante CEIFUS 851-26.

Se revisa en sesión según los criterios institucionales establecidos y dado que el proyecto no compromete la seguridad, bienestar y respeta los derechos del participante de investigación, se decide aprobar por consenso este protocolo. Se informa que, como parte de las responsabilidades del Investigador Principal durante el desarrollo de una investigación, es de cumplimiento obligatorio llevar a cabo las siguientes actividades:

- El documento de consentimiento informado aprobado para la aplicación en este estudio, se firma y sella por el Comité de Ética, y posteriormente cargado junto con el comunicado de aprobación en la plataforma. Se solicita tener presente que este es el único documento autorizado para realizar el proceso de consentimiento informado con los participantes.
- Al concluir el estudio, es obligatorio someter al Comité de Ética un informe final o resumen de los resultados de la investigación. En dicho informe debe citarse el número del presente CEIFUS, mediante el cual se aprobó el desarrollo del protocolo de referencia.

Agradecemos su atención y compromiso para garantizar el cumplimiento de estas actividades conforme a los procedimientos establecidos.

El Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas está conformado por doce (12) miembros principales y cuatro (04) miembros suplentes y se requiere la presencia de siete (07) de ellos para cumplir con el quorum. (asistieron: 11).

Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas

Calle 23 # 66-46 Sede Salitre – Teléfono: 5895377 Ext: 5719901

E-mail: comiteetica@unisanitas.edu.co

Bogotá D. C, Colombia



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

En el análisis y evaluación del protocolo participaron los siguientes miembros del Comité de Ética en Investigación, y se certifica que ninguno de ellos presenta conflictos de interés con respecto al estudio en referencia.

Eduardo Low Padilla	Presidente	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Farmacología Clínica
Miryam Consuelo Neira Corredor	Miembro Deliberativo	Profesional del área de ciencias de la salud con formación de posgrado en Bioética.
Ingrid Milena Rodríguez Bedoya	Secretaria Ejecutiva	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Epidemiología.
Héctor Ricardo Jiménez	Miembro Deliberativo	Profesional del área de Ciencias Humanas y sociales con formación en Bioética.
Giovanna De Silvestri Torres	Miembro Deliberativo	Representante de la comunidad con formación en control de calidad y auditoría de calidad.
Sofía Muñoz Medina	Miembro Deliberativo	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Epidemiología.
Iván Mauricio Páez Sierra	Miembro Deliberativo	Profesional del área de Ciencias Humanas y Sociales con formación en Derecho
Andrea Juliana Uribe Rodríguez	Miembro Deliberativo	Profesional en Ciencias Económicas, Administrativas y Contables.
Wilson Alejandro Ramírez Romero	Miembro Deliberativo	Profesional en Ingeniería y Tecnologías
Angela Patricia Brijaldo Villamizar	Miembro Deliberativo	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Biología Molecular y Biotecnología.
María Alejandra Palacios Ariza	Miembro suplente	Profesional del área de Ciencias de la Salud con formación en Epidemiología

El Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas declara que el desarrollo de sus actividades se rige bajo la normatividad vigente en temas relacionados con investigación en salud, (Ley Colombiana Resolución No 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, Resolución 2378 de 2008 del Ministerio de Protección Social, Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales). Las Normas de Buenas Prácticas de Investigación Clínica (Good Clinical Practice-GCP), la Declaración de Helsinki, Finlandia octubre 2024 y la normativa Internacional vigente.

Cordialmente,

Eduardo Low Padilla
Presidente CEI
 Comité de Ética en Investigación
 Fundación Universitaria Sanitas

Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas

Calle 23 # 66-46 Sede Salitre – Teléfono: 5895377 Ext: 5719901

E-mail: comiteetica@unisanitas.edu.co

Bogotá D. C, Colombia

Cuestionario de
10 autopercepción de salud
 cognitiva (10 preguntas)

SECCIÓN 3. CONOZCA SUS CAPACIDADES COGNITIVAS

Descripción de capacidades
 cognitivas (orientación,

11 atención, memoria,
 habilidades visoespaciales,
 lenguaje, funciones ejecutivas)

12 Técnica: Atención plena

Ejercicios de estimulación
 cognitiva (registro de
 entrenamiento cerebral,
 atención y concentración,
 doble tarea cognitiva,

4 4 4 4 4 4 4 4 4 4

0

10

10

1,00

Sí

Mantener

13 reminiscencia estructurada,
 orientación y percepción
 espacial, fluidez verbal y
 memoria, memoria de trabajo,
 funciones ejecutivas y
 planificación)

SECCIÓN 4. LO QUE AFECTA Y LO QUE PROTEGE SU SALUD COGNITIVA

4.1 Movimiento vs.
 sedentarismo: información y

14 plan de movimiento.

4.2 Alimentación: información
 sobre nutrientes y actividad

15 alimentación consciente.

4.3 Sueño: información,
 identificación de hábitos de
 sueño, formulación de nuevos
 hábitos del sueño y técnica de

4 4 4 4 4 4 4 4 4 4

0

10

10

1,00

Sí

Mantener

16 relajación muscular progresiva

4.4 Cambios hormonales:

17 perimenopausia, testosterona y
 cognición

- 4.5 Estrés: generación sándwich, ventana de tolerancia, técnica STOP, respiración diafragmática, respiración cuadrada y escritura expresiva.
- 18 4.6 Vida social vs. aislamiento: planificación semanal con propósito, reconexión con red social y comunicación asertiva.
- 19 4.7 Emociones: autocompasión, diario emocional, distorsiones cognitivas, reestructuración cognitiva y defusión
- 20 4.8 Consumo de alcohol y tabaco: información y autoevaluación de consumo
- 21 4.9 Condiciones de salud: chequeos médicos y autoevaluación del estado de salud
- 22 4.10 Tecnología y pantallas: información y autoevaluación de la relación con pantallas
- 23 4.11 Propósito vital: información y clarificación de valores
- 24 Determinantes sociales de la salud en el contexto colombiano y actividad integradora: Balance de riesgos y protectores
- 25 (checklist)

SECCIÓN 5. MIS RECURSOS PARA EL CAMBIO

26	Inventario de experiencias de logro (autoeficacia)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
----	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	------	----	----------

27 Inventario de recursos personales

SECCIÓN 6. SEÑALES DE ALERTA

Cambios cognitivos normales

28 vs. señales que requieren atención profesional

Actividad: Semáforo de salud

29 cognitiva (verde, amarillo, rojo)

30	Resolución de problemas: información y actividad de resolución de problemas (5 pasos)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	------	----	----------

Su entorno como aliado:

31 información e identificación de red de apoyo

SECCIÓN 7. MI PLAN DE ACCIÓN PERSONAL

32 Ejemplo integrador: el recorrido de Lucía

33 Técnica: Imaginería — visualización guiada (5 pasos)

34	Técnica: Intención de implementación Si-Entonces	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
----	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	------	----	----------

35 Contrato conductual: compromisos personales

36 Autoevaluación de progreso

SECCIÓN 8. RECURSOS Y CONTACTOS

Líneas de atención en

37	Colombia y orientación sobre dónde buscar ayuda profesional	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	------	----	----------

38 Identificación de contactos personales

39 Recursos para profundizar (enlaces institucionales)

ELEMENTOS COMPLEMENTARIOS

40 Tabla de contenido

41 Glosario de términos 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 0 10 10 1,00 Sí Mantener

42 Referencias bibliográficas

CVI GLOBAL (promedio de CVR' de todos los ítems) 1,000 Adecuado

MATRIZ DE CÁLCULO - CVR (Lawshe)

Punto de corte CVR ≥ 0.62

CLARIDAD

N°	ÍTEM	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	Calificación 3	Calificación 4	ne	CVR	¿Válido?	DECISIÓN
SECCIÓN 1. BIENVENIDA																	
1	Presentación y propósito de la cartilla	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
2	Instrucciones de uso de la cartilla	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	2	8	10	1,00	Sí	Mantener
3	Modelo DPPPS: escalera de 5 peldaños hacia el bienestar cognitivo (Flórez Alarcón, 2007)	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	2	8	10	1,00	Sí	Mantener

SECCIÓN 2. ¿QUÉ ES LA SALUD COGNITIVA?

4	Definición de salud cognitiva e importancia entre los 40 y 50 años	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
5	Neuroplasticidad y reserva cognitiva	3	4	3	4	2	4	3	4	3	4	4	5	9	0,80	Sí	Mantener
6	Mitos sobre la salud cognitiva	4	4	3	4	3	4	4	4	3	4	3	7	10	1,00	Sí	Mantener
7	Relación entre salud cognitiva y salud mental	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	8	10	1,00	Sí	Mantener
8	Relevancia en el contexto colombiano	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
9	Técnica: Anclaje sensorial 5-4-3-2-1	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	2	8	10	1,00	Sí	Mantener
10	Cuestionario de autopercepción de salud cognitiva (10 preguntas)	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	2	8	10	1,00	Sí	Mantener
SECCIÓN 3. CONOZCA SUS CAPACIDADES COGNITIVAS																	
11	Descripción de capacidades cognitivas (orientación, atención, memoria, habilidades visoespaciales, lenguaje, funciones ejecutivas)	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
12	Técnica: Atención plena	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
13	Ejercicios de estimulación cognitiva (registro de entrenamiento cerebral, atención y concentración, doble tarea cognitiva, reminiscencia estructurada, orientación y percepción espacial, fluidez verbal y memoria, memoria de trabajo,	4	4	3	4	4	4	3	4	3	3	4	6	10	1,00	Sí	Mantener

funciones ejecutivas y
planificación)

SECCIÓN 4. LO QUE AFECTA Y LO QUE PROTEGE SU SALUD COGNITIVA

14	4.1 Movimiento vs. sedentarismo: información y plan de movimiento.	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
15	4.2 Alimentación: información sobre nutrientes y actividad alimentación consciente.	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
16	4.3 Sueño: información, identificación de hábitos de sueño, formulación de nuevos hábitos del sueño y técnica de relajación muscular progresiva	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
17	4.4 Cambios hormonales: perimenopausia, testosterona y cognición	4	4	3	4	4	4	3	4	3	4	3	7	10	1,00	Sí	Mantener
18	4.5 Estrés: generación sándwich, ventana de tolerancia, técnica STOP, respiración diafragmática, respiración cuadrada y escritura expresiva.	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
19	4.6 Vida social vs. aislamiento: planificación semanal con propósito, reconexión con red social y comunicación asertiva.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
20	4.7 Emociones: autocompasión, diario emocional, distorsiones cognitivas, reestructuración cognitiva y defusión cognitiva.	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
21	4.8 Consumo de alcohol y tabaco: información y autoevaluación de consumo	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener

22	4.9 Condiciones de salud: chequeos médicos y autoevaluación del estado de salud	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
23	4.10 Tecnología y pantallas: información y autoevaluación de la relación con pantallas	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
24	4.11 Propósito vital: información y clarificación de valores	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
25	Determinantes sociales de la salud en el contexto colombiano y actividad integradora: Balance de riesgos y protectores (checklist)	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
SECCIÓN 5. MIS RECURSOS PARA EL CAMBIO																	
26	Inventario de experiencias de logro (autoeficacia)	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
27	Inventario de recursos personales	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
SECCIÓN 6. SEÑALES DE ALERTA																	
28	Cambios cognitivos normales vs. señales que requieren atención profesional	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
29	Actividad: Semáforo de salud cognitiva (verde, amarillo, rojo)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
30	Resolución de problemas: información y actividad de resolución de problemas (5 pasos)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
31	Su entorno como aliado: información e identificación de red de apoyo	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
SECCIÓN 7. MI PLAN DE ACCIÓN PERSONAL																	

32	Ejemplo integrador: el recorrido de Lucía	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
33	Técnica: Imaginería — visualización guiada (5 pasos)	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
34	Técnica: Intención de implementación Si-Entonces	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
35	Contrato conductual: compromisos personales	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
36	Autoevaluación de progreso	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
SECCIÓN 8. RECURSOS Y CONTACTOS																	
37	Líneas de atención en Colombia y orientación sobre dónde buscar ayuda profesional	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
38	Identificación de contactos personales	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
39	Recursos para profundizar (enlaces institucionales)	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
ELEMENTOS COMPLEMENTARIOS																	
40	Tabla de contenido	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
41	Glosario de términos	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
42	Referencias bibliográficas	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener

CVI GLOBAL (promedio de CVR' de todos los ítems) 0,9952 Adecuado

MATRIZ DE CÁLCULO - CVR (Lawshe)

Punto de corte CVR ≥ 0.62

COHERENCIA

Nº	ÍTEM	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	Calificación 3	Calificación 4	ne	CVR	¿Válido?	DECISIÓN
SECCIÓN 1. BIENVENIDA																	
1	Presentación y propósito de la cartilla	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
2	Instrucciones de uso de la cartilla	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
3	Modelo DPPPS: escalera de 5 peldaños hacia el bienestar cognitivo (Flórez Alarcón, 2007)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
SECCIÓN 2. ¿QUÉ ES LA SALUD COGNITIVA?																	
4	Definición de salud cognitiva e importancia entre los 40 y 50 años	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
5	Neuroplasticidad y reserva cognitiva	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
6	Mitos sobre la salud cognitiva	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	2	8	10	1,00	Sí	Mantener
7	Relación entre salud cognitiva y salud mental	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
8	Relevancia en el contexto colombiano	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
9	Técnica: Anclaje sensorial 5-4-3-2-1	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
10	Cuestionario de autopercepción de salud cognitiva (10 preguntas)	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	2	8	10	1,00	Sí	Mantener
SECCIÓN 3. CONOZCA SUS CAPACIDADES COGNITIVAS																	

11	Descripción de capacidades cognitivas (orientación, atención, memoria, habilidades visoespaciales, lenguaje, funciones ejecutivas)	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
12	Técnica: Atención plena	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
13	Ejercicios de estimulación cognitiva (registro de entrenamiento cerebral, atención y concentración, doble tarea cognitiva, reminiscencia estructurada, orientación y percepción espacial, fluidez verbal y memoria, memoria de trabajo, funciones ejecutivas y planificación)	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
SECCIÓN 4. LO QUE AFECTA Y LO QUE PROTEGE SU SALUD COGNITIVA																	
14	4.1 Movimiento vs. sedentarismo: información y plan de movimiento.	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
15	4.2 Alimentación: información sobre nutrientes y actividad alimentación consciente.	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
16	4.3 Sueño: información, identificación de hábitos de sueño, formulación de nuevos hábitos del sueño y técnica de relajación muscular progresiva	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	3	7	10	1,00	Sí	Mantener
17	4.4 Cambios hormonales: perimenopausia, testosterona y cognición	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
18	4.5 Estrés: generación sándwich, ventana de tolerancia, técnica STOP,	4	4	4	3	3	4	4	4	3	4	3	7	10	1,00	Sí	Mantener

	respiración diafragmática, respiración cuadrada y escritura expresiva.																
	4.6 Vida social vs. aislamiento: planificación semanal con propósito, reconexión con red social y comunicación asertiva.	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
19	4.7 Emociones: autocompasión, diario emocional, distorsiones cognitivas, reestructuración cognitiva y defusión cognitiva.	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	2	8	10	1,00	Sí	Mantener
20	4.8 Consumo de alcohol y tabaco: información y autoevaluación de consumo	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
21	4.9 Condiciones de salud: chequeos médicos y autoevaluación del estado de salud	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
22	4.10 Tecnología y pantallas: información y autoevaluación de la relación con pantallas	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
23	4.11 Propósito vital: información y clarificación de valores	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
24	Determinantes sociales de la salud en el contexto colombiano y actividad integradora: Balance de riesgos y protectores (checklist)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
25	SECCIÓN 5. MIS RECURSOS PARA EL CAMBIO																
26	Inventario de experiencias de logro (autoeficacia)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener

27	Inventario de recursos personales	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
SECCIÓN 6. SEÑALES DE ALERTA																	
28	Cambios cognitivos normales vs. señales que requieren atención profesional	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
29	Actividad: Semáforo de salud cognitiva (verde, amarillo, rojo)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
30	Resolución de problemas: información y actividad de resolución de problemas (5 pasos)	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
31	Su entorno como aliado: información e identificación de red de apoyo	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
SECCIÓN 7. MI PLAN DE ACCIÓN PERSONAL																	
32	Ejemplo integrador: el recorrido de Lucía	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
33	Técnica: Imaginería — visualización guiada (5 pasos)	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
34	Técnica: Intención de implementación Si-Entonces	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
35	Contrato conductual: compromisos personales	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
36	Autoevaluación de progreso	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
SECCIÓN 8. RECURSOS Y CONTACTOS																	
37	Líneas de atención en Colombia y orientación sobre dónde buscar ayuda profesional	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener

38	Identificación de contactos personales	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
39	Recursos para profundizar (enlaces institucionales)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
ELEMENTOS COMPLEMENTARIOS																	
40	Tabla de contenido	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
41	Glosario de términos	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
42	Referencias bibliográficas	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener

CVI GLOBAL (promedio de CVR' de todos los ítems) 1,000 Adecuado

MATRIZ DE CÁLCULO - CVR (Lawshe)

Punto de corte CVR ≥ 0.62

RELEVANCIA

Nº	ÍTEM	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	Calificación 3	Calificación 4	ne	CVR	¿Válido?	DECISIÓN
SECCIÓN 1. BIENVENIDA																	
1	Presentación y propósito de la cartilla	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
2	Instrucciones de uso de la cartilla	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
3	Modelo DPPPS: escalera de 5 peldaños hacia el bienestar cognitivo (Flórez Alarcón, 2007)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener

SECCIÓN 2. ¿QUÉ ES LA SALUD COGNITIVA?

4	Definición de salud cognitiva e importancia entre los 40 y 50 años	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
5	Neuroplasticidad y reserva cognitiva	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	2	8	10	1,00	Sí	Mantener
6	Mitos sobre la salud cognitiva	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	0	9	9	0,80	Sí	Mantener
7	Relación entre salud cognitiva y salud mental	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
8	Relevancia en el contexto colombiano	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
9	Técnica: Anclaje sensorial 5-4-3-2-1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
10	Cuestionario de autopercepción de salud cognitiva (10 preguntas)	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
SECCIÓN 3. CONOZCA SUS CAPACIDADES COGNITIVAS																	
11	Descripción de capacidades cognitivas (orientación, atención, memoria, habilidades visoespaciales, lenguaje, funciones ejecutivas)	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
12	Técnica: Atención plena	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
13	Ejercicios de estimulación cognitiva (registro de entrenamiento cerebral, atención y concentración, doble tarea cognitiva, reminiscencia estructurada, orientación y percepción espacial, fluidez verbal y memoria, memoria de trabajo,	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener

funciones ejecutivas y
planificación)

SECCIÓN 4. LO QUE AFECTA Y LO QUE PROTEGE SU SALUD COGNITIVA

14	4.1 Movimiento vs. sedentarismo: información y plan de movimiento.	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
15	4.2 Alimentación: información sobre nutrientes y actividad alimentación consciente.	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
16	4.3 Sueño: información, identificación de hábitos de sueño, formulación de nuevos hábitos del sueño y técnica de relajación muscular progresiva	4	4	4	2	4	4	4	4	3	4	1	8	9	0,80	Sí	Mantener
17	4.4 Cambios hormonales: perimenopausia, testosterona y cognición	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
18	4.5 Estrés: generación sándwich, ventana de tolerancia, técnica STOP, respiración diafragmática, respiración cuadrada y escritura expresiva.	4	4	4	2	4	4	4	4	3	4	1	8	9	0,80	Sí	Mantener
19	4.6 Vida social vs. aislamiento: planificación semanal con propósito, reconexión con red social y comunicación asertiva.	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
20	4.7 Emociones: autocompasión, diario emocional, distorsiones cognitivas, reestructuración cognitiva y defusión cognitiva.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
21	4.8 Consumo de alcohol y tabaco: información y autoevaluación de consumo	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener

22	4.9 Condiciones de salud: chequeos médicos y autoevaluación del estado de salud	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
23	4.10 Tecnología y pantallas: información y autoevaluación de la relación con pantallas	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
24	4.11 Propósito vital: información y clarificación de valores	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
25	Determinantes sociales de la salud en el contexto colombiano y actividad integradora: Balance de riesgos y protectores (checklist)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
SECCIÓN 5. MIS RECURSOS PARA EL CAMBIO																	
26	Inventario de experiencias de logro (autoeficacia)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
27	Inventario de recursos personales	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
SECCIÓN 6. SEÑALES DE ALERTA																	
28	Cambios cognitivos normales vs. señales que requieren atención profesional	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
29	Actividad: Semáforo de salud cognitiva (verde, amarillo, rojo)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
30	Resolución de problemas: información y actividad de resolución de problemas (5 pasos)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
31	Su entorno como aliado: información e identificación de red de apoyo	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
SECCIÓN 7. MI PLAN DE ACCIÓN PERSONAL																	

32	Ejemplo integrador: el recorrido de Lucía	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
33	Técnica: Imaginería — visualización guiada (5 pasos)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
34	Técnica: Intención de implementación Si-Entonces	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
35	Contrato conductual: compromisos personales	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
36	Autoevaluación de progreso	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	9	10	1,00	Sí	Mantener
SECCIÓN 8. RECURSOS Y CONTACTOS																	
37	Líneas de atención en Colombia y orientación sobre dónde buscar ayuda profesional	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
38	Identificación de contactos personales	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
39	Recursos para profundizar (enlaces institucionales)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
ELEMENTOS COMPLEMENTARIOS																	
40	Tabla de contenido	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
41	Glosario de términos	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener
42	Referencias bibliográficas	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	10	10	1,00	Sí	Mantener

CVI GLOBAL (promedio de CVR' de todos los ítems) 0,9857 Adecuado

Anexo 6

Observaciones Textuales de Jueces por Ítem

OBSERVACIONES TEXTUALES DE JUECES POR CADA ÍTEM

Nº	ÍTEM	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10
SECCIÓN 1. BIENVENIDA											
1	Presentación y propósito de la cartilla	pertinente	La información proporcionada es clara y establece desde el inicio el propósito de manera eficiente, con la relevancia necesaria para captar la atención de la persona que la requiere.	La sección logra establecer expectativas realistas y define el alcance preventivo.		Redacción: En capacidades cognitivas se recomienda Funciones cognitivas, ya que capacidades cognitivas es como si una persona “tuviera o no tuviera” cierta habilidad. Eso puede generar una interpretación errónea, especialmente si es a público genera o con sintomatología a ansiosa que lo puede interpretar como perder la capacidad=deterioro. Se sugiere ajustar el término “Bienvenida”, ya que su uso exclusivo en género femenino puede generar una interpretación no inclusiva del material. En el contexto			Sin observación adicional	La cartilla presenta una estructura clara y organizada desde el inicio, evidenciándonos e en la portada, el título y la descripción del propósito del material. En la sección de bienvenida se explicita de manera comprensible el objetivo de la guía, orientado a la promoción de la salud cognitiva en adultos entre los 40 y 50 años, lo que permite al lector identificar fácilmente su utilidad y pertinencia	Motivadora y bien contextualizada para la población objetivo.

						de promoción en salud, se recomienda el uso de lenguaje neutro, como “Le damos la bienvenida					
2	Instrucciones de uso de la cartilla	pertinente	Las instrucciones estan claras para el lector	Los iconos y la navegación escogida facilitan la lectura.	N/A		Falta un ejemplo concreto de uso: por ejemplo, “día 1 haga esto, día 2 esto...”	No se presentan observaciones	Las instrucciones de uso de la cartilla son claras, accesibles y están presentadas de manera organizada desde la sección inicial, lo que facilita su comprensión por parte del lector. Se evidencia una orientación explícita sobre cómo abordar el material, indicando que puede desarrollarse de forma flexible, ya sea de manera secuencial o seleccionando las secciones de interés, lo cual favorece la autonomía del usuario	Las instrucciones son flexibles y reducen barreras de adherencia.	
3	Modelo DPPPS: escalera de 5 peldaños hacia el bienestar cognitivo	pertinente	La escalera está bien definida; los colores ayudan a identificar de manera	La estructura presentada logra guiar al lector desde la teoría hasta la acción.	Se sugiere ajustar la redacción para mantener coherencia entre la pregunta	El acrónimo DPPPS no se explica en esta sección; solo en el glosario.		Sin observaciones . El modelo es claro, pertinente y adecuado	La cartilla integra de manera clara y coherente el Modelo DPPPS como eje orientador	La escalera de peldaños es pedagógicamente sólida y visualmente clara.	

(Flórez Alarcón, 2007)

efectiva el paso a paso a seguir a través de las diferentes etapas.

orientada a la autoeficacia (“¿Soy capaz?”) y la acción propuesta, incorporando el uso activo de las fortalezas en el cuidado de la salud cognitiva. Ejm: ¿Soy capaz? Reconocer las fortalezas (o recursos) que ya tiene y cómo (el cómo es la acción) puede utilizarlas en el cuidado de su salud cognitiva.

del proceso de cambio hacia el bienestar cognitivo. Este se presenta desde la sección inicial como una “escalera” que guía al lector paso a paso, facilitando la comprensión progresiva de las etapas necesarias para adoptar conductas de autocuidado

SECCIÓN 2. ¿QUÉ ES LA SALUD COGNITIVA?

4

Definición de salud cognitiva e importancia entre los 40 y 50 años

pertinente

La información proporcionada es clara y relevante. A pesar de que la salud cognitiva tiene muchos factores, su definición e importancia se presentan con palabras sencillas y comprensibles para todo tipo de población.

Se presenta una justificación sólida, se ataca el vacío de prevención previa a la vejez

¿Por qué entre 40 y 50 si el título es desde los 40 años? ¿Por qué esa población?

No hay observaciones

La cartilla presenta una definición de salud cognitiva suficiente y pertinente, al describirla como la capacidad de pensar, aprender, recordar y tomar decisiones en la vida cotidiana, lo que permite una comprensión integral del concepto. En términos de

Definición precisa y fundamentada en fuentes actualizadas.

claridad, el lenguaje utilizado es accesible, cercano y comprensible para la población objetivo, apoyado en explicaciones y ejemplos que facilitan su apropiación. A nivel de coherencia, la definición se articula de manera lógica con los contenidos posteriores, manteniendo una secuencia progresiva que conecta con las secciones de capacidades cognitivas, factores de riesgo y estrategias de promoción. En cuanto a la relevancia, se justifica adecuadamente la importancia de la salud cognitiva entre los 40 y 50 años, considerando los cambios del ciclo vital, las demandas del entorno y

5	Neuroplasticidad y reserva cognitiva	pertinente	<p>La informacion es importante, sin embargo, agregaria un poco mas de contexto y de informacion acerca de la reserva cognitiva, se define que es pero para una poblacion que no tiene conocimiento sobre el tema probablemente e tendria dificultades en entenderlo.</p>	<p>Aunque se presenta de manera corta, resulta ser clara para los usuarios.</p>	<p>No se evidencia en la cartilla con division cual es neuroplasticidad y cual es la reserva cognitiva</p>	<p>Incorporar un recurso visual (esquema o ilustración) que facilite la comprensión de los conceptos.</p>	<p>Sin observaciones . Cumple con lo requerido.</p>	<p>elementos del contexto colombiano, lo que fortalece la pertinencia del contenido dentro del propósito general de la cartilla.</p> <p>La cartilla aborda los conceptos de neuroplasticidad y reserva cognitiva de manera suficiente, al explicar que el cerebro tiene la capacidad de reorganizarse y generar nuevas conexiones a lo largo de la vida, así como que la reserva cognitiva actúa como un factor protector frente a los cambios asociados a la edad. En términos de claridad, la información se presenta con un lenguaje accesible y comprensible, apoyado en explicaciones sencillas que facilitan su</p>	<p>El concepto de neuroplasticidad se presenta de manera esperanzadora y accesible.</p>
---	--------------------------------------	------------	---	---	--	---	---	---	---

6	Mitos sobre la salud cognitiva	pertinente	Es excelente; se ajusta al tema mencionado anteriormente, sobre todo en	Necesario para la reducción del estigma sobre el envejecimiento, fomentando	Recomiendo redactar de otra manera el mito de "si mi mamá tuvo demencia yo	No se identifican observaciones	apropiación por parte del lector. En cuanto a la coherencia, estos conceptos se articulan adecuadamente con los contenidos relacionados con hábitos saludables, estimulación cognitiva y promoción del bienestar, manteniendo una secuencia lógica dentro del documento. Respecto a la relevancia, su inclusión resulta pertinente, ya que fundamenta teóricamente la importancia de adoptar conductas de autocuidado y estimulación cognitiva en la etapa adulta, fortaleciendo el propósito preventivo y educativo de la cartilla. La cartilla aborda los mitos sobre la salud cognitiva de manera	La desmitificación de creencias erróneas es estratégicamente
---	--------------------------------	------------	---	---	--	---------------------------------	--	--

la parte de la neuroplasticidad, y además trae a colación escenarios reales, lo que permite que la persona se sienta identificada.

una actitud proactiva.

también". Se sugiere ajustar el mensaje para evitar generar una falsa sensación de control total sobre la aparición de la demencia, se evita: culpabilizar ("me enfermé porque no hice suficiente") o generar falsas expectativas ("puedo evitarlo al 100%"). Si bien existen factores modificables que pueden reducir el riesgo, estos no garantizan la prevención, por lo que es importante mantener un enfoque realista y no culpabilizante. Asimismo, teniendo en cuenta que es con enfoque en psicología clínica, sería recomendable mitos específicamente de esta sección y no solo desde un enfoque cognitivo

suficiente, presentando creencias comunes y contrastándolas con información clara y basada en evidencia, lo que facilita su comprensión mediante un lenguaje sencillo y ejemplos concretos. Este apartado se integra de forma coherente con los contenidos generales del documento, apoyando la comprensión del tema y preparando al lector para adoptar hábitos saludables. Además, resulta altamente relevante, ya que permite cuestionar ideas erróneas que pueden afectar el autocuidado, promoviendo una visión más realista y positiva del funcionamiento cognitivo en la adultez.

nte relevante al inicio.

				(neurodegenerativo)					
7	Relación entre salud cognitiva y salud mental	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector.	Establece claramente la influencia del estrés y las emociones frente al rendimiento intelectual.	N/A		Sin observaciones	La información se presenta con claridad mediante un lenguaje accesible y ejemplos cotidianos que facilitan su comprensión. En términos de coherencia, este contenido se integra de manera lógica con las secciones previas y posteriores, reforzando la comprensión del bienestar de forma integral. Asimismo, su inclusión es altamente relevante, ya que permite al lector reconocer la interdependencia entre lo emocional y lo cognitivo, fortaleciendo el enfoque preventivo y psicoeducativo de la cartilla.	Conexión clara y bien argumentada entre emociones y funcionamiento cognitivo.
8	Relevancia en el contexto colombiano	pertinente	La información es clara y coherente; sin embargo, la cartilla no	Aporta mayor validez ecológica al comentar la situación en el país	N/A	Incluir ejemplos concretos del contexto colombiano (dinámicas	No presenta observaciones	La cartilla aborda la relevancia de la salud cognitiva en el contexto	Los datos del Ministerio de Salud de Colombia le dan

			<p>especifica que esté dirigida a una población colombiana. Por lo tanto, una persona mayor de 40 años interesada en leerla, que no sea colombiana, podría encontrar esta información poco relevante.</p>				<p>familiares, laborales o acceso a servicios) que faciliten la identificación del lector.</p>		<p>colombiano con suficiente soporte, al incluir datos sobre la prevalencia de dificultades en salud mental y las barreras de acceso a servicios, lo que contextualiza la necesidad de estrategias de autocuidado.</p>	<p>pertinencia contextual.</p>
<p>9</p>	<p>Técnica: Anclaje sensorial 5-4-3-2-1</p>	<p>pertinente</p>	<p>La información es clara, coherente y relevante para el lector.</p>	<p>El anclaje sensorial es una estrategia aterrizada y de uso inmediato.</p>	<p>Uso impreciso del término “evaluar” en actividades que no corresponden a evaluación formal. Sustituir “evaluar” por “analizar”, “explorar” o “reflexionar” en actividades de auto percepción.</p>	<p>Su ubicación puede generar confusión sobre si es parte del cuestionario o preparación previa. Añadir frase introductoria que la vincule explícitamente como preparación para el cuestionario.</p>	<p>Falta una breve explicación inicial sobre cuándo utilizar la técnica.</p>	<p>Sin observación adicional</p>	<p>La cartilla incluye la técnica de anclaje sensorial 5-4-3-2-1 de manera suficiente, presentándola como una herramienta práctica para favorecer la atención y la regulación emocional</p>	<p>Técnica breve, fácil de aplicar y bien explicada paso a paso.</p>
<p>10</p>	<p>Cuestionario de auto percepción de salud cognitiva (10 preguntas)</p>	<p>pertinente</p>	<p>La información es clara, coherente y relevante para el lector.</p>	<p>Se recomienda poner al final del cuestionario una nota recordatoria que explique que la percepción de falla cognitiva aumenta con el estrés/ansiedad, esto para evitar que</p>	<p>N/A</p>		<p>Presenta situaciones cotidianas que favorecen la identificación del usuario. Es sencillo de aplicar y no requiere conocimientos técnicos previos.</p>	<p>Es importante revisar el objetivo que tiene el cuestionario, ya que si es más de medición pesa a que indica que no tiene respuestas buenas o malas y es de autoconocimiento</p>	<p>La cartilla incluye el cuestionario de auto percepción de salud cognitiva de manera suficiente, los ítems están formulados con un lenguaje sencillo y comprensible, facilitando su</p>	<p>Las 10 preguntas cubren los principales dominios cognitivos de manera accesible.</p>

personas con altos niveles de esta sintomatología puntualmente de forma sesgada

diligenciamiento e integración de manera lógica con los contenidos previos y posteriores, funcionando como punto de partida para el reconocimiento personal y el proceso de cambio.

SECCIÓN 3. CONOZCA SUS CAPACIDADES COGNITIVAS

11	Descripción de capacidades cognitivas (orientación, atención, memoria, habilidades visoespaciales, lenguaje, funciones ejecutivas)	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector. Totalmente necesario para entender como funciona la parte cognitiva, fácil de entender y relevante para la población	Nuevamente, son capacidades o procesos cognitivos?.	No se identifican observaciones. El desarrollo es adecuado.	La información se expone con claridad mediante definiciones sencillas y ejemplos cotidianos que facilitan su apropiación. En términos de coherencia, este apartado se articula de manera lógica con las secciones previas y posteriores, sirviendo como base para el desarrollo de las actividades prácticas. Asimismo, su relevancia es alta, ya que proporciona al lector un marco comprensivo necesario para	Los ejemplos cotidianos colombianos hacen tangibles los conceptos abstractos.
----	--	------------	---	---	---	---	---

12	Técnica: Atención plena	pertinente	La información es clara, coherente y relevante, sin embargo, se explicaron 6 capacidades cognitivas, no se explica por que hay un apartado específico para este tema de atención plena	Apartado robusto, en el que se logra una síntesis necesaria.	No se evidencia una división entre la explicación de los procesos cognitivos y el inicio de una actividad como la de atención plena.	Se sugiere incluir Mindfulness. En la página 16, revisar el color azul oscuro, tapa las letras.	reconocer y fortalecer sus propias capacidades cognitivas. Se destaca la claridad en las instrucciones, las cuales son comprensibles y accesibles para el lector, favoreciendo su implementación. En cuanto a la coherencia, la técnica se integra de manera adecuada con el fortalecimiento de la atención y la regulación emocional, en concordancia con los objetivos de la cartilla. Su relevancia es significativa, ya que constituye una herramienta efectiva para mejorar la concentración, reducir el estrés y promover el bienestar cognitivo. La cartilla incluye una variedad suficiente de ejercicios de	La técnica de mindfulness está bien calibrada para principiantes.	
13	Ejercicios de estimulación cognitiva (registro de entrenamiento)	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para	Se sugiere agregar un ejemplo resuelto para	N/a	Añadir posible tabla-resumen ejercicio/capacidad al	Alta cantidad de ejercicios sin una ruta de priorización o progresión	Se podrían incluir ejercicios de gimnasia cerebral un	Se sugiere revisar si la cantidad de ejercicios puede

cerebral, atención y concentración, doble tarea cognitiva, reminiscencia estructurada, orientación y percepción espacial, fluidez verbal y memoria, memoria de trabajo, funciones ejecutivas y planificación)

el lector. Los ejercicios resultan amigables y relevantes, las instrucciones estan claras y es facil de entender.

cada tipo de ejercicio

inicio. Considerar ejercicio específico para memoria semántica, actualmente sin ejercicio dedicado.

claramente definida.

recurso complementario .

estimulación cognitiva, abarcando diferentes funciones mentales y promoviendo un entrenamiento integral del cerebro. Las actividades están presentadas con claridad, mediante instrucciones paso a paso que facilitan su ejecución autónoma. En términos de coherencia, los ejercicios se relacionan directamente con las capacidades cognitivas previamente explicadas, manteniendo una secuencia lógica y pedagógica. Asimismo, su relevancia es alta, ya que ofrecen herramientas prácticas, aplicables y basadas en la repetición y variedad, lo que favorece el fortalecimiento de la reserva cognitiva y el

abrumar al usuario; considerar priorizar 3-4.

SECCIÓN 4. LO QUE AFECTA Y LO QUE PROTEGE SU SALUD COGNITIVA

14	4.1 Movimiento vs. sedentarismo: información y plan de movimiento.	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector.	El plan movimiento es realista y no solo se limita a dar teoría sino que también operacionaliza la conducta.	n/A	Sin observaciones . La información presentada es coherente y suficiente.	<p>mantenimiento del bienestar mental.</p> <p>El contenido se desarrolla con claridad mediante ejemplos cotidianos y orientaciones prácticas. En términos de coherencia, se articula adecuadamente con el enfoque de hábitos saludables y prevención. Su relevancia es alta, ya que promueve cambios conductuales accesibles y aplicables en la vida diaria. El apartado de alimentación presenta información suficiente sobre nutrientes clave para la salud cognitiva y se complementa con la actividad de alimentación consciente, lo que fortalece su aplicabilidad . Se caracteriza por su claridad, al</p>	El plan de movimiento personalizable es un punto fuerte de adherencia.
15	4.2 Alimentación: información sobre nutrientes y actividad alimentación consciente.	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector.	La inclusión de la "Alimentación Consciente" (Mindful Eating) eleva el apartado de lo nutricional a lo psicológico, abordando la relación emocional con la comida.	Recomendar la importancia de asistir a un nutricionista, ya que no se conoce la patología de las personas que leen la cartilla y un cambio de alimentación sin una base médica podría generar dificultades	No presenta observaciones .	<p>Los ejemplos de nutrientes son concretos y culturalmente pertinentes.</p>	

16	4.3 Sueño: información, identificación de hábitos de sueño, formulación de nuevos hábitos del sueño y técnica de relajación muscular progresiva	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector. Los ejercicios son fáciles de entender y fáciles de realizar.	Se sugiere clasificar que hábito tiene mayor impacto inicial para que la formulación de nuevos hábitos no sea abrumadora.	El método de relajación progresiva tiene una mayor efectividad cuando es dirigida por un profesional idóneo ya que esta se compone de varios grupos musculares y requiere de un entrenamiento específico para lograr los objetivos planteados para cada individuo.	n/A	Sin observaciones	utilizar un lenguaje sencillo y ejemplos concretos. En cuanto a la coherencia, se integra de manera lógica con los factores protectores. Su relevancia es significativa, ya que fomenta hábitos alimenticios que impactan directamente el funcionamiento cerebral. La cartilla desarrolla el tema del sueño de manera suficiente, incluyendo información, identificación de hábitos, formulación de cambios y la técnica de relajación muscular progresiva. La presentación es clara y organizada, facilitando su comprensión y aplicación. En términos de coherencia, se articula con	El registro de hábitos de sueño facilita la autoconciencia antes del cambio.
----	---	------------	--	---	--	-----	-------------------	--	--

17	4.4 Cambios hormonales: perimenopausia, testosterona y cognición	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector.	La Suficiencia es mejorable. Aunque se menciona, el impacto de la niebla mental en la perimenopausia merece una explicación más detallada	n/A	Contenido pertinente, aunque puede resultar complejo; se beneficiaría de una explicación más sencilla o apoyos visuales.	Sin observación adicional. Cumple con lo requerido.	el bienestar cognitivo y emocional. Su relevancia es alta, al promover el descanso como un factor clave en la salud cerebral. El contenido sobre cambios hormonales presenta un nivel de suficiencia adecuado al abordar aspectos como la perimenopausia y la testosterona en relación con la cognición . Se expone con claridad, aunque de manera general. En cuanto a la coherencia, se integra con los cambios propios del ciclo vital. Su relevancia es pertinente, al visibilizar factores biológicos que inciden en la salud cognitiva. El abordaje del estrés es suficiente y completo,	La diferenciación por género (mujeres/hombres) es un acierto clínico y de equidad.
18	4.5 Estrés: generación sándwich, ventana de	pertinente	La información es clara, coherente y	Las técnicas están muy bien fundamentada	Este apartado se centra en dar tres formas	No hay coherencia entre la redacción del	Integra diversas técnicas de regulación	Cumple con los criterios	El concepto de ventana de tolerancia está bien adaptado

	tolerancia, técnica STOP, respiración diafragmática, respiración cuadrada y escritura expresiva.	relevante para el lector.	s en la evidencia actual.	diferentes al individuo para respirar con el fin de dar manejo al estrés, sin embargo, con una herramienta de respiración clara es suficiente, no obstante, se puede reforzar el manejo del estrés con otras actividades de distracción.	texto y el objetivo de la cartilla, ya que menciona que es apartir de los 40 años pero se especifica "si tiene ente los 40 y 50 años" por lo anterior, ¿El ejercicio no es para las personas con más edad? ¿y los que no tienes hijos?	emocional de forma clara y aplicable.	integrando conceptos como la generación sándwich, la ventana de tolerancia y diversas técnicas de regulación emocional . La información se presenta con claridad y ejemplos prácticos. En términos de coherencia, se relaciona directamente con la salud mental y cognitiva. Su relevancia es alta, al ofrecer herramientas concretas para el manejo del estrés. La cartilla desarrolla este criterio de manera suficiente, incluyendo estrategias prácticas como la planificación semanal, la reconexión social y la comunicación asertiva . El contenido es claro y accesible. En cuanto a la coherencia, se	para población no clínica.
19	4.6 Vida social vs. aislamiento: planificación semanal con propósito, reconexión con red social y comunicación asertiva.	pertinente	Vincular la planificación con "propósito" evita que la actividad social se vea como una carga más, dándole un sentido de bienestar	n/A	No hay observaciones	La comunicación asertiva con la fórmula 'Cuando... yo siento... necesito...' es práctica.		

20	<p>4.7 Emociones: autocompasión, diario emocional, distorsiones cognitivas, reestructuración cognitiva y defusión cognitiva.</p>	pertinente	<p>La información es clara, coherente y relevante para el lector.</p>	<p>Se sugiere simplificar el lenguaje para evitar confusiones en el lector</p>	n/A	<p>La tabla de reestructuración cognitiva tiene muchas columnas para diligenciar a mano. Considerar simplificarla a 4 columnas (pensamiento, distorsión, evidencia, alternativa) para mayor usabilidad.</p>	<p>Contiene herramientas valiosas, aunque algunos conceptos pueden resultar confusos para el lector.</p>	<p>Cumple satisfactoriamente.</p>	<p>articula con los factores protectores de la salud cognitiva. Su relevancia es significativa, al destacar el papel de las relaciones sociales en el bienestar integral. El apartado de emociones es suficiente y completo, abordando herramientas como la autocompasión, el diario emocional y técnicas cognitivas. Se presenta con claridad y un lenguaje cercano. En términos de coherencia, se integra con la regulación emocional y el autocuidado. Su relevancia es alta, ya que fortalece habilidades clave para el bienestar psicológico y cognitivo. Este criterio se aborda de manera suficiente al incluir información y</p>	<p>La progresión desde el diario emocional hasta la defusión cognitiva es clínicamente adecuada.</p>
21	<p>4.8 Consumo de alcohol y tabaco: información y autoevaluación de consumo</p>	pertinente	<p>La información es clara, coherente y relevante para el lector.</p>	<p>La autoevaluación es directa y necesaria.</p>	n/A	<p>Presenta información clara y promueve la autoevaluación; sin</p>	<p>Sin observaciones</p>	<p>Este criterio se aborda de manera suficiente al incluir información y</p>	<p>La autoevaluación de consumo es directa y no estigmatizante</p>	

22	4.9 Condiciones de salud: chequeos médicos y autoevaluación del estado de salud	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector.	Es coherente con el modelo de promoción de la salud integral.	n/A	Refuerza la importancia del autocuidado y el seguimiento de la salud general.	Sin observaciones. Cumple con lo requerido.	<p>embargo, podría profundizar en el consumo de alcohol como factor de riesgo frecuente en contextos sociales, incluyendo mayor información sobre sus efectos en la salud cognitiva y pautas de consumo responsable.</p>	<p>una herramienta de autoevaluación del consumo. La información es clara y directa. En cuanto a la coherencia, se vincula con los factores de riesgo modificables. Su relevancia es alta, al promover la reflexión sobre hábitos que afectan la salud cognitiva. La cartilla presenta este criterio con suficiencia, al incluir la importancia de los chequeos médicos y la autoevaluación del estado de salud. El contenido es claro y comprensible. En términos de coherencia, se integra con el enfoque preventivo. Su relevancia es significativa, al promover el monitoreo de la salud como factor protector.</p>	La lista de chequeos médicos es un componente valioso de prevención integrada.
----	--	------------	--	---	-----	---	---	--	---	--

23	4.10 Tecnología y pantallas: información y autoevaluación de la relación con pantallas	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector.	La autoevaluación de la relación con pantallas es clave para la buena salud cognitiva e higiene del sueño.	n/A	La sección de protección es muy breve comparada con la de riesgo. Se puede ampliar con ejemplos concretos de uso activo tecnológico: podcasts educativos, cursos en línea, apps de idiomas, videollamadas	El instrumento de autoevaluación no incluye criterios de interpretación ni recomendaciones, lo que limita su utilidad práctica.	No se identifican observaciones	El tema se aborda de manera suficiente, incluyendo información sobre el uso de pantallas y una autoevaluación de hábitos digitales. Se presenta con claridad y pertinencia. En cuanto a la coherencia, se relaciona con los hábitos cotidianos. Su relevancia es alta, dada la influencia actual de la tecnología en la salud cognitiva. La cartilla desarrolla este criterio de manera suficiente, incorporando la clarificación de valores como herramienta para orientar el comportamiento. El contenido es claro y reflexivo. En términos de coherencia, se articula con el bienestar integral. Su	La distinción entre uso activo y pasivo de pantallas está bien fundamentada
24	4.11 Propósito vital: información y clarificación de valores	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector.	Incluir un ejemplo diligenciado de la brújula con un personaje ficticio para facilitar el proceso reflexivo en lectores con dificultades para identificar sus valores.	n/A	No hay observaciones	La clarificación de valores como motor del propósito vital es coherente con el enfoque ACT.			

25	Determinantes sociales de la salud en el contexto colombiano y actividad integradora: Balance de riesgos y protectores (checklist)	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector.	La actividad integradora da sentido a toda la cartilla	En el balance de riesgo hay una sección de consumo pero no específica el tipo, se refiere a consumo de SPA, alcohol o pantallas?. Precisar en el apartado de determinantes sociales a qué tipo de consumo se refiere (SPA, alcohol, tabaco, pantallas)	Incluir 'propósito vital' en la tabla del balance de riesgos, ya que se aborda en el ítem 24 pero no aparece en la tabla de síntesis.	Integra adecuadamente factores contextuales, aunque puede requerir simplificación para facilitar su comprensión.	Se sugiere balance de riesgos y factores protectores	relevancia es significativa, al fortalecer el sentido de vida y la motivación para el autocuidado. La cartilla aborda los determinantes sociales de la salud de manera suficiente, contextualizando factores del entorno que influyen en el bienestar cognitivo y complementándolo con una actividad integradora de balance de riesgos y protectores. La información es clara y aplicable. En cuanto a la coherencia, se integra con todo el proceso desarrollado en la cartilla. Su relevancia es alta, ya que permite al lector realizar una síntesis personal y contextualizada de su situación, favoreciendo la toma de	El balance de riesgos y protectores como herramienta integradora es un acierto metodológico.
----	--	------------	--	--	--	---	--	--	---	--

SECCIÓN 5. MIS RECURSOS PARA EL CAMBIO

26	Inventario de experiencias de logro (autoeficacia)	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector.	El recordatorio de logros pasados fortalece la percepción de autoeficacia.	n/A	Añadir pregunta final: "¿Qué de lo que hizo en esas situaciones podría aplicar ahora?" para convertir el reconocimiento en un recurso accionable explícito.	Pertinente.	<p>decisiones informadas.</p> <p>La cartilla incorpora el inventario de experiencias de logro con un nivel de suficiencia adecuado, al promover que el lector identifique logros previos como base para fortalecer su percepción de autoeficacia . La actividad se presenta con claridad, mediante orientaciones sencillas que facilitan la reflexión personal. En términos de coherencia, se articula de manera lógica con el enfoque del modelo de cambio conductual y el fortalecimiento o del autocuidado. Su relevancia es alta, ya que favorece la confianza en las propias capacidades, elemento clave para la</p>	El inventario de logros activa la autoeficacia de manera directa y motivadora.
----	--	------------	--	--	-----	---	-------------	---	--

27	Inventario de recursos personales	N/A	La información es clara, coherente y relevante para el lector.	Permite la identificación de lo que falta y las habilidades con las que cuenta.	n/A	No presenta observaciones	<p>adopción y sostenimiento de hábitos saludables. El inventario de recursos personales se desarrolla de manera suficiente, permitiendo al lector reconocer habilidades, apoyos y fortalezas disponibles para afrontar procesos de cambio. La información y las instrucciones son claras y accesibles, lo que facilita su aplicación. En cuanto a la coherencia, se integra adecuadamente con las estrategias de intervención propuestas en la cartilla, especialmente en la fase de planificación y acción. Su relevancia es significativa, ya que promueve el autoconocimiento y el uso consciente de recursos internos y externos para</p>	El mapa de intereses y habilidades complementa bien el inventario de logros.
----	-----------------------------------	-----	--	---	-----	---------------------------	---	--

SECCIÓN 6. SEÑALES DE ALERTA

28	Cambios cognitivos normales vs. señales que requieren atención profesional	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector.	Logra diferenciar entre el olvido por sintomatología emocional y los signos de alarma.	n/A	Incluir nota: la presencia de señales de alerta no equivale a diagnóstico de demencia, sino que indica la conveniencia de consultar. Esto reduce la ansiedad anticipatoria que la tabla puede generar.	Responde a lo requerido	<p>el fortalecimiento del bienestar cognitivo.</p> <p>La cartilla aborda la distinción entre cambios cognitivos normales y señales de alerta con un nivel de suficiencia adecuado, permitiendo al lector diferenciar entre procesos esperables del envejecimiento y situaciones que requieren atención profesional. La información se presenta con claridad, mediante explicaciones comprensibles y ejemplos que facilitan su identificación. En términos de coherencia, este contenido se integra de manera lógica con el enfoque preventivo de la cartilla. Su relevancia es alta, ya que promueve la</p>	La tabla comparativa es precisa sin resultar alarmista; equilibrio clínico adecuado.
----	--	------------	--	--	-----	--	-------------------------	---	--

29	Actividad: Semáforo de salud cognitiva (verde, amarillo, rojo)	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector.	El uso de códigos de color facilita la toma de decisiones inmediata.	n/A	Añadir mensaje motivacional para el resultado verde: '¡Sus respuestas indican que va por buen camino! Continúe con los hábitos que está construyendo.' Actualmente solo se orienta a quienes tienen amarillo o rojo.	Estrategia visual y didáctica que facilita la comprensión y autoevaluación del estado cognitivo.	Sin observaciones.	detección temprana y la toma de decisiones informadas frente al cuidado de la salud cognitiva. La actividad del semáforo de salud cognitiva se presenta con suficiente desarrollo, ofreciendo una herramienta práctica para clasificar el estado cognitivo en niveles de riesgo. Su diseño es claro y fácil de comprender, lo que facilita su aplicación autónoma. En cuanto a la coherencia, se articula adecuadamente con la identificación de señales de alerta y el proceso de autoevaluación. Su relevancia es significativa, ya que permite al lector reconocer su situación	El semáforo de tres colores es intuitivo y facilita la toma de decisiones.
----	---	------------	--	--	-----	--	--	--------------------	--	--

30	Resolución de problemas: información y actividad de resolución de problemas (5 pasos)	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector.	Aplica técnicas clásicas de TCC lo cual le da mayor validez.	n/A	La conexión con la salud cognitiva específicamente no es explícita al inicio. Añadir frase de anclaje: 'Cuando algo le preocupa sobre su salud cognitiva, esta técnica le ayuda a pasar de la preocupación a la acción concreta.'	No hay observaciones	actual y orientar posibles acciones de cuidado o búsqueda de apoyo. La cartilla incluye el proceso de resolución de problemas con un nivel de suficiencia adecuado, al presentar información estructurada y una actividad guiada en pasos que facilitan su aplicación. La explicación es clara, organizada y comprensible para el lector. En términos de coherencia, se integra con el desarrollo de funciones ejecutivas y la toma de decisiones. Su relevancia es alta, ya que fortalece habilidades cognitivas clave para afrontar situaciones cotidianas de manera efectiva.	Los 5 pasos de resolución de problemas son concisos y aplicables.
31	Su entorno como aliado:	pertinente	La información	Es de gran valor la	Especificar, ¿cuál es el	Sin observaciones	El apartado sobre el	La identificación	

información e identificación de red de apoyo

es clara, coherente y relevante para el lector.

invitación a mapear recursos sociales tangibles.

parentesto de esta persona que percibe como red de apoyo? Pues esto ayudaría a identificar el nivel de ayuda real.

. Cumple con lo requerido.

entorno como aliado se desarrolla de manera suficiente, promoviendo la identificación de redes de apoyo como recurso fundamental para el bienestar cognitivo . La información se presenta con claridad y enfoque práctico. En cuanto a la coherencia, se articula con los factores protectores y el enfoque integral de la cartilla. Su relevancia es significativa, ya que resalta el papel del entorno social en el mantenimiento de la salud y en los procesos de cambio.

de la red de apoyo cierra bien la sección con foco en recursos externos.

SECCIÓN 7. MI PLAN DE ACCIÓN PERSONAL

32

Ejemplo integrador: el recorrido de Lucía

pertinente

La información es clara, coherente y relevante para el lector.

El uso de Storytelling es un acierto, permite que el usuario se identifique.

N/a

No se identifican observaciones

La cartilla incluye el ejemplo integrador “el recorrido de Lucía” con un nivel de suficiencia adecuado, al ilustrar de

El caso de Lucía es un recurso narrativo excelente que integra todas las secciones previas.

33	Técnica: Imaginería — visualización guiada (5 pasos)	pertinente	La informacion es clara, coherente y relevante para el lector.	La visualización es una buena herramienta para reducir la ansiedad ante el cambio.	N/a	Se podría especificar cuántos días o con qué frecuencia se recomienda practicar la imaginería antes de pasar al contrato conductual, para estructurar	Sin observación.	manera práctica la aplicación de los contenidos y estrategias trabajadas a lo largo del documento . Se presenta con claridad mediante una narrativa comprensible y cercana, lo que facilita la identificación del lector con el proceso. En términos de coherencia, el ejemplo articula de forma lógica los diferentes componentes de la cartilla, evidenciando la progresión del cambio. Su relevancia es alta, ya que permite visualizar la aplicabilidad real de las herramientas propuestas. La técnica de imaginería se desarrolla con suficiente detalle, presentando una secuencia de pasos que orientan su aplicación de manera estructurada . La	La imaginería guiada está bien estructurada con instrucciones claras paso a paso.
----	--	------------	---	--	-----	---	---------------------	--	--

34	Técnica: Intención de implementación Si- Entonces	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector.	Es una de las técnicas con mayor evidencia para crear hábitos.	N/a	mejor la progresión temporal.	No hay observaciones	explicación es clara y accesible, facilitando su comprensión. En cuanto a la coherencia, se integra con las estrategias de autorregulación y planificación del cambio. Su relevancia es significativa, ya que promueve la anticipación de escenarios y el fortalecimiento de la motivación para el logro de objetivos. La técnica de intención de implementación se presenta de manera suficiente, explicando su lógica y aplicación para facilitar la adopción de conductas específicas. Se caracteriza por su claridad, al utilizar ejemplos concretos que permiten su comprensión. En términos de coherencia, se articula con	La técnica Si-Entonces tiene fuerte respaldo empírico y se explica con ejemplos claros.
----	--	------------	--	--	-----	-------------------------------	----------------------	--	---

35	Contrato conductual: compromisos personales	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector.	Formalizar el compromiso mediante un contrato aumenta el sentido de responsabilidad, reforzando la autonomía y disciplina.	N/a	Es relevante	<p>el proceso de planificación y cambio conductual. Su relevancia es alta, ya que contribuye a traducir las intenciones en acciones concretas y sostenibles. El contrato conductual se aborda con un nivel de suficiencia adecuado, al promover la formalización de compromisos personales frente al cambio . La actividad se presenta con claridad y de manera comprensible para el lector. En cuanto a la coherencia, se vincula con las fases de acción y sostenimiento del proceso. Su relevancia es significativa, ya que fortalece la responsabilidad personal y el seguimiento de los objetivos planteados.</p>	El contrato conductual con firma refuerza el compromiso y la responsabilidad personal.
----	---	------------	--	--	-----	--------------	--	--

36	Autoevaluación de progreso	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector.	Cierra bien el ciclo permitiendo la reflexión sobre los avances.	N/a	Añadir nota final que invite a regresar a la cartilla periódicamente (cada 3 meses), normalizando que el cuidado cognitivo es un proceso continuo y no un evento único.	Permite al usuario monitorear su avance, fortaleciendo la autorregulación y el mantenimiento del cambio.	No presenta observaciones	La autoevaluación de progreso se incluye de manera suficiente, permitiendo al lector reflexionar sobre los avances logrados y ajustar sus acciones. La actividad es clara y fácil de aplicar. En términos de coherencia, se articula con el seguimiento del proceso de cambio y el fortalecimiento del autocontrol. Su relevancia es alta, ya que favorece la autorregulación y la consolidación de hábitos saludables en el tiempo.	La autoevaluación comparativa (antes/ahora) cierra el proceso reflexivo adecuadamente.
----	----------------------------	------------	--	--	-----	---	--	---------------------------	--	--

SECCIÓN 8. RECURSOS Y CONTACTOS

37	Líneas de atención en Colombia y orientación sobre dónde buscar ayuda profesional	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector.	Proporcionar canales oficiales garantiza que el lector tenga una ruta clara en caso de identificar señales de alarma.	Se sugiere ampliar la descripción de psiquiatría, evitando limitarla al manejo farmacológico, con el fin de prevenir estigmatización y reflejar su abordaje	Verificar la vigencia de los números de teléfono antes de publicar la versión final, ya que líneas de atención en Colombia pueden cambiar o tener horarios	Información clara y pertinente que facilita el acceso a servicios de apoyo en el contexto colombiano.	Se sugiere incluir la línea calma para hombres: Línea Calma 018000 423 614.	La cartilla aborda este criterio con un nivel de suficiencia adecuado, al incluir información sobre líneas de atención y orientaciones claras sobre dónde buscar ayuda	La inclusión de la Ley 2460 de 2025 es un valor diferencial que actualiza la cartilla.
----	---	------------	--	---	---	--	---	---	--	--

					integral en salud mental.	específicos de operación.		profesional en el contexto colombiano El criterio se desarrolla de manera suficiente, al promover que el lector identifique personas cercanas que puedan funcionar como red de apoyo en momentos de necesidad	El espacio para registrar contactos personales facilita la acción concreta.
38	Identificación de contactos personales	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector.		N/a		Sin observaciones		
39	Recursos para profundizar (enlaces institucionales)	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector.	Previene la desinformación y permite a quienes deseen saber más sitios seguros y validados de información.	Teniendo en cuenta que su área es desde la psicología clínica se recomienda agregar enlaces relacionados con las emociones, factores de estrés o sobre la misma prevención en factores emocionales	Verificar accesibilidad de todos los URLs	Si bien, están los enlaces para ampliar información, se podría escribir un párrafo diciendo que la cartilla se desarrolla en coherencia con la Ley 1616 de 2013, la Ley 2460 de 2025 y la Política Nacional de Salud Mental 2024–2033, que promueven el cuidado integral de la salud mental y cognitiva.	La cartilla incluye recursos para profundizar con un nivel de suficiencia adecuado, al presentar referencias y enlaces institucionales que amplían la información abordada	Los enlaces institucionales son pertinentes y de fuentes confiables.

ELEMENTOS COMPLEMENTARIOS

40	Tabla de contenido	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector.	Permite que el lector use la cartilla como herramienta rápida.	N/a		Sin observación adicional	La cartilla presenta una tabla de contenido con un nivel de suficiencia	La tabla de contenido está bien organizada y facilita la navegación.
----	--------------------	------------	--	--	-----	--	---------------------------	---	--

41	Glosario de términos	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector.	Asegura la comprensión de términos que puedan ser novedosos para el lector	Deterioro cognitivo no esta referenciado. Adicionalmente, tienen un apartado de salud cognitiva y salud mental pero en el glosario solo esta salud cognitiva. Incorporar conceptos relacionados con salud mental, como emociones y estrés, con el fin de ampliar el enfoque desde la psicología clínica y lograr mayor coherencia con el contenido de la cartilla.	Incluir 'Apnea del sueño' (mencionada en sección 4.3 pero sin definición en glosario) y 'Velocidad de procesamiento' como subdominio cognitivo relevante en la mediana edad.	No hay observaciones	adecuado, al organizar de manera estructurada las secciones y temas abordados, lo que facilita la navegación del documento	La información se presenta con claridad, mediante definiciones sencillas y precisas.	El glosario es completo, claro y evita tecnicismos innecesarios.
42	Referencias bibliográficas	pertinente	La información es clara, coherente y relevante para el lector.	Otorga validez y rigor científico al instrumento.	N/a	Verificar consistencia APA: en el texto se cita 'Yeap y Flicker, 2022' pero en referencias	Sin observaciones	La cartilla presenta referencias bibliográficas con un nivel de suficiencia adecuado, evidenciando	Las referencias bibliográficas son extensas, actualizadas y en formato APA.	

aparece solo 'Yeap, B.B.' sin el segundo autor. Revisar que todos los URLs estén activos.

el sustento teórico y científico de la información incluida . Se organizan con claridad, permitiendo identificar las fuentes utilizadas. En términos de coherencia, están alineadas con los contenidos desarrollados a lo largo del documento. Su relevancia es alta, ya que respaldan la validez del material y fortalecen su rigor académico.

Anexo 7
Matriz de Síntesis de Observaciones Textuales y Decisiones Metodológicas

Nº	Ítem	Juez	Observación	Decisión
Sección 1. Bienvenida				
1	1. Presentación y propósito	J5	Cambiar “capacidades” por “funciones cognitivas”	Aceptar
2	1. Presentación y propósito	J5	Lenguaje inclusivo en “Bienvenida”	Ya implementado
3	2. Instrucciones de uso	J7	Ejemplo concreto de rutina de uso	Ya implementado
4	3. Modelo DPPPS	J5	Ajustar redacción peldaño 3 con el “cómo”	Aceptar
5	3. Modelo DPPPS	J6	Explicar acrónimo DPPPS en primera mención	Aceptar
Sección 2. Salud cognitiva				
6	4. Definición de salud cognitiva	J5	Por qué 40-50 si título dice “después de los 40”	No aceptar
7	5. Neuroplasticidad y reserva cognitiva	J2	Más contexto sobre reserva cognitiva	Ya implementado
8	5. Neuroplasticidad y reserva cognitiva	J5	División clara entre ambos conceptos	Ya implementado
9	5. Neuroplasticidad y reserva cognitiva	J7	Recurso visual	Ya implementado
10	6. Mitos sobre salud cognitiva	J5	Ajustar mito demencia hereditaria	Aceptar parcialmente
11	6. Mitos sobre salud cognitiva	J5	Agregar mitos desde psicología clínica	No aceptar

12	8. Relevancia en Colombia	J2	No específica que es para población colombiana	Ya implementado
13	8. Relevancia en Colombia	J7	Ejemplos de dinámicas familiares y laborales	No aceptar
14	9. Anclaje sensorial	J5	Sustituir “evaluar” por “explorar”	Aceptar
15	9. Anclaje sensorial	J6	Frase introductoria vinculando con cuestionario	Ya implementado
16	9. Anclaje sensorial	J7	Explicación de cuándo usar la técnica	Ya implementado
17	10. Cuestionario de autopercepción	J3	Nota sobre estrés y percepción de fallas cognitivas	Aceptar
18	10. Cuestionario de autopercepción	J8	Revisar si es medición o autoconocimiento	No aceptar
Sección 3. Capacidades cognitivas				
19	11. Descripción de capacidades	J5	Capacidades o procesos cognitivos	Cubierto por otro ajuste
20	12. Atención plena	J2	Por qué apartado específico de atención plena	Ya implementado
21	12. Atención plena	J5	División entre explicación y actividad	Ya implementado
22	12. Atención plena	J8	Incluir término “mindfulness”	No aceptar
23	13. Ejercicios de estimulación	J3	Ejemplo resuelto para cada ejercicio	Ya implementado
24	13. Ejercicios de estimulación	J6	Tabla resumen ejercicio/capacidad	Ya implementado
25	13. Ejercicios de estimulación	J6	Ejercicio para memoria semántica	Aceptar

26	13. Ejercicios de estimulación	J7	Ruta de priorización	Aceptar parcialmente
27	13. Ejercicios de estimulación	J8	Gimnasia cerebral	No aceptar
Sección 4. Protección y riesgo				
28	15. Alimentación	J5	Recomendar consulta con nutricionista	Aceptar
29	16. Sueño	J3	Clasificar hábito de mayor impacto inicial	Aceptar
30	16. Sueño	J4	RMP requiere profesional	No aceptar
31	17. Cambios hormonales	J3	Más detalle sobre niebla mental	Aceptar
32	17. Cambios hormonales	J7	Explicación más sencilla de perimenopausia	Aceptar
33	18. Estrés	J4	Una técnica de respiración es suficiente	No aceptar
34	18. Estrés	J5	Generalización generación sándwich	Ya implementado
35	20. Emociones	J3, J7	Simplificar lenguaje	Ya implementado
36	20. Emociones	J6	Reducir columnas tabla reestructuración	No aceptar
37	21. Consumo de alcohol y tabaco	J7	Profundizar consumo social de alcohol	Aceptar parcialmente
38	23. Tecnología y pantallas	J6	Ampliar ejemplos uso activo tecnología	Aceptar
39	23. Tecnología y pantallas	J7	Criterios de interpretación autoevaluación	Aceptar

40	24. Propósito vital	J6	Ejemplo diligenciado brújula de valores	No aceptar
41	25. Balance de riesgos	J5	Precisar tipo de consumo	Aceptar
42	25. Balance de riesgos	J6	Incluir propósito vital en tabla	Ya implementado
43	25. Balance de riesgos	J7	Simplificación de la tabla	No aceptar
44	25. Balance de riesgos	J8	Balance de riesgos y factores protectores	Ya implementado
Sección 5. Recursos para el cambio				
45	26. Inventario de logros	J6	Pregunta final conectando logros con acciones	Aceptar
Sección 6. Señales de alerta				
46	28. Cambios normales vs. señales	J7	Nota aclaratoria para reducir ansiedad	Aceptar
47	29. Semáforo	J6	Mensaje motivacional para resultado verde	Aceptar
48	30. Resolución de problemas	J6	Frase de anclaje con salud cognitiva	Aceptar parcialmente
49	31. Red de apoyo	J5	Especificar parentesco	Aceptar parcialmente
Sección 7. Plan de acción personal				
50	33. Imaginería	J6	Especificar frecuencia de práctica	Ya implementado
51	36. Autoevaluación de progreso	J6	Nota invitando a regresar periódicamente	Aceptar

Sección 8. Recursos y contactos

52	37. Líneas de atención	J5	Ampliar descripción de psiquiatría	Aceptar
53	37. Líneas de atención	J6	Verificar vigencia de números de teléfono	Aceptar
54	37. Líneas de atención	J8	Incluir Línea Calma para hombres	Aceptar
55	39. Recursos para profundizar	J5	Agregar enlaces sobre emociones	Aceptar
56	39. Recursos para profundizar	J6	Verificar accesibilidad de URLs	Aceptar
57	39. Recursos para profundizar	J8	Párrafo de marco normativo	Aceptar

Elementos complementarios

58	41. Glosario	J5	Agregar deterioro cognitivo, salud mental, estrés	Aceptar parcialmente
59	41. Glosario	J6	Incluir apnea del sueño	No aceptar
60	41. Glosario	J6	Incluir velocidad de procesamiento	Aceptar
61	42. Referencias	J6	Inconsistencia APA en Yeap y Flicker	Aceptar
62	42. Referencias	J6	Verificar URLs	Aceptar

Nota. Datos primarios obtenidos durante el proceso de evaluación y validación de contenido. Las determinaciones se categorizaron en: aceptar (modificaciones físicas), ya implementado (coincidencias previas en el diseño preliminar), aceptar parcialmente (micro-ajustes de diagramación) y no aceptar (desestimación sustentada en el alcance o rigor clínico).

Anexo 8

Observaciones Textuales de Jueces en Valoración General

OBSERVACIONES TEXTUALES DE JUECES EN VALORACIÓN GENERAL

	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10
¿Hay algún elemento que haga parte de la promoción de la salud cognitiva en adultos de 40 a 50 años y no fue incluido en la cartilla? ¿Cuál?	Aunque se menciona el uso de pantallas, no se desarrolla el uso intencional de herramientas digitales para entrenar el cerebro (apps, juegos cognitivos, plataformas educativas). Se mencionan condiciones de salud, pero falta profundizar en la relación entre salud cognitiva y enfermedades como: Hipertensión Diabetes Obesidad Enfermedad cardiovascular		Ninguno.	NO		Se sugiere incorporar un apartado sobre aprendizaje continuo y estimulación intelectual formal (cursos, idiomas, lectura sistemática) como factor protector de la reserva cognitiva. Asimismo, el rol del juego y la creatividad (pintura, música, escritura creativa) como actividades cognitivamente enriquecedoras merece una mención.	La cartilla es amplia e integral; sin embargo, podría fortalecerse con la inclusión de estrategias de estimulación cognitiva digital y el fomento del aprendizaje continuo como factor protector de la reserva cognitiva.	No se identifica, la cartilla evaluada cumple con lo que se espera encontrar.	La cartilla presenta un abordaje amplio y pertinente de la promoción de la salud cognitiva en adultos de 40 a 50 años, integrando diversos factores protectores y estrategias prácticas. No obstante, podría considerarse como oportunidad de fortalecimiento la inclusión de algunos elementos complementarios, como el uso de herramientas digitales para la estimulación cognitiva	La cartilla aborda de manera integral los principales factores relacionados con la salud cognitiva en adultos de 40 a 50 años. Como sugerencia de enriquecimiento, podría considerarse incluir una breve sección sobre el impacto del duelo y las pérdidas en la cognición, dado que esta etapa de vida frecuentemente implica pérdidas de roles, relaciones o salud. Asimismo, una mención al impacto de condiciones crónicas de dolor en la función cognitiva podría ser relevante para el contexto colombiano.

VALORACIÓN GENERAL

¿Considera que la cartilla en su conjunto aborda de manera adecuada la promoción de la salud cognitiva en adultos de 40 a 50 años?	La cartilla aborda de manera integral la salud cognitiva al incluir: conceptos básicos, evaluación inicial, entrenamiento de funciones cognitivas, factores de riesgo y protección, estrategias clínicas y plan de acción. Además, contextualiza adecuadamente la etapa de los 40-50 años y el contexto colombiano, lo que aumenta su pertinencia	SI	Si, ya que la cartilla trasciende la visión de "gimnasia mental", puesto que adopta un enfoque biopsicosocial. No aborda solo la estimulación sino también los determinantes de la salud.	Si	La cartilla aborda de manera integral la promoción de la salud cognitiva, incluyendo factores físicos, emocionales y sociales. Sin embargo, requiere ajustes en coherencia de la población objetivo y precisión conceptual.	Sí. La selección de contenidos es pertinente, equilibrada y culturalmente contextualizada para Colombia, sustentada en evidencia reciente (2022–2025).	Si. La cartilla aborda de manera integral los factores asociados a la salud cognitiva, incluyendo aspectos cognitivos, emocionales, conductuales y sociales, con un enfoque de promoción y prevención pertinente para la población objetivo.	La cartilla resulta pertinente y atractiva para personas entre 40 y 50 años con formación tecnológica o profesional, no obstante, para adultos del mismo rango etario con menor nivel educativo, la extensión del documento podría limitar su interés y accesibilidad. Se sugiere valorar ajustes en la longitud del contenido.	Sí, la cartilla aborda de manera adecuada la promoción de la salud cognitiva, integrando componentes conceptuales, preventivos y prácticos que favorecen el autocuidado. Se evidencia un enfoque integral que incluye factores biológicos, psicológicos y sociales, lo cual fortalece su pertinencia para la población objetivo.	Sí. La cartilla aborda de manera integral y fundamentada la promoción de la salud cognitiva en adultos de 40 a 50 años, cubriendo los principales factores de riesgo y protección con un enfoque biopsicosocial coherente con la evidencia científica actual.
--	---	----	---	----	---	--	--	---	--	---

¿El modelo DPPPS (escalera de peldaños) facilita la comprensión y el recorrido del lector?	El modelo es claro, progresivo y coherente con el cambio conductual. La metáfora de la “escalera” organiza el contenido en etapas (informarse, reconocer, actuar, etc.), lo cual facilita la adherencia y guía al lector en su proceso	SI	Si, al usar la metáfora de la escalera se reduce la ansiedad del lector frente al contenido extenso, permitiendo una navegación secuencial lógica.	SI	El modelo es adecuado conceptualmente, pero presenta dificultades en su representación visual, lo que afecta la identificación clara de los peldaños y la progresión del contenido.	Sí. Es un hilo conductor efectivo que otorga coherencia estructural y progresión motivacional. La indicación del peldaño al pie de cada página facilita la orientación en cualquier punto del proceso.	Si. El modelo facilita la organización del contenido y orienta progresivamente al lector en su proceso de cambio, favoreciendo la comprensión y apropiación de la información.	Si, facilita la organización y direccionamiento del recorrido del lector, llevando una secuencia lógica, coherente y motivante para quien lo sigue., sin embargo, en la última Decidir y actuar, se sugiere dejar la pregunta: ¿lo hago?, retirando el no	Sí, el modelo DPPPS facilita la comprensión del proceso de cambio, al estructurar el contenido de manera progresiva y orientar al lector paso a paso.	Sí. El modelo DPPPS adaptado como escalera de cinco peldaños es un recurso pedagógico muy efectivo. Facilita la comprensión del proceso de cambio, contextualiza cada sección dentro de un recorrido progresivo y reduce la sensación de abrumamiento ante el volumen de contenido.
--	--	----	--	----	---	--	--	---	---	---

¿Las técnicas de psicología clínica están presentadas de forma accesible y aplicable para la población objetivo?	Las técnicas (respiración, mindfulness, reestructuración cognitiva, escritura expresiva, etc.) están explicadas paso a paso, con ejemplos cotidianos y lenguaje sencillo. Además, incluyen instrucciones claras y espacios de aplicación práctica, lo que favorece su uso autónomo	SI, CON AJUSTES MENORES	Si, se logra una adaptación exitosa de conceptos de alta complejidad a instrucciones procedimentales simples.	SI	Las técnicas son pertinentes, claras y aplicables; no obstante, algunas requieren mayor adaptación para poblaciones diversas (por ejemplo, bajo nivel de escolaridad) y mejor separación entre teoría y práctica.	Sí. Los pasos numerados, los casos y los QR para versiones guiadas aumentan significativamente e la accesibilidad de técnicas complejas como la relajación muscular progresiva o la defusión cognitiva.	Si. Las técnicas están explicadas de manera clara, estructurada y práctica, lo que permite su aplicación en la vida cotidiana; sin embargo, algunas podrían beneficiarse de ejemplos adicionales para facilitar su comprensión.	Si, presentan objetivos claros que promueven el autocuidado, por medio de autoaplicaciones y reflexiones personales	Sí, las técnicas están presentadas de manera clara, con instrucciones sencillas y aplicables en la vida cotidiana, lo que favorece su comprensión y uso autónomo por parte del lector.	Sí. Las técnicas de psicología clínica (mindfulness, reestructuración cognitiva, defusión, relajación muscular progresiva, imaginación, intención de implementación, entre otras) están presentadas con lenguaje accesible, instrucciones paso a paso, ejemplos concretos y casos ilustrativos con nombres colombianos. La selección de técnicas es pertinente y diversa.
--	--	-------------------------	---	----	---	---	---	---	--	---

¿El nivel de lenguaje es apropiado para adultos de 40 a 50 años sin formación en psicología?	El lenguaje es cercano, comprensible y evita tecnicismos innecesarios. Cuando aparecen conceptos técnicos (ej. neuroplasticidad, reserva cognitiva), estos son explicados de manera sencilla, lo que facilita la apropiación del contenido	SI	Sí, el tono es empático, profesional y evita la jerga médica sin perder el rigor científico.	SI	El lenguaje es generalmente claro y comprensible, aunque se recomienda mejorar la precisión en algunos términos (ej. “funciones cognitivas”).	Sí. El vocabulario técnico está siempre acompañado de definiciones o ejemplos inmediatos.	Sí. El lenguaje es claro, cercano y accesible, adecuado para población general favoreciendo la comprensión sin requerir conocimientos técnicos previos.	Sí, el lenguaje es sencillo y de la cotidianidad. Son párrafos cortos lo que facilita el avance ágil de la lectura. Los ejemplos y fotos animan la lectura	Sí, el lenguaje es adecuado, accesible y comprensible, evitando tecnicismos innecesarios y utilizando ejemplos que facilitan la apropiación de los contenidos.	Sí. El lenguaje utilizado es apropiado para adultos de 40 a 50 años sin formación en psicología. Se evita el uso excesivo de tecnicismos; cuando se introducen términos técnicos, están definidos de manera clara. El tono es respetuoso, empático y no condescendiente.
--	--	----	--	----	---	---	---	--	--	--

¿Considera que la cartilla está lista para ser utilizada con la población objetivo? (Sí / Sí con ajustes menores / No, requiere ajustes sustanciales)	<p>Fortalezas: Excelente estructura pedagógica y progresiva. Alto nivel de aplicabilidad práctica (ejercicios, registros, planes). Enfoque contextualizado (edad, Colombia, vida cotidiana). Integración adecuada entre salud mental y cognitiva. Aspectos a mejorar: Reducir ligeramente la extensión en algunas secciones (puede generar fatiga lectora). Incluir más elementos visuales (infografías, íconos, resúmenes) para facilitar la navegación. Incorporar indicadores de avance o “checkpoints” para reforzar la motivación del lector. Ajustar algunos bloques densos de texto para mejorar la legibilidad (especialmente</p>	SI, CON AJUSTES MENORES	Sí, con ajustes menores. El material tiene una calidad excepcional, pero podría beneficiarse de un último pulido en la densidad de ciertos apartados prácticos.	SI CON AJUSTES MENORES	El material es sólido y pertinente, pero requiere ajustes en redacción, coherencia interna, precisión conceptual y aspectos visuales antes de su implementación.	Si, con ajustes menores	Si, con ajustes menores.	Si, con ajustes menores	Si. el material cumple con los criterios necesarios para su implementación	Sí, con ajustes menores. La cartilla es una herramienta sólida, fundamentada y pertinente para la población objetivo. Se recomienda realizar ajustes menores relacionados con: (1) añadir una guía de selección de ejercicios cognitivos según área de dificultad; (2) verificar la vigencia de los números de líneas de atención; (3) considerar incluir una nota sobre el duelo y las pérdidas como factor que afecta la cognición en esta etapa.
---	---	-------------------------	---	------------------------	--	-------------------------	--------------------------	-------------------------	--	---

en secciones teóricas). Considerar una versión resumida o guía rápida para usuarios con poco tiempo.

Observaciones adicionales o sugerencias generales:	Sin ninguna otra	La información es clara y fácil de entender; la primera impresión es importante y genera una sensación de bienvenida. Los colores utilizados también hacen más amigable la lectura, al igual que las ilustraciones. La información proporcionada es clara con terminología sencilla para que cualquier tipo de lector pueda entenderla y utilizarla, nuevamente, hago énfasis en los colores, la estructura y las ilustraciones ya que permiten un fácil entendimiento. Explicar con imágenes es	Ninguna	NINGUNO	Unificar la población objetivo (evitar contradicción entre “desde los 40” y “40-50 años”), pues el título refiere que es apartir de los 40 años y dentro de la cartilla refiere estar dirigida a personas de 40 y 50 años Mejorar la precisión conceptual (funciones vs. capacidades cognitivas). Fortalecer la coherencia entre secciones (especialmente salud mental vs. glosario). Evitar mensajes que generen falsas expectativas en temas de salud. Optimizar la organización	La cartilla presenta alta calidad en términos de contenido, coherencia y aplicabilidad. Se sugiere optimizar algunos aspectos como la síntesis de la información, la incorporación de apoyos visuales, la inclusión de guías de interpretación en ciertos instrumentos y la priorización de contenidos para facilitar la adherencia del usuario. En general, constituye una herramienta pertinente y funcional para la promoción de la salud	El tamaño de la letra y los colores utilizados son agradables al lector. No se evidenciaron contradicciones entre los conceptos.	La cartilla es un material sólido, coherente y pertinente para la promoción de la salud cognitiva. Como oportunidad de mejora, se sugiere fortalecer algunos elementos visuales. En general, el material cumple con los criterios necesarios para su implementación.	La cartilla 'Guía práctica para una mente activa después de los 40' representa una contribución original, rigurosa y pertinente al campo de la promoción de la salud cognitiva en Colombia. Sus principales fortalezas son: (1) el sólido fundamento teórico-empírico con referencias actualizadas hasta 2025; (2) la pertinencia cultural evidenciada en el uso de ejemplos, nombres y datos colombianos; (3) la progresión pedagógica
--	------------------	--	---------	---------	---	--	--	--	---

importante para que se generen recuerdos asociados a la imagen. Las capacidades cognitivas son temas que requieren bastante tiempo para ser estudiadas, sin embargo, la cartilla las presenta con la información correcta y con un vocabulario entendible para todo tipo de población. Las actividades se basan en ejercicios de la vida cotidiana lo que genera interés por parte del lector. La información es clara y concisa, esta parte es donde el lector se engancha más ya que es la parte práctica y de ganancia ya que brinda actividades enfocadas en escenarios de la vida cotidiana, escenarios totalmente relevantes para la población.

visual (escalera de peldaños y separación entre contenidos).

cognitiva en la población objetivo.

coherente con el modelo DPPP; (4) la variedad y calidad de técnicas psicológicas adaptadas para población no clínica; y (5) la integración de señales de alerta y rutas de atención profesional. Se recomienda su aplicación con la población objetivo, con seguimiento de los ajustes menores sugeridos.