

FOMENTANDO LAS RELACIONES INTERPERSONALES

**GRUPO DE FORMACIÓN EN AYUDA MUTUA
PARA PERSONAS MAYORES
INSTITUCIONALIZADAS**



Alumno: Ibon Nuñez Gomez
NIUB: 15371775

Tutor: Feliciano Villar Posada

Fecha de entrega: 18//09//2016

TABLA DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	pag. 2
2. JUSTIFICACIÓN	
2.1. Emociones en las personas mayores	pag. 3
2.2. Institucionalización de personas mayores	pag. 6
2.3. Intervenciones con personas mayores institucionalizadas	pag. 10
3. MODELO DE INTERVENCIÓN	pag. 14
4. OBJETIVOS	pag. 16
5. PARTICIPANTES	pag. 17
6. CONTEXTO DE INTERVENCIÓN	pag. 17
7. METODOLOGÍA	pag. 18
7.1 Fase de información	pag. 25
7.2 Fase de formación	pag. 26
7.3 Prueba piloto GAM	pag. 43
8. EVALUACIÓN	pag. 44
9. RESULTADOS	pag. 48
10. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	pag. 58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	pag. 61
ANEXOS	
Anexo I: Consentimiento informado	pag. 70
Anexo II: Principios de funcionamiento de GAM	pag. 74
Anexo III: Estrategias para el desarrollo de la escucha activa	pag. 75
Anexo IV: Estilos de comunicación	pag. 77
Anexo V: Mensajes “Yo-Tú”	pag. 79
Anexo VI: Modelo de toma de decisiones	pag. 80
Anexo VII: Registro de participación en cada sesión	pag. 82
Anexo VIII: Registro de participación sesión GAM	pag. 83
Anexo IX: Registro de intervenciones de participantes	pag. 84
Anexo X: Cuestionario evaluación de proceso	pag. 89
Anexo XI: Escala Gencat	pag. 92
Anexo XII: Cuestionario de Ansiedad y Depresión de Goldberg	pag. 94
Anexo XIII: Cuestionario de satisfacción	pag. 95
Anexo XIV: Guion de entrevista	pag. 96
Anexo XV: Transcripción de entrevistas	pag. 97

INTRODUCCIÓN

El interés de la investigación psicológica sobre la educación emocional durante el proceso de envejecimiento está comenzando a cobrar importancia dentro de la sociedad actual, debido a que *“la expresión y regulación de las experiencias emocionales son consideradas actualmente como aspectos del funcionamiento humano cuyo análisis resulta fundamental de cara a comprender la conducta humana a lo largo del ciclo vital y, específicamente, en la vejez”* (Márquez-González, 2008). Tradicionalmente, el estudio del envejecimiento ha focalizado su atención sobre los factores patológicos que aceleran el declive físico y psicológico de las personas que representan la “tercera edad”, provocando una escisión entre el estudio de la cognición y la emoción en personas mayores.

Es necesario tener en cuenta que los mecanismos de regulación emocional son considerados como *“intentos que realizan las personas para modificar un estado emocional, alterando alguno de los factores que anteceden a la emoción (por ejemplo, selección de situaciones), o modificando algún componente de la emoción en sí misma, tienen una influencia fundamental sobre el bienestar subjetivo y la salud física”* (Gross y John, 2003).

Además, Mayne (2001) afirmaba que las emociones positivas se asocian a la longevidad y a la vida saludable. En base a esta afirmación, un alto grado de bienestar subjetivo correlaciona de modo positivo con un envejecimiento exitoso, aunque una visión positiva de la vida depende de procesos de autorregulación emocional y de los modos de hacer frente a los acontecimientos (Fernández-Ballesteros, 2009). Un modo de reducir los factores de riesgo del envejecimiento patológico y aumentar la percepción de bienestar sería mediante la educación emocional. En este sentido, la educación emocional es entendida como un *proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo integral de la persona, con objeto de capacitarle para la vida* (Alzina, 2003).

JUSTIFICACIÓN

Emociones en las personas mayores

Las personas mayores institucionalizadas están expuestas a un decremento progresivo de la frecuencia de interacción social, el cual se intensifica después de los 70 años (Antonucci, Sherman y Akiyama, 1996). Consecuentemente, a medida que se incrementa la esperanza de vida, mayor es el período de tiempo en el que se produce este declive de la interacción social. La teoría de la desvinculación afirma que el declive de los contactos sociales en la vejez es la expresión de un mecanismo adaptativo de separación social y retirada del individuo del mundo social, como preparación para la muerte (Cummings y Henry, 1961). Por otra parte, la teoría de la actividad (Havighurst 1963 y Maddox 1973) propone que el sistema social es el encargado de establecer las barreras que evitan la posibilidad de contacto entre la persona mayor y la sociedad, y que si dejaran de existir estos obstáculos el individuo mayor continuaría manteniendo los contactos sociales de un modo estable.

Estas cuestiones cobran especial relevancia en la vejez debido a que existen patrones de funcionamiento emocional que provocan la “exclusión social del individuo”. A continuación, se exponen algunos resultados empíricos sobre el envejecimiento y las emociones extraídos de Fernández-Ballesteros, 2009:

- Los adultos mayores en comparación con los más jóvenes muestran una mayor heterogeneidad y complejidad emocional (Cartensen et al., 2000; Labouvie-Vief y Marquez, 2004; Turk y Turk, 2005).
- La edad no muestra relación con la frecuencia de las emociones positivas (Magai et al., 2006); la importancia de las emociones aumenta linealmente con la edad (Cartensen y Turk, 1994), hasta los 70 años (Staudinger et al., 1999).
- Las emociones y su regulación adquieren mayor relevancia a medida que se envejece (Isaacowitz, 2005) y son fuentes de adaptación y bienestar en la vejez (Higgins et al., 1999). Acorde con la Teoría de la Selectividad socioemocional (Carstensen, 1993), las personas mayores emplean más estrategias de regulación emocional de tipo preventivo, consistentes en seleccionar las situaciones a las que se enfrentan, además de utilizar con mayor frecuencia la supresión emocional, estrategia de tipo «paliativo» o centrada en la respuesta emocional.

Según Labouvie-Vief, DeVoe y Bulka (1989), una de las posibles explicaciones podría ser la existencia de una mayor presión social para la inhibición de la expresión de las emociones por parte de las personas mayores, quienes, han sido socializadas en un contexto sociocultural donde las emociones debían ser inhibidas en lugar de ser expresadas.

- Una de las características del envejecimiento patológico es la escasa salud mental y el funcionamiento emocional negativo. Aldwin et al. (2006) señalan que la ansiedad, la depresión y la hostilidad son factores de riesgo para la salud.
- Diversas teorías asumen como puntos clave del envejecimiento con éxito los siguientes: a) el sistema emocional contiene un conjunto de recursos que facilitan la adaptación (incluyendo la regulación emocional), de cara a la supervivencia y al ajuste del individuo al medio (Magai et al., 2006); b) el funcionamiento emocional parece ser una de las base para el establecimiento de juicios valorativos, percepción de control sobre el medio y habilidades de afrontamiento o “coping” (Blanchard-Fields et al., 1995; Lazarus, 1991), y c) según Cartensen (1991), la importancia de las emociones aumenta con la edad porque, a medida que el individuo se acerca al final de la vida, la calidad e intensidad emocional de las relaciones sociales se va haciendo cada vez más central.

Las emociones proporcionan la base para las interacciones sociales de las personas. Además, el estudio de las emociones durante el envejecimiento tiene una amplia importancia debido a que existe una estrecha relación positiva entre un estilo de vida donde predomina el afecto positivo y la ausencia de causas que provocan las principales tipologías de mortalidad entre las personas mayores (Pressman y Cohen, 2005). Entendemos así que la consecución de un estilo de afecto positivo facilitará las interacciones sociales y reducirá el riesgo de mortalidad o discapacidad.

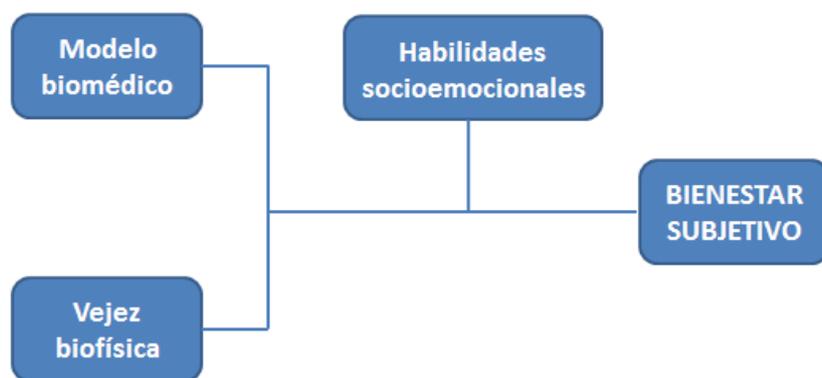


Figura 1: Modelo teórico de la propuesta de intervención.

Asimismo, es necesario tener en cuenta las investigaciones que sugieren que las personas mayores reportan un menor nivel de satisfacción vital -asociada a la insatisfacción de la persona adulta con su pasado- que las personas jóvenes. Esto es debido a que cuanto más mayores somos, mayor es el número de recuerdos de experiencias negativas que se acumulan en nuestra historia vital (Alcalá, Camacho, Giner, Giner e Ibáñez, 2006; Márquez-González, De Trocóniz, Cerrato, y Baltar, 2008).

Por otra parte, tal y como afirma el *Modelo de dependencia aprendida de Baltes* (Verdugo y Gutiérrez, 2000) existen comportamientos dependientes que pueden traducirse en una ganancia para las personas mayores mediante el aumento de control sobre el ambiente y el aumento de las interacciones y la asistencia. Consecuentemente, estas conductas se desarrollan en entornos institucionales en los cuales las relaciones sociales son limitadas y se produce un fenómeno de competencia entre las personas usuarias por la atención de las personas cuidadoras.

Siguiendo la línea argumental anterior, un estudio dirigido por Querajeta (2004), y publicado por el IMSERSO, afirma que el contexto en el cual se produce la dependencia tiene un notable impacto sobre el aumento o disminución de esta variable en estas personas, provocando un condicionamiento del nivel de bienestar subjetivo. Es fundamental considerar que un ambiente estimulante contribuye a que las personas mayores desarrollen unos niveles de funcionamiento óptimos y que, por el contrario, un ambiente poco estimulante será promotor del incremento de la dependencia (Lawton, 1990; 2001).

Institucionalización de personas mayores

El envejecimiento de la población es un problema de salud actual debido a que el modelo biomédico está potenciando alargar la vida en años, aunque está dejando de lado incluir años a la vida, y como consecuencia está aumentando el tiempo que una persona puede sobrevivir en estado de discapacidad (Fernández-Ballesteros, 2009). Conjuntamente, las personas mayores se encuentran en una etapa vital en la que aumentan las probabilidades de enfermedad y disfunción (Triadó, Solé, Osuna y Villar 2003), al mismo tiempo que sus recursos adaptativos disminuyen, aunque este aspecto se desarrolla de un modo más notable en las personas institucionalizadas (Stefani y Feldberg, 2006).

Según datos del Institut d'Estadística de Catalunya, en 2015 se encontraban censadas 1.373.232 personas mayores de 65 años (18,29% de la población total) en la Comunidad Autónoma de Cataluña, siendo 7.508.106 personas la población total. Además, es necesario tener en cuenta que las proyecciones de población realizadas sugieren que la evolución del sector de las personas mayores continuará incrementando de modo progresivo llegando a representar al 23,5% de la población catalana para el año 2030 (1.773.142 personas mayores de 65 años) (IDESCAT, 2014; 2016).

Ocaña, Toronjo, Rodríguez y Rodríguez (2006) afirman que las personas mayores de 65 años representan el segmento poblacional en el cual se prevé que se desarrollará el mayor crecimiento y dónde se evidenciarán las dificultades más significativas debido a la reducción de la calidad de las políticas sociales. Por lo tanto, se evidencia un estancamiento en el potencial de capacidad de respuesta del personal asistencial en los entornos residenciales teniendo en cuenta la incapacidad de aumentar las ratios de atención directa.

Por otra parte, una evaluación de las plazas residenciales existentes en las comunidades autónomas publicado por Envejecimiento en Red (2014) indica que únicamente 59.178 personas pueden disponer de una plaza residencial en Cataluña, correspondiendo 47.119 plazas a centros privados y 12.059 a residencias públicas. Asimismo, teniendo en cuenta la totalidad de plazas residenciales, el 73% (43.706) se encuentran en centros que tienen una capacidad mayor de 50 residentes, en las cuales se desarrollan mayores limitaciones para llevar a cabo interacciones significativas con otras personas, de modo que se promueva el establecimiento de redes de apoyo informal.

Pac, Vega, Formiga y Mascaró (2006) afirmaban que la falta de red social y de apoyo representa es una de las principales causas de institucionalización (49%). Conjuntamente, y atendiendo a los datos presentados por Pinzón, Garrido, Reyes, Lima, Raposo, Martínez y Alonso (2015), la reducción de las interacciones sociales se intensifica en los entornos residenciales. Específicamente, en esta investigación la fragilidad de la red de apoyo y el riesgo de claudicación era mayor en las personas que recibían atención residencial en comparación con personas que se encontraban en entornos institucionalizados (29,4 y 31,6% respectivamente en las mujeres y 31,9 y 36,9% respectivamente en los hombres).

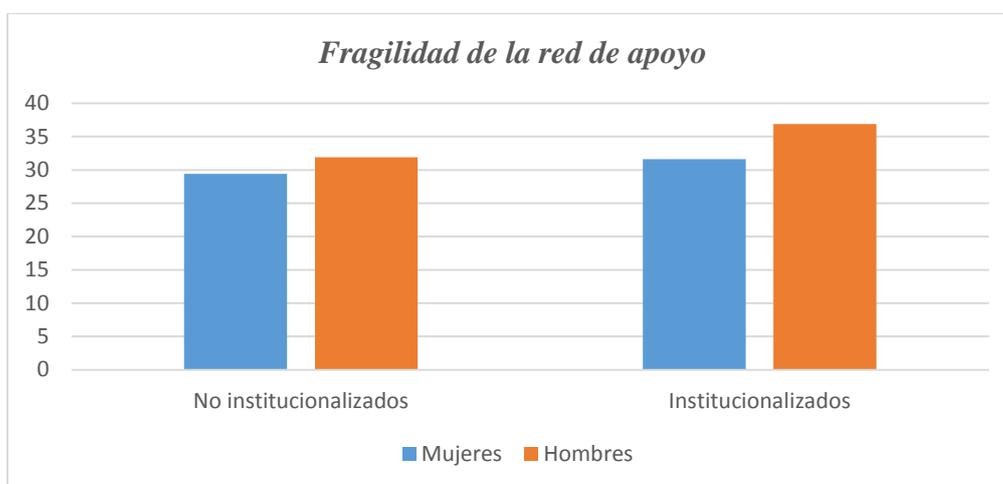


Figura 2: fragilidad de la red de apoyo de personas no institucionalizadas vs institucionalizadas

Las personas que ingresan en una institución tienen expectativas sobre cómo será la residencia en la que vivirán, la mayoría de personas que atraviesan este proceso, la última etapa vital. En concreto, en un estudio llevado a cabo en 1997 por Triadó (p. 125) se destacan los siguientes deseos: *"Lo que más se desea de una institución es que el espacio sea confortable y ello se concreta en primer lugar en que haya habitaciones individuales, que sean amplias y que tengan jardín. La segunda prioridad es que den afecto y cariño, así como trato familiar. Como tercera prioridad que haya higiene. Y, por último, que se organicen actividades para estar entretenidas"*. Por lo tanto, teniendo en cuenta que los espacios existentes son difícilmente modificables, una de las prioridades más relevantes es la percepción de afecto, cariño y un trato familiar.

Sin embargo, los diferentes cambios sociales desarrollados las últimas décadas han promovido un perfil de institucionalización de personas mayores dependientes, muy

mayores y/o con problemas sociales importantes (Leturia y Yangüas 1998). Asimismo, las personas son condicionadas por las percepciones subjetivas que desarrollan sobre el ambiente (Triadó, 2003). Consecuentemente, las personas mayores que ingresan en un centro residencial realizan un mecanismo de ajuste de la conducta promovido por la ausencia de la necesidad de realizar actividades rutinarias debido a que ya están satisfechas por el personal de atención directa (Montorio e Izal, 1992). Este fenómeno provoca una disminución del nivel de autonomía (Baltes, 1987) y de la percepción de control del entorno de la persona residente pudiendo provocar una disminución del contacto social (Lehr, 1988).

Según un estudio en relación a diferencias existentes entre mujeres institucionalizadas y no institucionalizadas publicado por Arbinaga (2002), los trastornos del estado de ánimo en poblaciones de edad avanzada son un problema significativo provocando efectos mayores en personas que se encuentran institucionalizadas. El mismo autor explicita que aun existiendo unos niveles de satisfacción con la entidad adecuados, las alteraciones relacionadas con el estado de ánimo depresivo están presentes en un número significativo de mujeres institucionalizadas (69,4%). No obstante, la prevalencia en mujeres que asisten a centros de día disminuye de un modo evidente llegando a reducirse a casi la mitad de personas (34,3%).

Diversos autores consideran que las personas deben mantener durante la totalidad de etapas vitales diversos aspectos que permiten el bienestar psicológico de la persona. Entre ellos, Iglesias y Dosil (2005) afirman que una vejez con calidad de vida es aquella en la que se desarrolla competencia conductual y de salud, implicación social, bienestar subjetivo y satisfacción vital. Siguiendo la misma línea de pensamiento, Birren y Schaie (2001), Belsky (2001) o Izal y Montorio (1999) sugieren que la dimensión afectiva de las personas mayores resulta clave para la comprensión de esta etapa vital.

Respecto a la satisfacción vital de las personas mayores institucionalizadas un estudio de Oliver, Navarro, Meléndez, Molina, y Tomás (2009) muestra que los aspectos sociales producen una mayor satisfacción que las relaciones familiares, aunque, asimismo, son una fuente considerable de insatisfacción. Este aspecto puede indicar que, aunque haya numerosas oportunidades de interrelación, las interacciones que se desarrollan pueden no satisfacer las necesidades sociales de las personas que se encuentran institucionalizadas.

Por otra parte, Schultz y Heckhausen (1998) sugieren que estas personas intentan ejercer cierto control sobre el entorno pero que los resultados de sus acciones no se pueden atribuir a las consecuencias de las conductas debido a que la institución se encuentra altamente mediatizada. Este aspecto evidencia la importancia de la percepción que mantienen las personas residentes sobre los mecanismos de control internalizados. No obstante, como señala Bandura (1997), las experiencias de *empowerment* (Rappaport, 1993) mediante el apoyo social y el refuerzo pueden promover un aumento de la percepción de autoeficacia e independencia (considerando la independencia como el término actual de autonomía –libertad en la toma de decisiones-) fomentando, de esta manera, una mayor resiliencia en las personas residentes.

Las personas mayores institucionalizadas experimentan, lo que muchos autores denominan, “pérdidas asociadas al envejecimiento” de un modo incrementado debido a que pueden encontrarse en un entorno poco controlable en el cual disminuye el número de relaciones personales creadas durante toda la vida y en el que se puede producir una progresiva reducción de la competencia (Ocaña, Toronjo, Rodríguez y Rodríguez, 2006). Igualmente, tal y como afirma Arbinaga (2002), las personas que llevan un período mayor a 1 año viviendo en una residencia para personas mayores expresa cierto malestar emocional, aunque enfatizan en sentimientos de soledad o de tristeza.

Es necesario tener en cuenta que uno de las mayores fuentes de estrés entre las personas institucionalizadas son los problemas derivados de las interacciones sociales. Paradójicamente, las relaciones interpersonales son un potenciador para el correcto ajuste psicológico de la persona (Buendía y Riquelme, 1997) a los diferentes sucesos que se desarrollan dentro de una residencia. Por ello, la consideración de los aspectos afectivos y emocionales como significativamente relevantes por parte de la institución puede favorecer la reducción de las dificultades existentes para el establecimiento de redes de apoyo informales “inter-residentes”.

Asimismo, las actuales residencias de ancianos se encuentran en un estado intermedio entre la realidad de los antiguos asilos y la del propio hogar. Según Barenys (1993), en estos contextos el punto de referencia es la convivencia, aunque en ocasiones resulta complicado diferenciar si realmente las personas residentes están compartiendo sus vidas o simplemente “viven al lado de alguien”. Este fenómeno puede fomentar

notablemente la aparición de síntomas depresivos (Flórez, Cachero, San José, Martínez, Farpón, Martínez, Lastra y Flórez, 2003) y de sentimientos de despersonalización debido a la ausencia de la red social anteriormente frecuente (Rojas, de las Heras, Reig et al. (1999).

Consecuentemente, Molina et al. (2008) proponen que el establecimiento de mecanismos que promuevan el desarrollo de relaciones sociales es fundamental para que las personas institucionalizadas mantengan unos niveles adecuados de bienestar personal. Por ello, resulta fundamental crear actividades y espacios que promuevan un efecto protector, como la promoción de redes de apoyo, para evitar situaciones en las que se desarrolle un exceso de vulnerabilidad.

Intervenciones centradas en las emociones con personas mayores institucionalizadas

Según el Colegio Oficial de Psicólogos (2002), las intervenciones psicológicas con personas mayores institucionalizadas, del mismo modo que se focalizan las intervenciones médico-sanitarias, deberían estar orientadas al diseño de medidas fiables en relación a la evaluación y el seguimiento de las propuestas de intervención, y promover cambios conductuales mediante estrategias que favorezcan el proceso de adaptación de estas personas. Sin embargo, las publicaciones realizadas hasta el momento actual sobre intervenciones centradas en las emociones con personas mayores institucionalizadas se encuentran focalizadas en intervenciones psicológicas en relación a la salud y en intervenciones con personas que asumen el rol de cuidadores, en lugar de dirigirse a las propias variables psicológicas de las personas institucionalizadas de modo directo (Rodríguez, Valderrama y Molina, 2010).

Además, es necesario tener en cuenta que estas personas se encuentran en una etapa del desarrollo en la cual predomina el proceso de reflexión en relación a la valoración de la vida como un conjunto provocando que lleven a cabo una valoración acerca del modo en el que han vivido a lo largo de la vida (Duran, Uribe-Rodríguez Molina, Barco y González, 2006). Por otra parte, el temor a la pérdida de seres queridos, la jubilación, reducción de la inclusión social y la disminución de la interacción social provoca que estas personas puedan padecer un alto impacto a nivel social durante el período de institucionalización (Gallar, 1998; Uribe-Rodríguez, Buena-Casal, 2003).

Llevando a cabo una revisión de las intervenciones realizadas con estas personas, se observa un alto índice de propuestas de intervención que promueven la mejora de la

salud, específicamente de la presión arterial, mediante la utilización de técnicas cognitivo-conductuales (relajación y respiración, reestructuración cognitiva, psicoeducación, etc.) para la reducción de variables psicológicas como la ansiedad, la ira y la solución de problemas (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado & Escalona, 1994; Moreno, Contreras, Martínez, Araya; Livacic-Rojas, & Vera-Villaroel, 2006). Además, según Garcés, Velandrino, Conesa & Ortega (2002), el empleo de las técnicas citadas en este mismo párrafo anteriormente puede promover el establecimiento de un locus de control interno mayor, una mayor conciencia de la propia enfermedad, la disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa y una mejora de las interacciones con los familiares de referencia.

Por otra parte, las intervenciones con cuidadores de personas mayores institucionalizadas representan, del mismo modo que las intervenciones sobre la salud, un número significativo de intervenciones que se realizan con este colectivo. Según Castellón y Rodríguez (2004), este tipo de intervenciones, realizando especial énfasis en intervenciones dirigidas a la promoción de las habilidades de comunicación, fomentan un aumento de la calidad de vida de la persona mayor y su cuidador debido a la mejora de los ritmos de sueño, del afrontamiento ante reacciones catastróficas de la persona mayor y la comunicación con el paciente.

No obstante, estas intervenciones anteriormente citadas se focalizan en variables que son propias de las personas. Además, es necesario tener en cuenta, que estas personas viven en un contexto que mantiene unas características propias y que, en numerosas ocasiones, es promotor de una gran variedad de conflictos. Por lo tanto, los programas de intervención dirigidos a personas mayores en situación de institucionalización deberían considerar factores relacionados con las fuentes de apoyo psicosocial y las necesidades propias de esta población, ya que las redes de apoyo promueven un incremento de calidad de vida (Fernández, 1992).

En base a lo anteriormente expuesto, una intervención basada en los procesos de ayuda mutua puede repercutir en una mejora de la calidad de vida y en una mayor satisfacción de las necesidades de estas personas. Sin embargo, los grupos de ayuda mutua para personas mayores institucionalizadas son significativamente escasos, por no decir inexistentes.

En relación a Grupos de Ayuda Mutua (GAM) enfocados a la situación de la institucionalización, el mayor número de intervenciones realizadas se focalizan a la mejora de la situación de los familiares que asisten a la persona institucionalizada en lugar de dar importancia a la propia persona institucionalizada (Montaño, 2003). No obstante, un número notable de autores evidencian y comparten resultados positivos de este tipo de dinámicas sobre diversos grupos en riesgo.

Los GAM se definen como grupos pequeños que son constituidos de modo voluntario con el objetivo de alcanzar un fin común específico (Katz y Bender, 1976). Las personas que conforman este tipo de dinámica suelen estar motivadas a satisfacer una necesidad común, como en este caso es el apoyo emocional para la evitación de la soledad y el aislamiento. Como afirma Hess (1982), una de las potencialidades más significativas de los grupos de ayuda mutua es el fomento de la capacidad de las personas para ayudarse a sí mismas y para favorecer que otras puedan ayudarse a sí mismas.

Según Montaño (2003), las personas que conforman un GAM buscan resolver o abordar una situación que produce conflicto o malestar, como puede ser la ausencia de percepción de apoyo emocional. De este modo, al comenzar a asistir a un GAM, se inicia un proceso de atribución interna de la responsabilidad referente a la toma de decisiones que es necesaria realizar sobre un problema que es común para todas las personas que conforman el grupo. Asimismo, tal y como expresa Rivera y Quevedo (2004, p. 86), este tipo de dinámicas favorece la “*detección, comprensión y elaboración de las situaciones conflictivas*” debido a que una de sus potencialidades es la instancia mediadora que ejerce.

El apoyo social representa uno de los principales factores potenciadores del éxito en el afrontamiento de enfermedad (Montorio y Carroble en Montorio e Izal, 2000). En base a esta afirmación, un Grupo de Ayuda Mutua para el apoyo emocional puede representar una estrategia interesante en relación a la promoción de interacciones sociales y a la mejora de las estrategias de afrontamiento. A continuación, se exponen los beneficios, tanto a nivel personal como social, que pueden derivarse de la dotación y recibimiento de ayuda (Moya y Costa, 2008, p. 39):

A nivel personal:

- En un GAM la persona encuentra un espacio en el que se puede expresar libremente y sin ser juzgada.
- Es un espacio en el que recibe información y conocimientos sobre su situación.
- Se aprenden habilidades para relacionarse, compartir y expresar sentimientos, eso hace que el encuentro con los demás facilite la búsqueda de una salida y un mejor control de la situación.
- La persona se siente más fuerte, aumenta su capacidad para afrontar nuevas situaciones, lo que favorece los cambios y aumenta sus perspectivas de futuro.
- El GAM proporciona apoyo emocional. Poder compartir experiencias hace que la persona se pueda distanciar de su problema y ser más objetiva para tomar decisiones más positivas.
- Rompe el aislamiento, porque cuando las personas están juntas reúnen fuerzas para proponer actividades sociales.
- También ayuda a sus miembros en las necesidades no cubiertas por la Administración mediante la organización de actividades reivindicativas o de sensibilización pública, aunque estas funciones son más propias de entidades formales como las asociaciones de afectados.
- Les personas que forman parte de un GAM utilizan de forma más racional los servicios sanitarios y la medicación, también reducen la cifra de bajas laborales y su duración.
- En general la participación en un GAM ayuda a mejorar las relaciones familiares, laborales y sociales.

A nivel social:

- El GAM dinamiza y consolida el tejido asociativo, fomentando la participación ciudadana, la solidaridad, la tolerancia y la cooperación.
- A pesar de que los GAM agrupan a personas con situaciones similares o iguales, aunque las opiniones, creencias y estatus sociales de los participantes pueden ser muy distintos. Esta realidad facilita la creación de sociedades más tolerantes, en las que caben todos los seres humanos sin tener en cuenta sus diferencias respecto a los demás.

Siguiendo la misma línea, diversos autores han investigado las consecuencias que se pueden desarrollar tras la implementación de los grupos de ayuda mutua. En concreto,

Levine y Perkins (1987) enfatizan sobre las funciones que pueden beneficiar al estado psicológico de las personas. A continuación, se exponen las más relevantes:

- promueven el sentimiento psicológico de comunidad
- proporcionan una ideología que da significado a las circunstancias particulares de la vida diaria
- ofrecen una oportunidad para la autorrevelación y la crítica mutua
- proporcionan modelos de conducta
- enseñan estrategias efectivas de afrontamiento
- facilitan el acceso a una red de relaciones

En base a lo anteriormente expuesto, a continuación, se detalla el modelo de intervención utilizado durante este programa para el fomento de las relaciones interpersonales.

MODELO DE INTERVENCIÓN

La investigación psicológica ha enfatizado sobre los efectos compensatorios que puede tener un alto nivel motivacional en una habilidad comportamental determinada. Esta afirmación se sustenta en que los seres humanos somos organismos que se encuentran en continuo desarrollo, siempre que se produzcan transacciones entre el organismo biológico y el contexto sociocultural (Fernández-Ballesteros, 2004). Además, existe una amplia base empírica que argumenta que la inteligencia cristalizada (vocabulario, actitudes, comprensión, etc.) se mantiene constante una vez alcanzado cierto nivel e incluso puede ser potenciada en etapas vitales avanzadas.

Siguiendo la propuesta que realiza el GROU (1997), se considera las competencias emocionales como *el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales*. El modelo desarrollado por el *Grup de Recerca en Orientació Psicopedagògica* estructura las competencias emocionales en cinco bloques: conciencia emocional, regulación emocional, autonomía personal, inteligencia interpersonal y habilidades de vida y bienestar. A continuación, se exponen la dimensión considerada relevante para el programa del modelo de competencias emocionales extraído de Alzina, 2003:

Competencia social

La competencia social es la capacidad para mantener buenas relaciones con otras personas. Esto implica dominar las habilidades sociales, capacidad para la comunicación efectiva, respeto, actitudes pro-sociales, asertividad, etc.

- *Dominar las habilidades sociales básicas:* escuchar, saludar, despedirse, dar las gracias, pedir un favor, manifestar agradecimiento, pedir disculpas, mantener una actitud dialogante, etc.
- *Respeto por los demás:* intención de aceptar y apreciar las diferencias individuales y grupales y valorar los derechos de todas las personas.
- *Practicar la comunicación receptiva:* capacidad para atender a los demás tanto en la comunicación verbal como no verbal para recibir los mensajes con precisión.
- *Practicar la comunicación expresiva:* capacidad para iniciar y mantener conversaciones, expresar los propios pensamientos y sentimientos con claridad, tanto en comunicación verbal como no verbal, y demostrar a los demás que han sido bien comprendidos.
- *Compartir emociones:* conciencia de que la estructura y naturaleza de las relaciones vienen en parte definidas tanto por el grado de inmediatez emocional o sinceridad expresiva como por el grado de reciprocidad o simetría en la relación.
- *Comportamiento pro-social y cooperación:* capacidad para aguardar turno; compartir en situaciones diádicas y de grupo; mantener actitudes de amabilidad y respeto a los demás.
- *Asertividad:* mantener un comportamiento equilibrado, entre la agresividad y la pasividad. Esto implica la capacidad para defender y expresar los propios derechos, opiniones y sentimientos; decir “no” claramente y mantenerlo; hacer frente a la presión de grupo y evitar situaciones en las cuales uno puede verse coaccionado; demorar actuar o tomar decisiones en estas circunstancias de presión hasta sentirse adecuadamente preparado, etc.
- *Prevención y solución de conflictos:* capacidad para identificar, anticiparse o afrontar resolutivamente conflictos sociales y problemas interpersonales. Implica la capacidad para identificar situaciones que requieren una solución o decisión preventiva y evaluar riesgos, barreras y recursos. Cuando inevitablemente se

producen los conflictos, afrontarlos de forma positiva, aportando soluciones informadas y constructivas. La capacidad de negociación es un aspecto importante, que contempla una resolución pacífica, considerando la perspectiva y los sentimientos de los demás.

- *Capacidad de gestionar situaciones emocionales*: habilidad para reconducir situaciones emocionales muy presentes en los demás que requieren una regulación. Podemos asimilarlo a la capacidad para inducir o regular las emociones en los demás.

OBJETIVOS

- Desarrollar habilidades de auto-conciencia y auto-gestión para lograr un adecuado nivel de bienestar subjetivo en la vida.
 - A. Identificar y regular las propias emociones y comportamientos.
 - B. Reconocer las cualidades personales y los apoyos externos.
- Utilizar la conciencia social y las habilidades interpersonales para establecer y mantener relaciones positivas en situación de institucionalización.
 - A. Reconocer los sentimientos y perspectivas de otras personas.
 - B. Reconocer las similitudes y diferencias entre personas.
 - C. Utilizar habilidades de comunicación y competencias sociales para interactuar de forma efectiva con los demás.
 - D. Demostrar la habilidad para prevenir, manejar y resolver conflictos interpersonales de forma constructiva.
- Demostrar habilidades de toma de decisiones y comportamientos responsables en contextos personales y comunitarios.
 - A. Aplicar habilidades de toma de decisiones para tratar con responsabilidad las situaciones sociales cotidianas.
 - B. Contribuir al bienestar de la comunidad.
- Desarrollar la capacidad de proporcionar apoyo emocional al resto de residentes en situaciones en las que padecen malestar emocional.
- Establecer una red de apoyo informal entre las personas participantes.

PARTICIPANTES

Por lo tanto, tras haber examinado los programas ya existentes y teniendo en cuenta los objetivos planteados, los participantes de este programa para el fomento de las relaciones interpersonales mediante la educación emocional han sido personas mayores institucionalizadas de ambos sexos que mantengan altos niveles de autonomía. Se han excluido personas con deterioro cognitivo moderado o grave. El grupo de participantes se formó por 4 hombres y 2 mujeres y con nivel de estudios bajo/medio, a excepción de 1 participante que había finalizado estudios superiores. Las edades de los participantes están comprendidas entre los 63 y 93 años.

CONTEXTO DE LA INTERVENCIÓN

La intervención se realizó en la residencia Àntic de València de la Fundació Pere Relats. Se trata de una fundación sin ánimo de lucro que gestiona 3 residencias para personas mayores en el barrio del Poblenou. El propósito del centro es ofrecer el acogimiento residencial que necesiten aquellas personas mayores que, por diversos motivos, no pueden vivir de un modo independiente y, consecuentemente, no pueden valerse por ellas mismas. La consecución de un envejecimiento autónomo, en el cual la persona pueda decidir dentro de sus posibilidades aquellos aspectos relacionados con su vida diaria como salidas, comida, actividades, administración del dinero, higiene y aseo. No obstante, en aquellas personas que padecen un deterioro cognitivo, la libertad de elección se ve reducida como, por ejemplo, puede ser la imposibilidad de rechazo de un tratamiento farmacológico. Este modelo de trabajo, tiene su fundamentación en el proceso de reflexión continua acerca de la tarea que se realiza con el objetivo de mejorarla día a día. Consecuentemente, la entidad lleva un extenso proceso de revisión de las metodologías de trabajo utilizadas, lo cual se ha traducido en la instauración del modelo Atención Centrada en la Persona (ACP). Con más detalle, el programa se implementó en las horas correspondientes a espacios de tiempo libre para favorecer la integración en el conjunto total de actividades del centro. Cada sesión tuvo una duración máxima de 60 minutos y se realizaron 2 sesiones por semana. El grupo estuvo formado por 6 personas institucionalizadas en la residencia anteriormente mencionada.

Profesionales necesarios

Para su implementación fue necesaria la participación de una persona con conocimientos sobre el programa y su política de actuación, además de tener conocimiento sobre las habilidades socioemocionales y especialmente en la etapa de la tercera edad.

Recursos materiales

Se dispuso de un aula acogedora, aunque estaba significativamente frecuentada por las personas residentes. En relación al espacio físico, se desarrolla una significativa limitación debido a que el único lugar en el cual se podía llevar a cabo la intervención era el comedor de la residencia, en el que se encontraban presentes personas usuarias que no participaron en las dinámicas. Por otra parte, fue fundamental el acceso a un ordenador para favorecer la reproducción de materiales multimedia en las sesiones en las que está programado. Por último, fue necesario un paquete de folios y bolígrafos para todas las personas que integraban el grupo.

METODOLOGÍA

Es necesario tener que el funcionamiento de un grupo de ayuda mutua tiene ciertos principios inherentes a la naturaleza de la intervención. A continuación, se exponen las pautas presentadas por Cá y Wiener (1994), extraídas de Hombrados, García y Martíportugués. (2004), que guían el desarrollo metodológico del proceso:

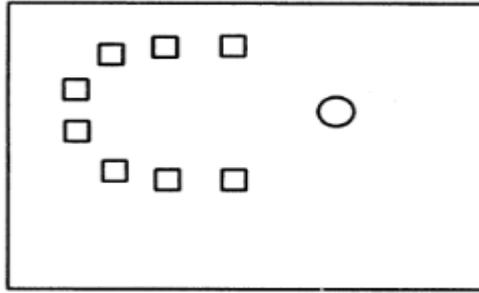
- Los participantes comparten su historia o circunstancia desde la experiencia del “aquí y ahora”. Lo que importa en los grupos de apoyo es el presente, aunque sea un recuerdo o un hecho pasado.
- Se debe buscar la autorresponsabilización, por lo que es importante que las frases utilizadas se personalicen para no desvincular a la persona de sus actos y emociones.
- Ayudar a las personas a que conviertan los adjetivos y sustantivos en verbos (p. ej. “a veces me siento solo” en lugar de “soy una persona solitaria”) ya que las expresiones más abiertas permiten profundizar más en las situaciones.

- No hay que hablar del grupo fuera del grupo ni hablar de nadie que se encuentre ausente del grupo.
- No forzar a los participantes a decir algo que no quieran decir, respetar el proceso de participación de cada persona y no hacer juicios de valor de lo que se expresa ante el grupo.
- Proporcionar ayuda recurriendo a los propios medios que poseen los participantes del grupo. Para no desarrollar una situación de dependencia ninguna persona ha de erigirse en “consejero”, más bien cada persona ha de responsabilizarse de su propio proceso de cambio.

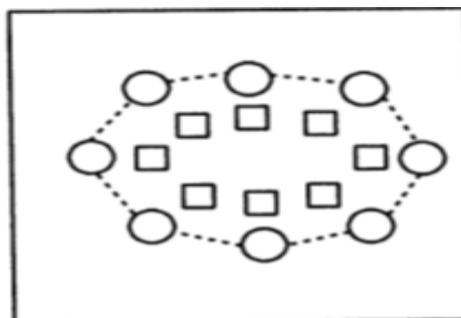
Mediante esta dinámica, se pretende que los propios miembros del grupo de ayuda mutua vayan detectando de modo progresivo personas que necesitan apoyo emocional con el objetivo de proporcionar el empoderamiento necesario para la reducción de la angustia y el aislamiento.

Teniendo en cuenta que las funciones explicadas por Levine y Perkins (1987), consideramos fundamental el desarrollo de grupos de ayuda mutua para fomentar las competencias emocionales con el objetivo de favorecer las interacciones entre los residentes, así como evitar situaciones que puedan favorecer al aislamiento de las personas. La formación del grupo de ayuda mutua se llevará a cabo siguiendo la propuesta metodológica de Villaba (1996), extraídas de Hombrados, García y Martíportugués. (2004):

- Primera fase. El objetivo fundamental de esta fase es la información a las personas participantes de los objetivos generales, las normas de funcionamiento y la metodología con la que se desarrollará el grupo. El profesional desempeña un papel activo informando y formando al grupo en una reunión en la cual se detalla las bases de la autoayuda y las funciones del grupo de apoyo. Toda la información debe quedar registrada en una carpeta del grupo. Esta fase se llevará a cabo en la “Sesión 0” y podría ser extensible a otra sesión si las personas participantes tuvieran dudas de la metodología que se va a utilizar. La disposición física del profesional y los integrantes del grupo será la siguiente:

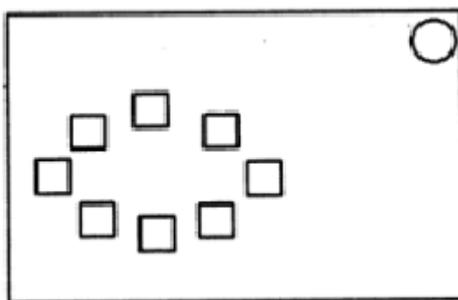


- Segunda fase. El objetivo es fomentar las habilidades interpersonales mediante la instrucción del formador, el cual estará presente en todas las sesiones. El entrenamiento en la práctica se llevará a cabo mediante el aprendizaje de las pautas de comunicación expuestas en el apartado “metodología de las sesiones”. Esta fase tendrá una duración de 7 sesiones y la disposición física del profesional será tras la persona que está compartiendo su experiencia con el objetivo de proporcionarle un sentimiento de apoyo y evidenciar que el profesional no es un miembro del grupo, sino un facilitador. El profesional puede intervenir durante la intervención de un miembro del grupo para asesorarle sobre estrategias comunicativas que puedan ser más adecuadas (mayor personalización de los mensajes para evitar generalidades, no hablar de personas ausentes, evitación del exceso de racionalidad, delimitación del tiempo de intervención para fomentar la participación de la totalidad de los miembros del grupo) Resulta fundamental ayudar a las personas participantes a delimitar y explicitar las tareas que cada miembro se va a proponer. La disposición física sería la siguiente:



- Tercera fase. El objetivo principal es que el grupo lleve una sesión piloto sin el acompañamiento del profesional. El profesional adopta la posición de observador y supervisor, e interviene al final de la sesión para comentar lo más significativo y las desviaciones de las pautas establecidas que hayan podido surgir. En el caso de que

las personas participantes decidieran continuar con las reuniones, cada sesión será coordinada por una persona diferente del grupo, de este modo se evita la asunción de poder sobre la dirección del grupo por parte de los miembros que lo forman. Además, la observación enfatizará sobre si se desarrolla la tendencia al liderazgo o a la exclusión de algún miembro. A modo de resumen, el profesional indicará al finalizar la sesión si el grupo ha mantenido la metodología propuesta, enfatizando sobre el modo en que ha llevado la coordinación del grupo la persona responsable. La disposición física sería la siguiente:



A continuación, se expone la secuenciación de las sesiones con los objetivos establecidos como fundamentales en las mismas:

FASE	SESIÓN	FECHA	OBJETIVOS
FASE 1 (fase de información)	Sesión 0: Expectativas y necesidades del grupo de ayuda mutua	01/08/2016	Explicación de la naturaleza del proyecto, exposición del procedimiento de las sesiones y explicitación de las expectativas que esperan satisfacer con el grupo de ayuda. ➤ Lograr la participación de la totalidad de personas.
FASE 2 (fase de formación)	Sesión 1: ¿Cómo sentimos?	06/08/2016	Ejercicios de respiración y de actividades de introspección guiadas ➤ Identificar y regular las propias emociones y comportamientos. ➤ Utilizar habilidades de comunicación y competencias sociales para interactuar de forma efectiva con los demás.

<p>Sesión 2: ¿Nos escuchamos?</p>	<p>08/08/2016</p>	<p>Potenciación de la escucha activa mediante dramatización.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconocer los sentimientos y perspectivas de otras personas. ➤ Reconocer las similitudes y diferencias entre individuos y grupos. ➤ Utilizar habilidades de comunicación y competencias sociales para interactuar de forma efectiva con los demás. ➤ Contribuir al bienestar de la comunidad
<p>Sesión 3: Conflictos cotidianos</p>	<p>10/08/2016</p>	<p>A través de ejercicios de meditación y de actividades de visualización guiadas, los participantes aprenden a observar sus propios pensamientos y emociones para saber modificarlos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar y regular las propias emociones y comportamientos. ➤ Demostrar habilidades relacionadas con el logro de objetivos personales y sociales. ➤ Demostrar la habilidad para prevenir, manejar y resolver conflictos interpersonales de forma constructiva. ➤ Reconocer los sentimientos y perspectivas de otras personas. ➤ Reconocer las similitudes y diferencias entre individuos y grupos.
<p>Sesión 4:</p>	<p>16/08/2016</p>	<p>Consecución un estilo de comunicación</p>

	<p>¿Tenemos problemas similares?</p> <p>¿Cómo afrontarlos?</p>		<p>asertivo. Para el aprendizaje de esta habilidad se procederá a la práctica de la habilidad de decir “no”.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconocer los sentimientos y perspectivas de otras personas. ➤ Reconocer las similitudes y diferencias entre individuos y grupos. ➤ Utilizar habilidades de comunicación y competencias sociales para interactuar de forma efectiva con los demás. ➤ Demostrar la habilidad para prevenir, manejar y resolver conflictos interpersonales de forma constructiva. ➤ Expresar sentimientos o deseos positivos y negativos de una forma eficaz sin negar o desconsiderar los de los demás y sin crear o sentir vergüenza. ➤ Discriminar entre la asertividad, agresión y pasividad. ➤ Discriminar las ocasiones en las que la expresión personal es importante y adecuada. ➤ Defenderse sin agresión o pasividad frente a la conducta poco cooperadora o razonable de los demás.
	<p>Sesión 5:</p> <p>¿Pedimos ayuda y</p>	<p>18/08/2016</p>	<p>Esta sesión está enfocada al desarrollo de la habilidad de pedir ayuda.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconocer los sentimientos y

	ayudamos?		<p>perspectivas de otras personas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconocer las similitudes y diferencias entre individuos y grupos. ➤ Utilizar habilidades de comunicación y competencias sociales para interactuar de forma efectiva con los demás. ➤ Demostrar la habilidad para prevenir, manejar y resolver conflictos interpersonales de forma constructiva. ➤ Aplicar habilidades de toma de decisiones para tratar con responsabilidad las situaciones sociales cotidianas.
	Sesión 6: ¿Qué nos hace disfrutar?	20/08/2016	<p>En esta sesión se desarrollarán los conceptos de habilidades de vida, bienestar subjetivo y fluir.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Comprensión de la subjetividad existente en el disfrute de la vida.
	Sesión 7: ¿Somos consciente de lo que sentimos?	23/08/2016	<p>El objetivo de esta sesión es que cada persona del grupo sea capaz de identificar y de exteriorizar sus emociones a través de la música para poder tenerlas en cuenta a la hora de llevar a cabo una toma de decisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar y regular las propias emociones y comportamientos. ➤ Aplicar habilidades de toma de decisiones para tratar con responsabilidad las situaciones sociales cotidianas.

FASE 3 (prueba piloto)	Sesión 8: Sesión piloto de GAM	29/08/2016	El objetivo de esta sesión es la consecución de una dinámica autónoma que permita el desarrollo de la sesión con el menor número de intervenciones posibles.
-----------------------------------	--------------------------------------	------------	--

Fase de información (Primera fase)

Sesión 0: Expectativas y necesidades del grupo de ayuda mutua (60 min.)

Descripción: Explicación de la naturaleza del proyecto, exposición del procedimiento de las sesiones y explicitación de las expectativas que esperan satisfacer con el grupo de ayuda.

Procedimiento: Teniendo en cuenta las dificultades que suelen presentar las personas mayores institucionalizadas para ejercer su autonomía de un modo habitual, la primera sesión está focalizada en la explicación del proyecto que se va a implementar, así como transmitir la metodología que siguen las sesiones, para disminuir el nivel de incertidumbre que pudieran tener las personas participantes.

Esta sesión comienza con la explicación del objetivo principal del proyecto, es decir, se les comunica que el propósito se centra en el establecimiento de redes de apoyo emocional entre personas residentes para evitar el malestar emocional y el aislamiento. En base a esta premisa, el profesional comienza a explicar los principios de funcionamiento de los grupos de ayuda mutua (Anexo 2) y sugiere la anticipación de la creación de unas normas que delimiten el funcionamiento del grupo, que se llevan a cabo en la siguiente sesión. Del mismo modo, se procede a detallar la duración de las sesiones y la extensión de tiempo en la que se aplicará este programa, así como se solicita que las personas participantes concreten los períodos de tiempo en los cuales se desarrollarán las sesiones.

Como el conocimiento de las expectativas es un aspecto esencial para llevar a cabo adaptaciones que beneficien la dinámica y el rendimiento del grupo, se solicitó a las personas participantes que expongan un primer acercamiento a su vida cotidiana para tomar conciencia de aquellos aspectos que pueden incidir en el aumento del malestar emocional, así como detectar las estrategias de afrontamiento que suelen utilizar en la

vida diaria. Además, esta dinámica posibilita que los miembros tengan un cierto conocimiento sobre el modo de ver la realidad de las demás personas participantes y la toma de conciencia de las similitudes existentes entre las personas que integran este grupo de ayuda mutua.

El objetivo principal de esta actividad es la participación de todos los componentes del grupo en la dinámica, ya que va a eliminar posibles futuras barreras (no participar o dejar de acudir). El profesional explica de forma explícita que esta actividad persigue la participación colectiva y un primer acercamiento entre las personas participantes.

Para finalizar, el profesional solicita que para la “sesión 1” acudan con una lista de deseos y necesidades que esperan satisfacer con la participación en este grupo. Además, fomentará la expresión de dudas que puedan haber surgido, las cuales serán anotadas para el diseño de una reunión que permita la resolución de éstas.

Reunión de resolución de dudas:

Esta reunión está ideada con el objetivo de resolver las posibles dudas que puedan haber surgido en la “sesión 0”. Teniendo en cuenta que esta dinámica puede resultar novedosa y extraña para las personas participantes, es recomendable la realización de esta dinámica en un período cercano de tiempo, siendo 3 días el plazo máximo para favorecer una correcta comprensión.

Fase de formación (Segunda fase)

Sesión 1: ¿Cómo sentimos?

Descripción: A través de ejercicios de respiración y de actividades de introspección guiadas, los participantes aprenden a identificar las competencias emocionales que suelen utilizar.

Competencias adquiridas por los participantes al final de la sesión:

- Identificar y regular las propias emociones y comportamientos.
- Utilizar habilidades de comunicación y competencias sociales para interactuar de forma efectiva con los demás.

Procedimiento:

- Parte 1 (15 min.): Para comenzar esta sesión, el responsable del grupo solicita la comunicación de aquellas normas que las personas participantes consideren

relevantes para el correcto funcionamiento del grupo y qué necesidades se encuentran insatisfechas. Tras esta breve introducción, se lleva a cabo un análisis de los conocimientos que posee el grupo de participantes sobre las emociones y su correcta utilización en las relaciones sociales. Para ello, se procede a exponer una situación (*“intento de comunicación con una persona y ausencia de respuesta”*) y se lleva a cabo una “lluvia de ideas” con el objetivo de conocer las creencias que mantienen sobre las competencias sociales. Una vez detectadas, se procede a la puesta en común y a la anotación para una posterior revisión.

- Exposición de una situación conflictiva o promovedora de malestar emocional que se desarrolla de modo habitual en una residencia de personas mayores. En este caso, teniendo en cuenta las numerosas interacciones que han favorecido conflictos inter-residentes, consideramos adecuado plantear cuáles pueden ser las alternativas de respuesta ante el *intento de comunicación con una persona que evita la respuesta*.
 - Tras la exposición de la situación, el profesional sugiere que cada persona exprese la percepción que le produce la situación expuesta. Además, estas percepciones serán anotadas por el profesional para favorecer una posterior toma de conciencia y evidenciar la necesidad de considerar las situaciones de un modo relativo.
 - Para finalizar esta primera parte, se lleva a cabo un breve debate para determinar cuál es la creencia grupal ante este evento. De este modo, se pueden desarrollar cambios de opinión y hacer evidente el condicionamiento que puede influir en una creencia final.
- Parte 2 (10 min.): Este ejercicio trata de focalizar la toma de conciencia de los estados emocionales. Para ello, el profesional solicita que cada persona anote en un papel una palabra que delimite su actual estado emocional. Posteriormente, cada persona participante procede a la exposición de su “palabra” tratando de hacer énfasis en por qué ha decidido utilizar esa expresión.
- Para fomentar la introspección que se llevará a cabo tras este ejercicio, las personas participantes pensarán en una palabra o una imagen que pueda definir cómo se encuentran en el momento actual.

- Para ello, el responsable del grupo procede a enfatizar sobre la necesidad de considerar más de un sentimiento y anima a que cada persona explique las posibles causas por las que ha podido elegir esa determinada palabra o imagen.
 - El responsable del grupo anota las causas que atribuyen las personas del grupo a la decisión tomada para favorecer futuras adaptaciones del programa.
- Parte 3 (10 min.): Actividad de relajación. Con el objetivo de reducir la ansiedad, la irritabilidad, la tensión muscular y la fatiga, se lleva a cabo un ejercicio de relajación guiada. Esta actividad busca eliminar estilos de comunicación interpersonal agresivos, ya que se encuentran relacionados con la pérdida del contacto social. Una vez terminada esta actividad, las personas participantes contrastan su estado emocional actual con la palabra o imagen anteriormente expuesta, tratando de promover la toma de conciencia de la variabilidad que puede tener un estado emocional y animando a la búsqueda de actividades que favorezcan la relajación en situaciones en las cuales la persona puede estar al límite del desbordamiento emocional.
- Teniendo en cuenta la influencia del ritmo respiratorio en la sensación de estrés y agitación, consideramos adecuado la utilización de la técnica de relajación focalizada en la respiración diafragmática. Para ello, el responsable del grupo solicita a las personas participantes a que adopten una postura corporal relajada y que cierren los ojos. Tras esta consigna, indica a los miembros del grupo la importancia de adoptar una respiración profunda y tranquila. Además, de modo paralelo irán imaginando una sucesión de números (del 1 al 10) para favorecer la consecución de un ritmo respiratorio estable. En base a estas explicaciones, el responsable indica que se lleve a cabo una respiración profunda por cada número que esté visualizando realizando especial énfasis en la relajación progresiva con frases tales como *“Cogemos aire de modo profundo e imaginamos el número 6. Comenzamos a expulsar el aire y notamos que nos encontramos más relajados que cuando estábamos imaginando el número 5”*.

- Tras la relajación guiada, cada persona expone las sensaciones que ha tenido tratando de comparar el momento actual con la exposición previa del estado emocional en el que se encontraba al inicio de la sesión. En este momento, el responsable del grupo anota aquellas sensaciones que han sido explicadas por el grupo.
- Parte 4 (15 min.): Casos prácticos. Las personas participantes se agrupan por parejas y se procede a la exposición de una nueva situación por parte del responsable del grupo (*imaginaros que estáis sentados tranquilos y que, de repente, observas que alguien te está hablando, pero eres incapaz de entender lo que está diciendo. Además, percibes que muestra síntomas evidentes de malestar –ceño fruncido, movimientos bruscos- pero aun así eres incapaz de entenderle. ¿Qué sentimientos surgen?*). Una vez terminada esta actividad, las personas participantes contrastan su estado emocional actual con las creencias previamente anotadas, buscando eliminar los estereotipos que pudieran haber aparecido durante la lluvia de ideas.
 - La exposición del caso práctico se realizar por parejas de modo consecutivo para favorecer la adopción del rol de persona afectada y de observador externo. Tras la explicación de la dinámica, se procede a la exposición de la siguiente situación: *imaginaros que estáis sentados tranquilos y que, de repente, observas que alguien te está hablando, pero eres incapaz de entender lo que está diciendo. Además, percibes que muestra síntomas evidentes de malestar –ceño fruncido, movimientos bruscos- pero aun así eres incapaz de entenderle. ¿Qué sentimientos surgen?*
 - Para finalizar la sesión, el responsable anima a que expliquen los sentimientos que han experimentado tratando de enfatizar en aquellos aspectos que se evidencian en varias personas para fomentar el sentimiento de cohesión grupal ante una misma problemática.

Sesión 2: ¿Nos escuchamos?

Descripción: Debido a que ser capaz de escuchar los sentimientos y preocupaciones de los demás ayuda a iniciar y mantener buenas relaciones, es fundamental potenciar la escucha activa para promover un comportamiento prosocial. A través de una dramatización, las personas participantes voluntarias actuarán de “confidentes” del

profesional, quien adoptará el papel de una persona que tiene un problema y desea contárselo a alguien. Posteriormente, las personas participantes procederán a realizar una dramatización en grupo.

Competencias adquiridas por los participantes al final de la sesión:

- Reconocer los sentimientos y perspectivas de otras personas.
- Reconocer las similitudes y diferencias entre individuos y grupos.
- Utilizar habilidades de comunicación y competencias sociales para interactuar de forma efectiva con los demás.
- Contribuir al bienestar de la comunidad

Procedimiento:

- Parte 1 (20 min.): El profesional adopta el papel de una persona que tiene un problema y que necesita contárselo a alguien que está ocupado. Para ello, se sugiere que se necesitan 2 o 3 voluntarios para adoptar el papel de confidentes. El resto del grupo actúa de observadores. Una vez concluida la dramatización, se procede a una puesta en común de opiniones sobre la escena representada.
 - Para comenzar la sesión, el responsable del grupo solicita que cada persona exponga la percepción que tiene sobre cómo se lleva a cabo el apoyo emocional entre residentes. El profesional va registrando las ideas que se repiten con mayor frecuencia para poder realizar intervenciones focalizadas en las necesidades expresadas.
 - Tras la participación de la totalidad de personas, se procede a la explicación de la actividad a realizar. Esta dinámica se basa en la realización de una dramatización basada en problemas cotidianos, en la cual el responsable actúa como persona afectada y solicitará a 2 o 3 personas que actúen como sus confidentes, a la vez que el resto del grupo adopta el rol de observador externo. La situación concreta es la siguiente: *“Necesito ir al lavabo, pero me dicen que tengo que esperar”*.
 - Posteriormente, se procede a una puesta común de las percepciones que han desarrollado. En primer lugar, las personas que actúan como confidentes y después las personas que han adoptado el rol de observador. De este modo, el responsable del grupo puede registrar

aquellas necesidades que se encuentran implícitas en las personas que integran el grupo.

- Parte 2 (10 min.): Explicación de las características de la escucha activa, concretando las condiciones y técnicas que deberían llevarse a cabo (Anexo II).
 - Durante esta dinámica, se procede a la explicación de qué es la escucha activa para fomentar el establecimiento de técnicas que permitan la práctica de esta competencia emocional. Para promover la práctica, el responsable del grupo reparte un breve documento (Anexo II: ¿Cómo practicar la escucha activa?) en el cual se explicitan conductas que fomentan de un modo práctico la adopción de esta habilidad social.
- Parte 3 (30 min.): Tras un breve acercamiento a un componente fundamental de la empatía como es la escucha activa, se procede a un ejercicio de dramatización en grupo (comenzando con una prueba en la que el profesional actúa como la persona que tiene el problema). Una vez comprobado que han comprendido las técnicas de escucha activa, los participantes exponen de modo individual un problema al grupo, mientras que el resto adopta el rol de “confidente”.
 - Para fomentar la adquisición de las competencias a desarrollar en esta sesión, el responsable del grupo explica un problema personal para solicitar la ayuda de los miembros del grupo realizando especial énfasis en las normas de funcionamiento de un grupo de ayuda y las estrategias para la práctica de la escucha activa. *“Un familiar iba a venir a visitarme hoy, pero no ha venido” “Un amigo iba a venir a verme este fin de semana, pero al final no se ha presentado y no me ha avisado”*.
 - Tras esta dinámica, cada participante indica un problema que le causa malestar y que no puede resolver. Es fundamental que este malestar se haya originado en un período cercano de tiempo debido a que uno de los fundamentos de los grupos de ayuda es únicamente recurrir a experiencias pasadas para dar evidencia a la situación presente.
 - Para finalizar la sesión, se lleva a cabo un breve debate sobre las posibilidades de comenzar a practicar las técnicas utilizadas con personas con las que normalmente comparten su vida, como pueden ser compañeros de mesa en el comedor, compañeros de actividades ocupacionales y de animación y compañeros de habitación.

Sesión 3: Conflictos cotidianos

Descripción: A través de ejercicios de meditación y de actividades de visualización guiadas, los participantes aprenden a observar sus propios pensamientos y emociones para saber modificarlos.

Competencias adquiridas por los participantes al final de la sesión:

- Identificar y regular las propias emociones y comportamientos.
- Demostrar habilidades relacionadas con el logro de objetivos personales y sociales.
- Demostrar la habilidad para prevenir, manejar y resolver conflictos interpersonales de forma constructiva.
- Reconocer los sentimientos y perspectivas de otras personas.
- Reconocer las similitudes y diferencias entre individuos y grupos.

Procedimiento:

- Parte 1 (15 min.): Para favorecer una contextualización, el profesional expone un vídeo que muestre un conflicto entre dos personas mayores (una persona le acusa a otra de haberle hurtado el reloj) y llevará a cabo una síntesis grupal para comprobar que realmente todo el grupo ha comprendido la situación. En esta parte se considera como aceptable cualquier opinión que tenga como objeto el “conflicto por el reloj”. Película “Arrugas” (min. 37:17-39:40)
 - En esta actividad, el responsable del grupo procede a la proyección de un fragmento de la película “Arrugas” en el cual se desarrolla un conflicto entre *“una persona, que empieza a padecer olvidos cotidianos, que ha perdido su reloj y su compañero de habitación, a quien le acusa de haberlo hurtado”*.
 - Tras la visualización, se solicita a los miembros del grupo que aporten su opinión personal (solicitando una justificación si es posible). El responsable del grupo registra las diferentes opiniones explicitadas y las justificaciones que asientan la base de la opinión.
- Parte 2 (20 min.): Actividad de imaginación. Con el objetivo de realizar un ejercicio de observación de los propios pensamientos y actitudes, se lleva a cabo una actividad de meditación guiada relacionada con la situación expuesta en la “parte 1”. Durante el proceso, el profesional trata de hacer énfasis en las

emociones experimentadas. Una vez realizado este ejercicio, el profesional indica a los participantes que se procederá a realizar otra meditación guiada, siempre que se acuerden de las reacciones emocionales que han experimentado durante el ejercicio.

- Durante esta fase, el responsable solicita que cierren los ojos y que se imaginen que están recién despiertos y empezando su día habitual. *“Te encuentras en tu habitación mientras comienza a amanecer. Te incorporas un poco para comenzar a despertar. Miras a tu lado y ves que tu compañero, que normalmente a esa hora se encuentra todavía durmiendo, está ya levantado. De repente, observas que tu compañero de habitación se encuentra agitado, buscando algo. Cuando le preguntas qué le ocurre, contesta de modo agresivo que tú le has cogido el reloj que dejó ayer a la noche en su mesilla”*.
- Tras la visualización, el responsable del grupo solicita que cada persona exprese la emoción que ha predominado durante este momento y procede al registro de las expresiones de los miembros para una futura confrontación. Posteriormente, se indica que expresen los sentimientos que han experimentado en diferentes fases de la situación:
 - Cuando observan que su compañero está levantado
 - Cuando son conscientes del nerviosismo del compañero
 - Cuando les dicen que ha robado el reloj

Una vez expresadas las sensaciones de la totalidad de personas se solicita que entre el grupo consensuen cómo actuarían en esta situación concreta.

- Parte 3 (20 min.): Actividad de imaginación. A continuación, se lleva a cabo el mismo ejercicio realizado en la “parte 2” de esta sesión, con la diferencia de que los participantes deben ponerse en el lugar de la otra persona con la que estaban compartiendo la situación en el ejercicio anterior, es decir, deben razonar con su “yo”. El objetivo principal de esta actividad es que los participantes puedan llevar a cabo una reprogramación de actitudes mentales que capacite que puedan efectuarse cambios positivos en su conducta y emoción. La situación que el profesional indica que se va a proceder a visualizar es la misma que se ha utilizado en las actividades anteriores de este mismo taller. De este modo, los

participantes pueden ser conscientes del tipo de comunicación que suelen utilizar en sociedad.

- Durante esta fase, el responsable solicita que vuelvan a cerrar los ojos y que se imaginen que están recién despiertos y empezando su día habitual. *“Te encuentras en tu habitación mientras comienza a amanecer. Te incorporas un poco para comenzar a despertar. De modo automático, como todas las mañanas, tratas de alcanzar el reloj que dejas todas las noches en la mesilla de noche. De repente, te das cuenta que el reloj no se encuentra allí. Comienzas a incorporarte poco a poco hasta que te levantas completamente. Sin saber dónde buscar. En ese momento, te das cuenta que tu compañero de habitación se encuentra todavía en la cama cuando normalmente se despierta antes que tú”.*
- Tras la visualización, el responsable del grupo solicita que cada persona exprese la emoción que ha predominado durante este momento y procede al registro de las expresiones de los miembros para una posterior comparación con las expresiones de la dinámica anterior. Una vez llevada a cabo esta actividad, se indica que expresen los sentimientos que han experimentado en diferentes fases de la situación:
 - Cuando te das cuenta que no está el reloj
 - Cuando no sabes dónde buscar
 - Cuando ves a tu compañero dormido

Una vez expresadas las sensaciones de la totalidad de personas se solicita, de nuevo, que entre el grupo consensuen cómo actuarían en esta situación concreta.

- Parte 4 (5 min.): puesta en común de las emociones y pensamientos experimentados y de las posibles conductas alternativas que pudieran haber provocado consecuencias más favorables.
 - Una vez finalizada la actividad, cada persona indica cómo se encuentra y una palabra que pueda definir el transcurso de la sesión. Además, el responsable enfatiza en la necesidad de preguntar, especialmente en situaciones en las que se desconocen la causa del conflicto.

Sesión 4: ¿Tenemos problemas similares? ¿Cómo afrontarlos?

Descripción: Existen situaciones en la vida en las que no manifestamos lo que realmente opinamos. Por ello, es fundamental conseguir un estilo de comunicación asertivo. Es necesario tener en cuenta que una persona asertiva expresa sus sentimientos de forma directa, defiende sus derechos y respeta los de las demás personas. Para el aprendizaje de esta habilidad se procederá a la práctica de la habilidad de decir “no”.

Competencias adquiridas por los participantes al final de la sesión:

- Reconocer los sentimientos y perspectivas de otras personas.
- Reconocer las similitudes y diferencias entre individuos y grupos.
- Utilizar habilidades de comunicación y competencias sociales para interactuar de forma efectiva con los demás.
- Demostrar la habilidad para prevenir, manejar y resolver conflictos interpersonales de forma constructiva.
- Expresar sentimientos o deseos positivos y negativos de una forma eficaz sin negar o desconsiderar los de los demás y sin crear o sentir vergüenza.
- Discriminar entre la asertividad, agresión y pasividad.
- Discriminar las ocasiones en las que la expresión personal es importante y adecuada.
- Defenderse sin agresión o pasividad frente a la conducta poco cooperadora o razonable de los demás.

Procedimiento:

- Parte 1 (15 min.): explicación de los distintos tipos de estilos comunicativos. El profesional comienza la sesión explicando la importancia de mantener un comportamiento asertivo. Para ello, expone al grupo los distintos tipos de estilos comunicativos: pasivo, agresivo y asertivo, las características de la comunicación asertiva y por qué nos resultan tan difícil decir no. Esta actividad se lleva a cabo mediante un caso práctico.
 - Para comenzar la sesión, el responsable del grupo expone los 3 tipos de estilos de comunicación y las consecuencias que pueden tener mediante un ejemplo práctico: *“Te sientas en uno de los asientos negros del comedor después de comer. De repente, una persona que suele sentarse en ese sillón te dice que te levantes”*.

- Tras esta contextualización, se procede a la exposición de varias alternativas de respuesta y se solicita a las personas participantes que consideren las consecuencias que pueden tener las diferentes alternativas:
 - *“No decir nada y levantarte del sitio, aunque a disgusto.”* (ESTILO PASIVO)
 - *“Armar un gran escándalo y recalcarle a la persona que todos los días va corriendo a coger el sitio y nunca puedes sentare.”* (ESTILO AGRESIVO)
 - *“Hablar con la persona explicando que el sillón es de uso común y que, al no disponer de sillones suficientes para todos, podrían llegar a un acuerdo para utilizarlo a turnos.”* (ESTILO ASERTIVO)
- Tras esta contextualización, el responsable del grupo solicita a los participantes una breve explicación que determine la elección de la conducta, las cuales son registradas. Además, se procede a la explicación de las consecuencias de cada tipo de estilo comunicativo y a la entrega a las personas participantes de ejemplos prácticos en un documento (Anexo III).
- Parte 2 (15 min.): A continuación, se procede a la exposición de casos prácticos (Caso 1: *“Una persona te despierta cuando te encuentras ligeramente dormida y descansando en el comedor”*; Caso 2: *“Una persona con la que compartes mesa en el comedor te insiste en que tienes que comer, aunque no tienes apetito.”*). Una vez expuestos los casos, el profesional divide al grupo en dos pequeños grupos de trabajo para que puedan participar activamente en el ejercicio. Mediante la técnica de la dramatización se solicita a los participantes que escenifiquen los casos planteados, mientras que el resto del grupo debe dar respuestas asertivas siguiendo un modelo de acción consensuado previamente.
 - En esta fase, la persona responsable del grupo procede a la explicación de la dinámica: se procede a la división en 2 grupos proporcionados para trabajar los casos prácticos comentados anteriormente.
 - Una vez formados los grupos, se procede a la explicación de la metodología. En esta parte, dos personas de cada grupo realizan un role-

playing mientras que, paralelamente, el resto de personas actúan como observadores pudiendo aportar ideas.

- Parte 3 (20 min.): Tras la dramatización, se exponen al gran grupo las técnicas utilizadas para resolver la situación planteada a los pequeños grupos mediante la técnica de la dramatización.
 - Cada grupo expone al resto el caso práctico que han trabajado y se solicita que aporten ideas relacionadas con el modo en el que actuarían si estuvieran en esa situación.
 - Tras este breve debate, los integrantes de ambos grupos exponen por turnos qué estrategias han utilizado para solucionar la situación.
 - Finalmente, la persona responsable sugiere si existe relación entre estos casos y situaciones que les puedan ocurrir dentro de la residencia, fomentando la generalización a situaciones cotidianas.
- Parte 4 (10 min.) Para finalizar la sesión, la persona responsable solicita que cada persona piense en 3 fortalezas y 3 debilidades que pueda tener, las cuales son registradas por el responsable del grupo para ser retomadas en sesiones posteriores.

Sesión 5: ¿Pedimos ayuda y ayudamos?

Descripción: Una habilidad socioemocional muy relevante en las personas que se encuentran institucionalizadas es la habilidad de dar y pedir ayuda para evitar el malestar emocional. Es necesario tener en cuenta que una gran parte de estas personas tiene limitaciones de lenguaje, por lo que normalmente no suelen encontrar las palabras adecuadas. Por ello, esta sesión está enfocada al desarrollo de la habilidad de pedir ayuda.

Competencias adquiridas por los participantes al final de la sesión:

- Reconocer los sentimientos y perspectivas de otras personas.
- Reconocer las similitudes y diferencias entre individuos y grupos.
- Utilizar habilidades de comunicación y competencias sociales para interactuar de forma efectiva con los demás.
- Demostrar la habilidad para prevenir, manejar y resolver conflictos interpersonales de forma constructiva.

- Aplicar habilidades de toma de decisiones para tratar con responsabilidad las situaciones sociales cotidianas.

Procedimiento:

- Parte 1 (25 min.): Mediante la exposición de dos casos prácticos por parte del profesional se pide a los participantes que pongan en práctica el modo solucionar cada situación en pequeños grupos. Para ayudar a la consecución de la habilidad de pedir ayuda, es útil preparar ejemplos de mensajes “yo” y mensajes “tú” que utilicen técnicas asertivas.
 - Antes de comenzar la dramatización por parte de las personas del grupo, la persona responsable del grupo adopta el rol de persona que necesita pedir ayuda con el objetivo de eliminar posibles creencias que puedan tener los miembros del grupo respecto a la autoridad que pueda tener esta figura. La situación a escenificar es la siguiente: *“No tengo ganas de participar en ninguna actividad porque estoy cansado todo el día”*. En este momento, los participantes del grupo animan a la “persona necesitada” a que exprese sus deseos y sus sentimientos.
 - Una vez finalizada la actividad anterior, se procede a la división del grupo en 2 grupos equivalentes y diferentes a los formados en sesiones anteriores y se procede a la dramatización de los participantes. Para cada uno de los casos son necesarias 2 personas: una en el rol de persona que necesita ayuda y otra en el rol de persona que escucha y apoya. El Caso 1 se trata de una persona que se encuentra *“Preocupada por problemas de memoria pero que tiene vergüenza de contarlo”*. El Caso 2 es el siguiente: *“Comienzo a necesitar ayuda para ir al lavabo, pero no quiero parecer dependiente”*. El resto de personas participantes de la sesión observan la escenificación y tratan de aportar ideas cuando la persona que realiza el apoyo no encuentre el modo de actuar.
 - Una vez finalizadas las representaciones, la persona responsable anima a que el resto del grupo aporte el modo en que hubieran actuado ellos.
- Parte 2 (10 min.): En esta fase de la sesión, los participantes explican al otro grupo el caso práctico trabajado y las soluciones dadas a las situaciones previamente expuestas. En esta parte, el resto del grupo atiende a las explicaciones con el

objetivo de detectar conductas o estilos comunicativos no adecuados para posteriormente tratarlo en un debate.

- Explicación del caso trabajado a los miembros del otro grupo y justificación de las actuaciones realizadas recalando la importancia de los mensajes “Yo-Tú”.
 - Tras la explicación de cada caso, la persona responsable solicita a las personas que estaban escuchando si hubieran elegido otras alternativas a la hora de actuar y la causa de esa elección.
- Parte 3 (20 min.): Debido a que pedir ayuda es fundamental para las personas mayores, se dedica un extenso debate sobre las dramatizaciones realizadas. Tratando de que sean los propios participantes los que sean conscientes de los errores.
- En la primera parte, la persona responsable anima a que cada persona exprese qué acciones no las hubiera considerado hasta ahora y solicita que traten de delimitar alguna creencia que haya sido eliminada.
 - Tras la participación de la totalidad del grupo se anima a que consideren la importancia de los mensajes “yo-tú”. Además, se fomenta la expresión de la opinión que tienen al respecto y si existe la posibilidad de utilizarlos en el día a día.
 - Antes de llevar a cabo el cierre de la sesión, se lleva a cabo un proceso de reflexión en relación a la posibilidad de que personas con las que conviven diariamente puedan encontrarse en situaciones similares y recalando la importancia de los cambios de rutina, sobre los cuales se deberían interesar para llevar a cabo el apoyo emocional de un modo adecuado.

Sesión 6: ¿Qué nos hace disfrutar?

Descripción: En esta sesión se desarrollarán los conceptos de habilidades de vida, bienestar subjetivo y fluir. Es necesario tener en cuenta que las habilidades de vida se definen como aquellas acciones que ayudan a experimentar satisfacción o bienestar subjetivo en las actividades de la vida diaria.

Competencias adquiridas por los participantes al final de la sesión:

- Comprensión de la subjetividad existente en el disfrute de la vida.

Procedimiento:

- Parte 1 (15 min.): El profesional inicia la definición de habilidades de vida. Para crear una definición que se ajuste a la realidad del grupo de participantes, se promueve la participación de estos mediante la técnica de la lluvia de ideas.
 - El responsable del grupo fomenta la participación de todos los participantes mediante la técnica “lluvia de ideas” para delimitar una definición consensuada por el grupo en relación a qué son las “habilidades de vida”. Durante esta dinámica, la persona responsable procede al registro los conceptos que vayan surgiendo e indicará que más adelante serán retomados.
 - Una vez finalizada la lluvia de ideas, se expone la definición extraída de Alzina (2003) en relación a las habilidades de vida: *“Capacidad para adoptar comportamientos apropiados y responsables de solución de problemas personales, familiares, profesionales y sociales. Todo ello de cara a potenciar el bienestar personal y social.”* Entre estas capacidades se encuentran las siguientes: Identificación de problemas, fijar objetivos adaptativos, solución de conflictos, negociación, bienestar subjetivo y fluir. Teniendo en cuenta los aspectos desarrollados a lo largo del programa, esta sesión irá focalizada al bienestar subjetivo y a la capacidad de fluir.
- Parte 2 (15 min.): Una vez logrado el consenso sobre la definición, se procede a una actividad en la que las personas participantes explican qué aspectos de la vida le fomentan un aumento de la felicidad y con qué actividades sienten que se encuentran completamente satisfechos, es decir, qué le hace fluir a cada persona. De este modo, se permite la potenciación de la idea de que el bienestar de cada persona es subjetivo y, como tal, diferente.
 - La persona responsable indica que cada miembro del grupo aporte cuáles son los fenómenos que le reportan una mayor felicidad y qué aspectos de la vida le producen una satisfacción total. Estas intervenciones son registradas por la persona responsable, de modo que queden reflejadas las acciones que más les agradan a las personas que integran el grupo.
 - Se lleva a cabo un breve debate en relación a la diferencia existente entre los modos de disfrutar la vida de las personas.

- Parte 3 (15 min.): Creación de un listado grupal de actividades o deseos que fomenten un aumento del bienestar subjetivo. El objetivo de esta actividad se basa en la toma de conciencia de los deseos de los compañeros del grupo con la finalidad de que haya una mayor implicación por la resolución de los mismos.
 - El profesional entrega a cada persona el listado de fortalezas y debilidades registradas en sesiones anteriores. Posteriormente, se procede a la división del grupo en 2 subgrupos y se solicita que los participantes diseñen en modo grupal un listado sobre qué aspectos podrían mejorar su bienestar emocional teniendo en cuenta las debilidades y fortalezas.
 - Una vez finalizado, cada grupo denomina una persona representante para que comente el listado que se ha realizado sin nombrar las personas que han aportado cada uno de los deseos.
- Parte 4 (15 min.): Debate sobre el modo de percibir la vida de las personas asistentes. Para ello, el profesional enfatiza en las diferencias que detectan los participantes relacionándolas con la vida diaria de la residencia.
 - Una vez evidenciado las diferencias existentes en la dimensión de bienestar subjetivo, se lleva a cabo un breve sobre la posibilidad de influir en el aumento del bienestar de personas que forman el grupo. Para ello, cada persona trata de decidir una acción con la que puede ayudar a mejorar el día a día de una persona.
 - Para finalizar, se anima a que aporten dificultades que puedan surgir para, de modo grupal, tratar de buscar soluciones.

Sesión 7: ¿Somos consciente de lo que sentimos?

Descripción: el objetivo de esta sesión es que cada persona del grupo sea capaz de identificar y de exteriorizar sus emociones a través de la música para poder tenerlas en cuenta a la hora de llevar a cabo una toma de decisión.

Competencias adquiridas por los participantes al finalizar la sesión:

- Identificar y regular las propias emociones y comportamientos.
- Aplicar habilidades de toma de decisiones para tratar con responsabilidad las situaciones sociales cotidianas.

Procedimiento:

- Parte 1 (10 min.): Los participantes permanecen sentados mientras escuchan una serie de fragmentos musicales (música clásica, canciones populares, sonidos cotidianos, etc.) A medida que se van sucediendo los fragmentos musicales, los participantes anotan la emoción que les evoca.
 - El responsable del grupo indica que se va a llevar a cabo una actividad musical con el objetivo de conocer que emociones son experimentadas. Para ello, se procede a la reproducción de fragmentos musicales de las siguientes obras: *Imagine (John Lennon)*, *Clandestino (Manu Chao)*, *In the night (Amparanoia)*, *Novena Sinfonía de Beethoven*, *sonido de pájaros revoloteando*. Durante estas reproducciones, los miembros del grupo deben ir registrando qué emociones son experimentadas para ser puestas en común posteriormente.
- Parte 2 (15 min.): El profesional anima a los participantes a expresar las emociones experimentadas y las reacciones realizadas y si estas se encuentran vinculadas a algún recuerdo.
 - Una vez reproducidas la totalidad de fragmentos musicales, cada persona explica cómo se ha sentido y si tiene relación con algún hecho pasado a lo largo de su vida. La metodología a seguir es una ronda de opiniones por cada canción escuchada, tras la cual se enfatiza en las diferencias percibidas y se fomenta a que cada persona explique por qué cree que se ha desarrollado esa emoción. De este modo, se refuerza el concepto de la diversidad existente entre los modos de sentir las emociones.
- Parte 3 (15 min.): A continuación, se procede a analizar grupalmente las reacciones emocionales previamente expuestas por los participantes. Para favorecer la participación, el profesional comienza exponiendo alguna situación en la que pueda existir un manejo emocional inadecuado. Una vez analizadas, los participantes sugieren alternativas y se analizan sus posibles consecuencias.
 - Para favorecer la contextualización, la persona responsable explica una situación en la que pueda haber un desbordamiento emocional. De modo más específico, la situación es la siguiente: *“Una compañera me anima a bajar a realizar alguna de las actividades programadas, pero le digo que no me apetece y que ya vale de ser tan pesada”*

- En esta parte de la sesión, cada persona trata de aportar alternativas que puedan favorecer a la reducción de aquellas emociones que pueden impedir una correcta toma de decisiones, en concreto se enfatiza en la ira y la tristeza. Estas aportaciones son registradas y se trata de enfatizar en aquellas estrategias que son más comunes entre los miembros del grupo.
- Parte 4 (20 min.): Como las decisiones adecuadas implican integrar el componente emocional y el racional, la última parte de esta sesión se focaliza en la correcta toma de decisiones. Para ello el profesional forma pequeños grupos y sugiere un problema común.
 - El problema común es el siguiente: *“Imaginaros que estáis muy enfadados porque habéis pedido un favor muy importante a un compañero y que, éste después de tener 1 semana para hacerlo, se ha olvidado.”*
 - Cada grupo diseña la planificación de la toma de decisiones y lo expone al resto. A continuación, se procede a la reflexión sobre cuál es el mejor proceso de toma de decisiones y por qué. Para acabar el profesional aporta modelos de referencia para la toma de decisiones (Anexo V). Antes de finalizar la sesión, se indica que, **para la próxima sesión, cada persona acuda con un problema que le genera malestar para tratar de aportar soluciones alternativas.**
 - Para finalizar, se explica a las personas participantes del grupo que, tal y como se adelantó al inicio del programa, que la última sesión está dirigida por los propios miembros del grupo. Para ello, se procede a la **votación de quién será el facilitador de la siguiente sesión y qué aspecto de la vida cotidiana les gustaría tratar.**

Prueba piloto (Tercera fase)

Sesión 8: Sesión piloto de GAM (40 min.)

Antes de la sesión, el responsable del grupo procede a la reunión con la persona que fue designada como facilitador en la sesión anterior con el objetivo de resolver las posibles dudas que pueda tener. Esta reunión tiene lugar 1 hora antes del inicio de la sesión piloto de un GAM formado por personas institucionalizadas.

Una vez solucionadas las dudas, el responsable del grupo informa a las personas presentes que únicamente va a actuar de observador y que ellos mismos son los que van a dirigir el grupo, teniendo en cuenta las indicaciones que pueda aportar el moderador.

Para llevar a cabo el procedimiento de un modo adecuado, el observador se sitúa a una distancia razonable del grupo de apoyo mutuo con la finalidad de evitar al máximo el condicionamiento que se pueda desarrollar por la presencia de la figura responsable anterior.

Durante esta sesión, se registran el número de intervenciones de cada participante, las ocasiones en que las personas participantes deciden no intervenir, tendencias de liderazgo, personas excluidas y las dificultades observadas en el papel de facilitador para un posterior análisis (Anexo VII).

EVALUACIÓN

Para realizar la evaluación del programa resulta necesario analizar tres grandes apartados: cobertura, proceso y resultados.

1. Evaluación de cobertura: el objetivo de este apartado es comprobar si la población diana a la que se prevé atender coincide con la población que realmente es atendida por el programa. Por un lado, cabe la posibilidad de que surja un problema con la asistencia de las personas a las sesiones, es decir, que se cubran todas las plazas esperadas pero que en el transcurso de las actividades haya participantes que no acudan a dichas actividades. Esto implicaría que se atiende a menos personas de las inicialmente planteadas en la planificación del programa, por lo tanto, se produce una “infracobertura”. Por otro lado, puede surgir el problema opuesto, que se denomina con el término “sobrecobertura”. Esta situación surge, cuando acuden a las actividades planteadas más personas de las que se esperaba, aunque cumplan los criterios de inclusión, o bien, cuando se atiende a personas que no estaban previstas ya que no cumplían los criterios de inclusión en la población diana. Se prevé que ésta última situación adversa, puede ocurrir en el caso de que las personas participantes del grupo acepten el ingreso de una nueva persona. Por este motivo, es conveniente confirmar previamente a la implantación del programa, cuántas posibles participantes hay en la residencia Àntic de València de la Fundació Pere Relats.

2. Evaluación del proceso: En este apartado se registrará el número de sesiones en las que han participado las personas mayores para así llevar un recuento minucioso y realizar una evaluación eficaz. Mediante la administración de un cuestionario de preguntas cerradas sobre los temas tratados en cada sesión y el modo en que han sido impartidos (Anexo VII). Entonces, al final de cada sesión se llevará a cabo una evaluación acerca de si, aparte de si han mantenido una atención adecuada en la propia sesión, el profesional ha seguido las pautas marcadas para dicha sesión o por el contrario ha avanzado más de lo previsto o se ha quedado divagando en cuestiones de menor importancia que las impuestas para la sesión.

3. Evaluación de resultados: se utilizó un diseño pre-experimental con un único grupo. La evaluación de resultados fue llevada a cabo mediante la comparación entre las medidas “pre-post” para observar los cambios producidos tras la implementación del programa.

El objetivo final es comprobar cómo se encuentran una vez transcurrido el programa y cómo hubieran estado sin tratamiento. Este proceso se realiza mediante la administración de las dimensiones de Bienestar Emocional y Relaciones Interpersonales incluidas en la Escala Gencat (Verdugo, Schalock, Gómez, & Arias, 2007) adjuntas en el anexo X y la adaptación al castellano realizada por Montón y cols. (1993) de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (anexo XI). A continuación, se exponen las descripciones de ambas pruebas:

- Escala Gencat creada por Verdugo, Schalock, Gómez y Arias (2007). Esta escala está constituida por 8 dimensiones cuyo resultado global componen el Índice de Calidad de Vida. Los autores consideran las dimensiones básicas de calidad de vida como “un conjunto de factores que componen el bienestar personal”, y sus indicadores fundamentales como “percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones de calidad de vida que reflejan el bienestar de una persona” (Schalock y Verdugo, 2003, p. 34). Esta prueba está constituida por respuestas tipo Lickert de 1 hasta 4, representando la mayor puntuación un estado más favorable para el desarrollo favorable de la calidad de vida. Del total de las 8 dimensiones que conforman esta prueba, se consideraron relevantes las dimensiones de Bienestar Emocional (BE) y Relaciones Interpersonales (RI) para

la obtención de resultados que se adapten a la naturaleza del proyecto. A continuación, se exponen las características de ambas dimensiones:

- Bienestar emocional (BE): Esta dimensión está compuesta por 8 ítems y “hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, Autoconcepto y Ausencia de estrés o sentimientos negativos.” (Verdugo, Schalock, Gómez y Arias 2007, p.18). Esta dimensión presenta una alta consistencia interna (.83) y un error típico de medida que no alcanza una magnitud significativa (2.03). Así mismo, la fiabilidad compuesta de la dimensión BE es 0.881 y la varianza media 0.648).
- Relaciones interpersonales (RI): Esta dimensión está compuesta por 10 ítems y hace referencia a “relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Se mide con los siguientes indicadores: Relaciones sociales, Tener amigos claramente identificados, Relaciones familiares, Contactos sociales positivos y gratificantes, Relaciones de pareja y Sexualidad.” (Verdugo, Schalock, Gómez y Arias 2007, p.19). Del mismo modo que la dimensión anterior, este dominio presenta una consistencia interna adecuada (.66) y un error típico de medida que no alcanza una magnitud significativa (2.35). Así mismo, la fiabilidad compuesta de la dimensión BE es 0.729 y la varianza media 0.415.
- Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg adaptada por Montón y cols. (1993). Esta prueba fue desarrollada por Goldberg (1988) con el objetivo de establecer una breve entrevista para ser administrada por médicos no psiquiatras como instrumento de cribaje. Está formada por 2 escalas (*ansiedad* y *depresión*) con 9 ítems cada una, siendo la totalidad de ítems con respuesta dicotómica (Si / No). Cada escala obtiene una puntuación independiente, indicando con un punto por cada respuesta afirmativa. Su aplicación es hetero-administrada y solicita información a la persona en relación a la presencia de síntomas a los que hacen referencia los ítems en las 2 últimas semanas. Las propiedades psicométricas en ambas dimensiones mostraron unos resultados positivos. La escala de depresión “muestra una alta sensibilidad para captar los pacientes diagnosticados de trastornos depresivos (85.7 %), con una capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad algo baja (captó el 66 % de los pacientes con trastornos de

ansiedad)”, aunque “la escala de ansiedad tiene una sensibilidad algo menor (72 %), pero mayor capacidad discriminante (sólo detecta un 42 % de los trastornos depresivos)” (Montón y cols., 1993). Sin embargo, “en población geriátrica la validez predictiva de la subescala de ansiedad es pobre, y la capacidad discriminante de las dos subescalas es menor, por lo que se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte > 6 ” (Huber, Mulligan, Mackinnon et al., 1999).

Además, con el objetivo de comprobar la evolución de los niveles de participación durante el desarrollo del programa, se llevó a cabo un registro del número de intervenciones de cada persona del grupo, diferenciando si inicia un turno de opiniones o simplemente la continua. De este modo, es posible la observación de la iniciativa que puede mostrar una persona para expresar su opinión. Por último, con la finalidad de favorecer un proceso de mejora continuo del programa tras la implementación, se llevó a cabo una entrevista semi-estructurada (Anexo XII) y un cuestionario de satisfacción (Anexo XIII) en la cual se obtuvieron datos cualitativos significativamente relevantes para continuar adaptando el programa lo máximo posible.

Por último, sería conveniente realizar un seguimiento mediante la administración de la Escala Gencat y de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg a todas las personas participantes transcurridos 3 meses desde la participación en el programa y posteriormente, 6 meses después de aplicar el programa.

RESULTADOS

La recogida de datos realizada se ha basado en 2 funciones principales: obtener datos sobre las diferencias en las puntuaciones de pruebas psicométricas estandarizadas y adquirir la opinión de las personas participantes con el objetivo de desarrollar mejoras para futuras adaptaciones. Debido a la naturaleza tan diferenciada de ambas fuentes de datos, este proceso se realizó mediante dos procedimientos significativamente diferentes: análisis cuantitativo y análisis cualitativo.

ANÁLISIS CUANTITATIVO

La variable independiente asignada en esta investigación es la intervención del programa de educación emocional para el fomento de las relaciones interpersonales. Las variables dependientes son las medidas en satisfacción con el programa, depresión, ansiedad, bienestar emocional y relaciones interpersonales.

Los instrumentos empleados para medir las VD de este estudio han sido: Cuestionario de Satisfacción con el Programa (Anexo XIII), Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (Anexo XII) y las dimensiones de Bienestar Emocional y Relaciones Interpersonales incluidas en la Escala Gencat (Anexo XI).

La investigación realizada trata de la implementación de un diseño cuasi-experimental sin grupo de control, con medidas pretest-postets. Una vez aplicadas las pruebas señaladas anteriormente, se llevaron a cabo las pertinentes sesiones y finalmente se repitió la aplicación de las pruebas.

Las ocho sesiones fueron realizadas en un periodo de cuatro semanas con los residentes seleccionados del centro reseñado. La evaluación pre test se realizó en la semana del 25 al 29 de julio de 2016, la implementación de las sesiones los días 6, 8, 10, 16, 18, 20, 23 y 28 de agosto, y la evaluación post-test en la semana del 29 de agosto al 2 de septiembre. Los cuestionarios se hicieron por escrito previa presentación de consentimiento por parte de los participantes e instrucciones para la realización del mismo. Cabe destacar que todos los cuestionarios eran anónimos.

Para el análisis cuantitativo de los resultados se ha utilizado la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas. Además, se calculó la media de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de satisfacción. Los análisis se realizaron mediante el

programa de estadística SPSS 22.0 para Windows y la hoja de cálculo de Excel. A continuación, se muestran los rangos y los estadísticos descriptivos de cada prueba.

Se realizó la prueba no paramétrica de contraste Wilcoxon para muestras relacionadas. En ninguna de las medidas utilizadas para comprobar la eficacia del programa se hallaron diferencias significativas ($p > 0,05$).

Estadísticos de prueba

	Postevaluación Ansiedad - Preevaluación Ansiedad	Postevaluación Depresión - Preevaluación Depresión	Postevaluación Goldberg - Preevaluación Goldberg	POSTBIEN_ PE - PREBIEN_P E	POSTRELAC_P E - PRERELAC_PE
Z	-,816 ^b	-1,134 ^c	-,272 ^b	-,184 ^c	-1,807 ^c
Sig. asintótica (bilateral)	,414	,257	,785	,854	,071

Tabla 1: Estadísticos de las VD en prueba no paramétrica Wilcoxon

Ahora bien, en las medidas de “depresión” y “puntuación Goldberg” las medias tienden a evolucionar en el sentido de mejoría: disminuyen los niveles de depresión y disminuyen las puntuaciones que engloban las escalas de ansiedad y depresión. No obstante, las diferencias encontradas en las medidas de ansiedad, bienestar emocional y relaciones interpersonales evidencian una reducción del nivel de estas variables.

A nivel individual, en la dimensión de ansiedad 1 participante mostró cierta mejoría, 2 participantes aumentaron sus puntuaciones y 3 participantes mostraron las mismas puntuaciones. En la dimensión de depresión 1 participante mostró cierta mejoría, 3 participantes evidenciaron mayores puntuaciones y 2 participantes mostraron las mismas puntuaciones. Y en la escala global, 3 participantes evidenciaron cierta mejoría, 2 participantes evidenciaron una mayor presencia de síntomas de ambas dimensiones y 1 participante mostró las mismas puntuaciones.

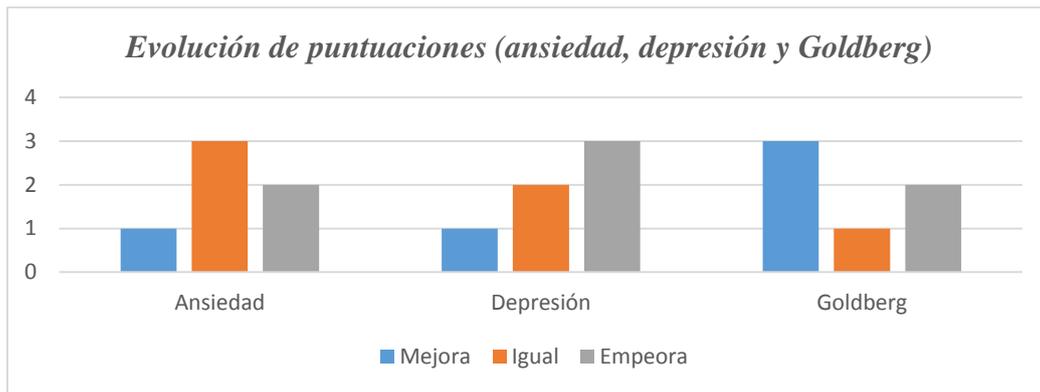


Figura 3: Evolución puntuaciones en cuestionarios psicométrico (1)

En las medidas de Bienestar Emocional y Relaciones Interpersonales las medias tienden a evolucionar en el sentido negativo en la dimensión de bienestar emocional 2 participantes mostraron cierta mejoría, 2 participantes disminuyeron sus puntuaciones y 2 participantes mostraron las mismas puntuaciones. En la dimensión de relaciones interpersonales 1 participante mostró cierta mejoría y los 5 participantes restantes evidenciaron una reducción de las puntuaciones.

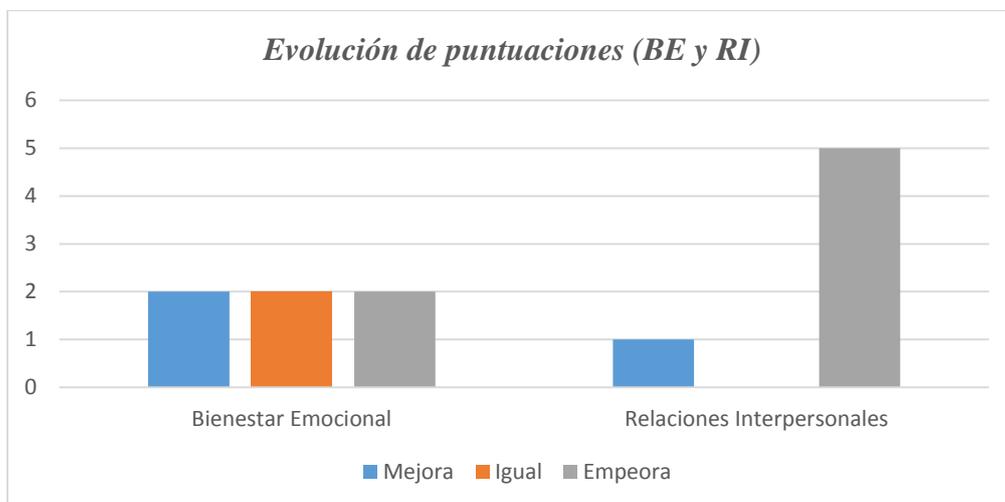


Figura 4: Evolución puntuaciones en cuestionarios psicométrico (2)

Para la obtención de las medias de participación se ha utilizado la prueba no paramétrica para *k* muestras relacionadas “N” Par y excluyendo al Participante 5 debido a su escasa presencia durante las sesiones. A continuación, se procede a la exposición de las medias de intervenciones en cada sesión:

Estadísticos descriptivos					
	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Intervenciones sesión 1	5	9,60	6,465	0	17
Intervenciones sesión 2	5	13,60	2,793	11	17
Intervenciones sesión 3	5	12,00	6,519	4	20
Intervenciones sesión 4	5	16,60	8,706	6	27
Intervenciones sesión 5	5	13,80	10,010	4	25
Intervenciones sesión 6	5	19,80	10,426	8	33
Intervenciones sesión 7	5	13,20	6,181	7	23
Intervenciones sesión GAM	5	15,60	8,385	6	28

Tabla 2: Estadísticos de las intervenciones de los participantes

Como se puede observar, las intervenciones de los participantes han ido en aumento progresivo a medida que avanzaba el desarrollo del programa, llegando a obtener 9,6 intervenciones de media como mínimo, 19,8 como máximo y 15,6 en la sesión guiada por los propios participantes. No obstante, durante las sesiones un número relevante de intervenciones las realizaban dos participantes (P.1 y P-6).

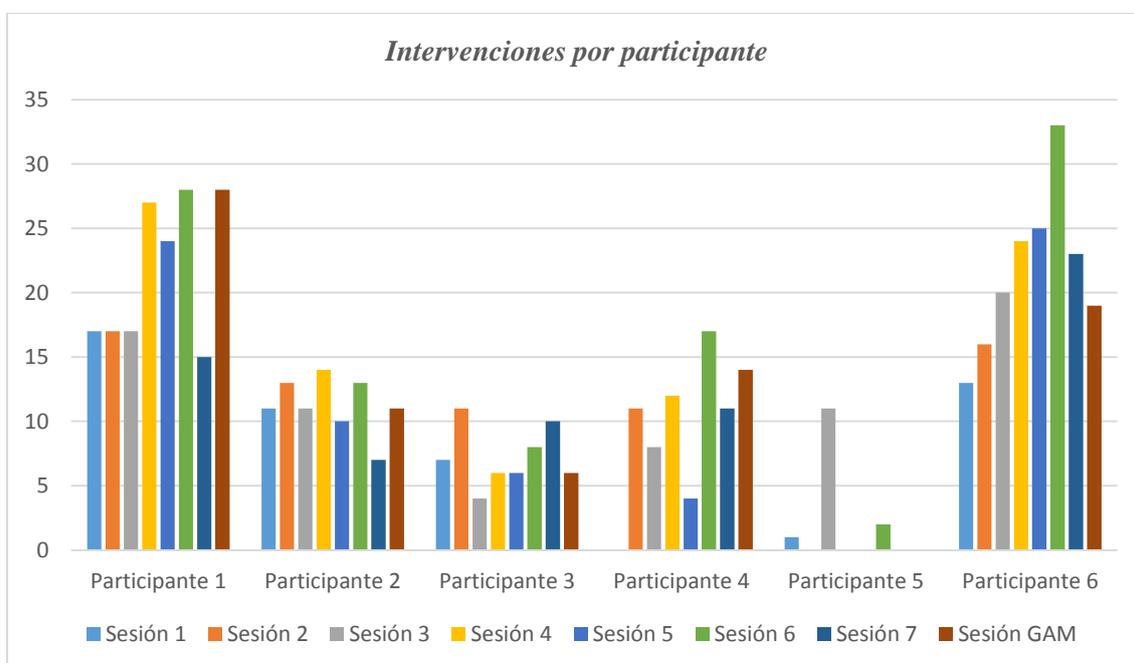


Figura 5: Intervenciones de cada participante por sesión

A continuación, se procede a la exposición de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de satisfacción aplicado tras finalizar el programa.

Informe

	Satis1	Satis2	Satis3	Satis4	Satis5	Satis6	Satis7
Media	3,17	3,17	3,33	3,33	2,83	3,17	3,17
N	6	6	6	6	6	6	6
Desviación estándar	,408	,408	,516	,516	,753	,408	,408

Tabla 3: Medias de los ítems del cuestionario de satisfacción

El cuestionario de satisfacción con el programa está formado por 7 ítems con puntuaciones que oscilan entre 1 y 4 (1 = muy en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = de acuerdo y 4 = muy de acuerdo). Teniendo en cuenta las respuestas aportadas por los participantes, en 6 ítems se obtienen resultados que se encuentran por encima de 3 puntos. En este sentido, los participantes mostraron una adecuada satisfacción con la totalidad del programa exceptuando el ítem que mide el grado de satisfacción con el ambiente que se ha desarrollado en las sesiones.

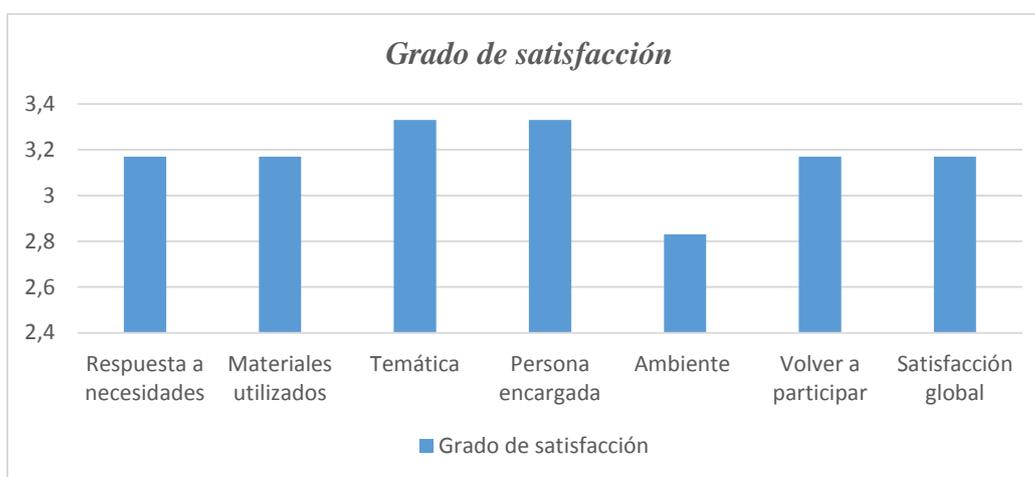


Figura 6: índice de satisfacción por temática

Los datos relativos a la satisfacción con el programa son analizados de modo más exhaustivo en el siguiente apartado.

ANÁLISIS CUALITATIVO

Los datos que se exponen a continuación proceden de las entrevistas semi-estructuradas (Anexo XV) individuales realizadas 1 semana después de la finalización de la

implementación del proyecto. El objetivo que persigue este análisis es la toma de conciencia de mejoras y adaptaciones, propuestas por las personas participantes, que faciliten una modificación de la metodología utilizada para promover una mejora significativa en las dimensiones anteriormente expuestas (bienestar emocional, relaciones interpersonales, depresión y ansiedad).

Beneficios

Es evidente que la participación en un proyecto de educación emocional produce ciertos beneficios para las personas. Sin embargo, teniendo en cuenta los resultados del análisis cuantitativo, los efectos del programa no han sido significativos en términos estadísticos. No obstante, a continuación, se exponen ciertas intervenciones de las personas participantes que apoyan la hipótesis de que la implementación de un programa de estas características en una residencia de personas mayores puede aportar un impacto positivo en la realidad que conforman estas personas:

- “pues de momento a hacer otro tipo de actividad que nos hace no estar tan encerrados en sí mismo. Vamos que todo viene bien, ¿Qué no se va a conseguir nada? Pero al menos el hecho de que haya una persona que nos haga hacer algo, pues sirve para que la mente esté despierta” (5-8). Estos datos confirman las aportaciones realizadas por Triadó (1997) quien explicaba que una de las prioridades de las personas mayores institucionalizadas es la percepción de un trato familiar y la evidencia de la existencia de afecto y cariño.
- “En todo en general.” (143); “No, no, no. En general, todo ha sido positivo.” (145); “Hombre, pues saber algo más de lo que sabía y tenerlo en el pensamiento para que no se me olvide. Así que bien.” (179-180). Estas explicaciones sugieren que el desarrollo de cierta competencia conductual, de implicación social, de bienestar subjetivo y de satisfacción vital fomenta una vejez con calidad de vida (Iglesias y Dosil, 2005).

Otro aspecto importante que se puede deducir de las aportaciones de las personas entrevistadas es un incremento de la conciencia de sus deseos futuros: “Pues, la verdad, ahora en este momento no se me ocurre nada nuevo extra. Bueno, solamente que el martes haya alguna actividad que nunca hacemos nada.” (166-167).

Dificultades

La mayor dificultad que se ha desarrollado durante las sesiones se encuentra relacionada con las estrategias de regulación emocional utilizadas en un entorno institucionalizado. De acuerdo con la Teoría de la Selectividad socioemocional (Carstensen, 1993), las personas mayores emplean más estrategias de regulación emocional de tipo preventivo, consistentes en seleccionar las situaciones a las que se enfrentan, además de utilizar con mayor frecuencia la supresión emocional, estrategia de tipo «paliativo» o centrada en la respuesta emocional:

- “No porque el miedo que yo tenía al principio era ese tema de enfrentarnos, pero como no ha sido así pues ha ido todo muy bien.” (116-117); “Pero por los de aquí (refiriéndose al resto de participantes). ¡Claro! Es que a veces dicen tontadas y no dan pie con bola. Y no saben a nada contestar.” (197-198).
- Por otro lado, las personas que llevan un período mayor a 1 año viviendo en una residencia para personas mayores expresa cierto malestar emocional, aunque enfatizan en sentimientos de soledad o de tristeza (Arbinaga, 2002): “Yo compañeros no tengo na (se ríe)” (232).

Estos datos apoyan las aportaciones de Levine y Perkins (1987) y confirman la existencia de una gran limitación para el establecimiento de un sentimiento de comunidad entre las personas participantes debido a la existencia de numerosos conflictos internos.: “me he dado cuenta que no se pueden tener amistades con la gente, no te pueden entender, ni todo ese rollo. Si no de por sí te das cuenta que no puedes tener amistad con este y con el otro. Aquí es de ir a la tuya y a matar. ¿Entiendes? Y se acabó.” (301-303).

Metodología

La metodología utilizada en este proyecto se ha basado en la interacción entre las personas usuarias con el objetivo de fomentar el desarrollo de realidades compartidas o comunes, aunque este proceso no se ha desarrollado en la totalidad de participantes:

- “Que va, que va. No hablamos na, de verdad. Yo ya no me acuerdo de nada, es que es tremendo. Es que es pena que nos pongamos así.” (248-249). Estos datos contradicen las aportaciones realizadas por Moya y Costa (2008), quienes explicaban que en las situaciones en las que se conforma un GAM entre personas que comparten situaciones similares, aunque opiniones y creencias

muy diferentes, fomentan el desarrollo de la tolerancia debido a que comparten una experiencia común que es la causa por la cual acuden al GAM, en este caso la falta de apoyo psicosocial.

Respecto a la satisfacción con las dinámicas realizadas: “Bien. En armonía.” (69); “La forma como lo has llevado. Lo has explicado y con la...no sé cómo explicarme. Vamos que lo has explicado muy bien. Una persona que tienes de esto, tienes de esto para conectar.” (72-75); “Me ha gustado. Yo por lo menos he puesto de mi parte lo que he podido. Y me ha gustado. Pero ya te digo que algunos...” (200-201); “Está bien hombre. Esto de hablar y hablar, a mí me ha gustado. Es un poco raro, pero te distraes. Las actividades están bien.” (330-331) Como se puede observar, las dinámicas utilizadas han favorecido la reducción del aislamiento, ya que cuando las personas están juntas reúnen fuerzas para proponer actividades sociales. Del mismo modo, ha favorecido la toma de conciencia de las personas participantes en relación a las necesidades no cubiertas (Moya y Costa, 2008). A continuación, se exponen ciertas opiniones en referencia a qué aspectos de la metodología utilizada les han provocado una mayor satisfacción:

- En relación al estilo comunicativo utilizado entre las personas participantes cuando no hay actividad en la residencia: “Comunicarnos entre nosotros.” (20); “No, no. Bueno que tampoco es una comunicación ¿no? Porque cada uno está pensando en lo suyo. Porque P4 me he fijado que va a la suya: “yo, yo, yo, a mí me gustaría ayudar...” pero nunca ayuda. En fin, se queda todo de aquí para afuera.” (22-24). Estos datos confirman las aportaciones de Barenys (1993), quien afirmaba que en estos contextos el punto de referencia es la convivencia, aunque en ocasiones resulta complicado diferenciar si realmente las personas residentes están compartiendo sus vidas o simplemente “viven al lado de alguien”.
- “Hombre a mí lo de ver la película aquella de, de que han robado el reloj... Está bien. Porque estaba más o menos todo el mundo de acuerdo ¿sabes? Todos pensábamos lo mismo.” (309-311). Esta aportación evidencia la gran dificultad existente para lograr un acuerdo entre todas las personas debido a que las personas mayores, en comparación con las más jóvenes, muestran una mayor heterogeneidad y complejidad emocional (Cartensen et al., 2000; Labouvie-Vief y Marquez, 2004; Turk y Turk, 2005).

No obstante, durante el programa se han evidenciado varios aspectos negativos que limitaban la potencialidad de las sesiones, como puede ser el predominio de funcionamientos emocionales negativos:

- “Te digo, conseguirlo no vamos a conseguir nada porque cada uno va a la suya y la forma de ser de una persona es lo que predomina.” (9-10).
- Según Labouvie-Vief, DeVoe y Bulka (1989), se desarrolla una mayor presión social para la inhibición de la expresión de las emociones por parte de las personas mayores, quienes, han sido socializadas en un contexto sociocultural donde las emociones debían ser inhibidas en lugar de ser expresadas: “Pues que hay muchas cosas de las que no me entero. Algunas cosas no me he enterado, te lo digo bien claro. Tú me hablas y sé de qué va la cosa, pero no sé de qué va.” (316-318).

Tras estas aportaciones, se puede evidenciar que la importancia de las emociones aumenta linealmente con la edad (Cartensen y Turk,1994). Y que la regulación de las mismas adquiere mayor relevancia a medida que se envejece (Isaacowitz, 2005) y son fuentes de adaptación y bienestar en la vejez (Higgins et al., 1999).

Valoración general

Las personas participantes del proyecto consideran los factores relacionados con las fuentes de apoyo psicosocial y las necesidades propias de esta población como fundamentales (Fernández, 1992): “Lo que más me gustaría es tener amistad todos, hablar entre nosotros, contestar el uno a lo que dice el otro, tener una conversación...” (203-204). No obstante, como he comentado anteriormente, se desarrolla una gran dificultad para expresar las necesidades que tienen debido a la asimilación de la inhibición emocional: “Pero si es que no se puede. Da igual lo que hablemos porque no se puede. Porque si yo digo lo que pienso me echan de aquí a patadas las personas, las asistentes... (se ríe).” (333-334).

Del mismo modo, tal y como afirma el *Modelo de dependencia aprendida de Baltes* (Verdugo y Gutiérrez, 2000) existen comportamientos dependientes que pueden traducirse en una ganancia para las personas mayores mediante el aumento de control sobre el ambiente y el aumento de las interacciones y la asistencia: “Ahora soy diferente

y parezco un perrito, voy a lo que me den ¿me entiendes? He tenido que cambiar mi cabeza, mi cerebro. He tenido que asimilar esto, lo que hay aquí.” (344-346).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal del presente trabajo fue comprobar y analizar la eficacia de un programa de educación emocional para el fomento de las relaciones interpersonales en población mayor institucionalizada. Las hipótesis planteadas proponían que la intervención provocaría efectos a diferentes niveles: disminuir los niveles de ansiedad y depresión, mejorar el bienestar emocional y fomentar un desarrollo adecuado de las relaciones interpersonales. En función de los resultados obtenidos en el presente trabajo podemos señalar globalmente que la eficacia de esta intervención a nivel estadístico ha sido baja. Este aspecto puede estar condicionado por la existencia de una gran limitación para el establecimiento de un sentimiento de comunidad entre las personas participantes causada por la presencia de numerosos conflictos internos (Levine y Perkins, 1987).

En cierta medida y como he mencionado anteriormente, los resultados obtenidos son lógicos, ya que como señaló Barenys (1993), en estos contextos el punto de referencia es la convivencia, aunque en ocasiones resulta complicado diferenciar si realmente las personas residentes están compartiendo sus vidas o simplemente “viven al lado de alguien”. Este fenómeno puede estar basado en, tal y como afirma el *Modelo de dependencia aprendida de Baltes* (Verdugo y Gutiérrez, 2000), la existencia de comportamientos dependientes que pueden traducirse en una ganancia para las personas, provocando que pueda producirse un fenómeno de competencia entre las personas usuarias por la atención de las personas cuidadoras. No obstante, conviene señalar que en la dimensión de “depresión” y en los resultados globales de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, a pesar de la ausencia de diferencias significativas encontradas, si se observa cómo hay una tendencia positiva al cambio, probablemente debido a la disminución de períodos de inactividad y al establecimiento de mecanismos que promueven el desarrollo de relaciones sociales (Molina et al., 2008), aunque no se haya observado una mejoría en la dimensión “relaciones interpersonales” utilizada para la evaluación del programa.

Estas aportaciones siguen la línea de pensamiento de Leturia y Yangüas (1998), quienes afirmaban que los diferentes cambios sociales desarrollados las últimas décadas han promovido un perfil de institucionalización de personas mayores dependientes, muy mayores y/o con problemas sociales importantes. Por consiguiente, se evidencian ciertas

dificultades que pueden ser resultado de “pérdidas asociadas al envejecimiento” de un modo incrementado debido a que pueden encontrarse en un entorno poco controlable en el cual disminuye el número de relaciones personales creadas durante toda la vida y en el que se puede producir una progresiva reducción de la competencia (Ocaña, Toronjo, Rodríguez y Rodríguez, 2006).

Por otra parte, Birren y Schaie (2001), Belsky (2001) o Izal y Montorio (1999) afirman que la dimensión afectiva de las personas mayores resulta clave para la comprensión de esta etapa vital, especialmente en entornos institucionalizados. En este sentido, tal y como señala Bandura (1997), las experiencias de *empowerment* (Rappaport, 1993) mediante el apoyo social y el refuerzo pueden promover un aumento de la percepción de autoeficacia e independencia. Esta aportación se ha evidenciado a lo largo del desarrollo del programa debido a que al inicio de la implementación se desarrollaba la incapacidad de emitir demandas de necesidades a los técnicos encargados de implementar las actividades ocupacionales en la residencia.

No obstante, durante la implementación de las sesiones se han desarrollado varias limitaciones que han podido reducir el nivel de implicación de las personas participantes. Específicamente, el espacio en el que se ha desarrollado la intervención estaba frecuentado por personas no participantes en el proyecto (auxiliares, residentes) y se producían continuas interrupciones causadas por diferentes necesidades. Además, durante este período dos participantes han presentado problemas de salud que les han impedido participar de la totalidad de las sesiones (el Participante-5 pudo participar en dos sesiones, de las cuales únicamente logró finalizar una. Por ello, no se ha realizado la entrevista individual).

Sin embargo, un número predominante de programas de educación emocional dirigidos a personas mayores se centran de un modo excesivo en la cumplimentación de “fichas” previamente diseñadas, lo cual provoca que los participantes tengan la sensación que están realizando ejercicios repetitivos. Del mismo modo, considero que estos programas no satisfacen una necesidad muy importante como es la práctica en habilidades de un modo interactivo y dinámico que favorezca la generalización a la vida diaria.

Es vital tener en cuenta que el propósito de este programa de educación emocional es conseguir un aumento de la capacidad de mantener relaciones sociales y, por ello, el diseño de dinámicas de trabajo activas es fundamental. Una gran parte los programas de

educación emocional dirigidos a ancianos se basan en la consecución de habilidades para una tarea puntual, aunque obvian la adquisición de competencias transversales como son en este caso el reconocimiento y la regulación de emociones para llevar a cabo una acción.

Por ello y en base a las afirmaciones anteriores, la implementación de un programa de estas características adquiere una relevancia significativa debido a que un gran número de intervenciones realizadas con estas personas, no incluyen el fomento de esta dimensión. Por lo tanto, los programas de intervención dirigidos a personas mayores en situación de institucionalización deberían considerar factores relacionados con las fuentes de apoyo psicosocial y las necesidades propias de esta población, ya que las redes de apoyo pueden promover un incremento de calidad de vida (Fernández, 1992).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcalá, V., Camacho, M., y Giner, J. (2007). Afectos y depresión en la tercera edad. *Psicothema*, 19(1), 49-56.
- Alcalá, V., Camacho, M., Giner, D., Giner, J., e Ibáñez, E. (2006). Afectos y género: un estudio con la Panas-X. *Psicothema*, 18, 166-171.
- Aldwin, C. M., Sutton, K. J. y Lachman, M. (1996). The development of coping resources in adulthood. *Journal of Personality*, 64, 837-873.
- Alzina, R. B. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de investigación*, 21(1), 7-43.
- Ambrona, T., López, B., y Márquez, M. (2012). Eficacia de un programa de educación emocional breve para incrementar la competencia emocional de niños de educación primaria. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 23(1), 39-49.
- Antonucci, T., Sehrman, A. y Akiyama, H. (1996). Social Network, Support and Integration. En J. Birren (Ed.), *Encyclopedia of Gerontology*, 505-516. New York: Pergamon Press.
- Arbinaga, F. (2002). La mujer mayor institucionalizada vs. no institucionalizada: aproximación al estado de ánimo, la ansiedad ante la muerte y su satisfacción con la vida. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y psiquiatría de enlace*, 64, 26-33.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental psychology*, 23(5), 611.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control.
- Barenys, M. P. (1993). Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos. *Reis*, 155-172.
- Blanchard-Fields, F., Camp, C. y Casper-Jahnke, H. (1995). Age differences in problem-solving styles. *Psychology and Aging*, 10, 173-180.
- Belsky, J. (2001). Emanuel Miller Lecture: Developmental risks (still) associated with early child care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(07), 845-859.

- Birren, J. E., & Schaie, K. W. (2001). *Handbook of the psychology of aging* (Vol. 3). Gulf professional publishing.
- Bisquerra, R. (2000). Educación emocional y bienestar. Barcelona: Praxis.
- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21 (1), 7-43.
- Braga, S. M., Sacristán, M. L., Lozano, J. A. F., Ortiz, E. C., Suárez, N. S. J., Múñiz, E. F., & Villaverde, I. F. (2003). Programa de adaptación para ancianos al medio residencial. *Medicina integral: Medicina preventiva y asistencial en atención primaria de la salud*, 41(1), 48.
- Buendía, J., & Riquelme, A. (1997). Residencias para ancianos: ¿solución o problema? In *Gerontología y salud: perspectivas actuales* (pp. 233-246). Biblioteca Nueva.
- Cá, K., y Wainer, A. (1994). *Grupos de autogestión*. Buenos Aires: Era Reciente.
- Carstensen, L.L. (1991). Selective theory: Social activity in life-span context. In *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (Vol. II). New York: Springer.
- Carstensen, L.L. (1993). Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity. En J.E. Jacobs (Ed.): *Nebraska Symposium on Motivation. Developmental Perspectives on Motivation*. Vol. 40 (pp. 209-254). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Carstensen, L.L. y Turk-Charles, S. (1994). The salience of emotion across the adult life span. *Psychology and Aging*, 9, 259-264.
- Carstensen, L.L., Pasupathi, M., Mayr, U., y Nesselroade, J.R (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 644-655.
- Castellón, A. & Rodríguez, G. (2004) Intervenciones prácticas en enfermos de alzheimer institucionalizados. *Revista Multidisciplinaria Gerontologica* 14, 66-72.
- Coats, A. H., y Blanchard-Fields, F. (2013). Making judgments about other people: impression formation and attributional processing in older adults. *International Journal of Ageing and LaterLife*, 8(1), 97-110.

Colegio Oficial de Psicólogos (2002). Psicología, psicólogos y envejecimiento: Contribución de la psicología y los psicólogos al estudio y la intervención sobre el envejecimiento. *Revista Especializada en Gerontología*, 37 268-275.

Cummings, E. y Henry, W. E. (1961). *Growing old: the process of disengagement*. New York: Basic book.

De Miguel, A., y Barberá, V. (1996). Programa de entrenamiento en dimensiones de solución de problemas para ancianos. In A.P. Gómez (Ed.) *Habilidades interpersonales: Teoría mínima y programas de intervención* (pp. 767-800). Valencia: Promolibro.

Durán, A., Uribe-Rodríguez, A.F., Molina, Barco M. & González, G. (2006) Incidencia de la enfermedad crónica en personas de la tercera edad en Colombia. *Geriatrka*

Envejecimiento en Red (2014). “Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de diciembre de 2013”. Madrid, *Informes en Red*, 7.

Federación ECOM (2008). Normativa interna de un GAM. En M. Moya y S. Costa (Eds.): *Manual de Consulta sobre Grupos de Ayuda Mutua de personas con discapacidad física*. (pp. 85-92). ECOM (Barcelona).

Fernández, R. (1992). Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., Gonzalez, J. L., Diaz, V., & Pinillos, J. L. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Martínez Roca.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología*. Madrid: Pirámide.

Gallar, M. (1998). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Thomson-Paraninfo.

Garcés, E. J., Velandrino, A., Conesa, P., & Ortega, J. (2002). Un programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable.

García, L. B. (2010). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores: guía de buenas prácticas*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.

Gismero, E. (2000). EHS. Escala de Habilidades Sociales. Madrid: TEA

Goldberg, D., Bridgesm K., Duncan-Jones, P., et al. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 97, 897-899.

Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., et al. (1989). Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. *British Medical Journal* (ed. esp.), 4(2), 49-53.

Gould, R.L. (1981). *The Mismeasure of Man*. New York: Norton.

Gross, J.J., y John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.

Havighurst, R. J. (1963). *Las actitudes personales y sociales de adolescentes de Buenos Aires y de Chicago: estudio comparado*. Departamento de Asuntos Educativos, Union Panamericana, Secretaria General, Organización de los Esta.

Heckhausen, J., & Schulz, R. (1998). Developmental regulation in adulthood: Selection and compensation via primary and secondary control.

Hess, R. (1982). Editorial: Self-help as a service delivery strategy. *Prevention in Human Services*, 1, 1-2.

Higgings, E. T., Grant, H. y Shah, J. (1999). Self-regulation and Cuality of Life: emotional and Non-emotional Life experiences. En D., Kahneman, D., Diener, y N., Schwartz (Eds.). *Well-being. The Foundations of Hedonic Psychology* (pp.244-267). New York: Russell Sage Foundation.

Hombrados, M. I., García, M. A., & Martimortugués, C. (2004). Grupos de apoyo social con personas mayores: una propuesta metodológica de desarrollo y evaluación. *Anuario de psicología*, 35(3), 347-370.

Huber, P., Mulligan, R., Mackinnon, A., Nebuloni-French, T., & Michel, J. P. (1999). Detecting anxiety and depression in hospitalised elderly patients using a brief inventory. *European Psychiatry*, 14(1), 11-16.

IDESCAT (2014), Anuario estadístico de Catalunya. Población: Proyecciones de población. << Población proyectada a 1 de enero. Por escenarios de evolución y grupos de edad>>

IDESCAT (2014), Indicadores demográficos y de territorio. << Estructura per edats, envelliment i dependència>>

IDESCAT (2016), Indicadores de demografía y calidad de vida. Cifras de población. <<Evolución de la población. Cifras oficiales>>

Iglesias, P.M., & Dosil, A. (2005). Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(2), 85-91.

IMERSO (2010). Las Personas Mayores en España Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas (1ª Ed). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Isaacowitz, D. M. (2005). An attentional perspective on successful socio-emotional aging: Theory and preliminary evidence. *Research in Human Development*, 2, 115-132.

Izal, M., & Montorio, I. (1999). *Gerontologia conductual: Intervención y ámbitos de aplicación*.

Katz, A. H., & Bender, E. I. (1976). Self-help groups in western society: History and prospects. *Journal of Applied Behavioral Science*.

Labouvie-Vief, G. y Marquez, M. (2004). Dynamic Integration: Affect Optimization and Differentiation in Development. En D.Y. Dai y R. G. Stenberg (Eds.), *Motivation, emotion and cognition: integrative perspectives on intellectual functioning and development* (pp. 237-272). Mahwah, N.J.: Laurence Erlbaum Associates Publishers.

Labouvie-Vief, G., DeVoe, M. y Bulka, D. (1989). Speaking about feelings: Conceptions of emotions across the life span. En K. W. Schaie (Ed.). *Annual review of gerontology and geriatrics*. (pp. 172-194). New York: Springer.

Lawton, M. P. (1990). Aging and performance of home tasks. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 32(5), 527-536.

Lawton, M.P. (2001). Quality of life and the end of life. En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed). San Diego, CA: Academic Press.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.

Lehr, P. A. (1988). Family Asilidae. *Catalogue of Palaearctic Diptera*, (5), 197-326.

- Leturia, M., & Yanguas, J. J. (1998). *Intervención psicosocial en gerontología: manual práctico*.
- Levine, M. & Perkins, D. (1987). *Principles of community psychology, perspectives and applications*. New York: Oxford University Press.
- Lobo, A. (1993). *Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica: el nuevo instrumento E.A.D.G.* Zaragoza: Ed: Luzán.
- Maddox, G. (1973). Themes and issues in sociological theories of human aging. *Human Development, 13*, 17-27.
- Magai, C., Consedine, N. S., Krivoshekova, Y. S., Kudadjie-Gyamfi, E. y McPherson, R. (2006). Emotional Experience and Expression Across the Adult Life Span: Insights From a Multimodal Assessment Study. *Psychology and Aging, 21*, 303-317.
- Márquez, M. (2008). Emociones y envejecimiento. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 84. Lecciones de Gerontología, XVI [Fecha de publicación: 14/05/2008]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/marquezemociones-01.pdf>
- Márquez, M., De Trocóniz, M., Cerrato, I., y Baltar, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema, 20*(4), 616-622.
- Mayne, J. (2001). Emotions and Health. En T. Mayne y G. Bonanno (Eds.), *Emotions* (pp.361-397). New York: The Guilford Press.
- Miguel, J. J., Cano, A., Casado, M. I., & Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de psicología, 10*(2), 199-216.
- Molina, T., Gutiérrez, A. G., Hernández, L., & Contreras, C. M. (2008). Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de psicología, 24*(2), 353-360.
- Montaño, S. (2003). Políticas para el empoderamiento de las mujeres como estrategia de lucha contra la pobreza. *Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe: en busca de un nuevo*, 361.

- Montón, C., Pérez, M.J., Campos, R., et al. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*, 12, 345-349
- Montorio, I. y Carroble, J.A. (1999). Comportamiento y salud. Promoción de la salud. En Izal, M. e I. Montorio (eds.). *Manual de Gerontología Conductual*. Madrid: Síntesis
- Montorio, I., & Izal, M. (1992). Bienestar psicológico en la vejez. *Revista de Gerontología*, 3, 145-154.
- Moreno, M., Contreras, D., Martínez, N., Araya, P., Livacic-Rojas P. & Vera-Villaroel P. (2006). Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico. *Revista Médica de Chile* 134, 443-440.
- Ocaña, M., Toronjo, A., Rodríguez, C., & Rodríguez, J. B. (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 17(1), 08-23.
- Oliver, A., Navarro, E., Meléndez, J. C., Molina, C., & Tomás, J. M. (2009). Modelo de ecuaciones estructurales para predecir el bienestar y la dependencia funcional en adultos mayores de la República Dominicana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(3), 189-196.
- Pac, P., Mascaró, J., & Vega, P. (2006). Motivos de ingreso en residencias geriátricas en Calahorra (La Rioja). *Revista multidisciplinar de gerontología*, 16(1), 32-36.
- Pérez, B., Pinto, I., y González, M. (2008). Educación emocional en adultos y personas mayores. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 6 (15), 501-522.
- Pressman, S.D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971.
- Querejeta, M. (2004). Discapacidad/dependencia, unificación de criterios de valoración y clasificación. *Madrid: Imsero*.
- Rappaport, J. (1993). Narrative studies, personal stories, and identity transformation in the mutual help context. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 29(2), 239-256.

- Rivera, J. R., & Quevedo, D. D. J. (2004). *Falta de aplicación del principio de oralidad y sus consecuencias en el proceso de familia* (Doctoral dissertation, Universidad de El Salvador).
- Rodríguez, A., Valderrama, A. y Molina, J. (2010) Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, 25, 246-258.
- Rojas, E., de las Heras, F. J., & Reig, M. J. (1999). Depresión y factores sociofamiliares en mayores de una residencia geriátrica. *Psicopatología*, 11(1), 20-4.
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Alianza Editorial.
- Smith, C., y Ellsworth, P. (1985). Attitudes and social cognition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(4), 813-838.
- Soldevila, A. (2009). *Emociónate. Programa de educación emocional*. Madrid: Pirámide.
- Staudinger, U., Freund, A. M., Linden, M. y Mass, I. (1999). Personality and Life regulation: facets of psychological resilience in old age. En P. B. Baltes y K. L. Mayer (Eds.). *The Berlin Aging Study. Aging form 70 to 100* (pp. 302-328). Cambridge, UK. Cambridge Univ. Press.
- Stefani, D., & Feldberg, C. (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología*, 22(2), 267-272.
- Triadó, C. (1997). Alternativas residenciales de las personas mayores. *Anuario de Psicología*, 73, 43-55.
- Triadó, C., Martínez, G. y Villar, F. (2000). *Psicologia del desenvolupament: adolescencia, madures i senectut*. Barcelona: Edicions UB.
- Triadó, M. C. (2003). Envejecer en entornos rurales. *Madrid: IMSERSO, Estudios I+D+ I*, 19.
- Turk, C. y Turk, S. (2005). Viewing injustice. Greater emotion heterogeneity with age. *Psychology and Aging*, 20, 159-164.

Uribe, A. F., & Buena, G. (2003). Influencia del tipo de residencia sobre la depresión, el deterioro cognitivo y la calidad de vida en personas mayores. *Granada: Universidad de Granada (Documento sin publicar)*.

Urrutia, N. y Villarraga, C. (2010). Una Vejez Emocionalmente Inteligente: Retos Y Desafíos. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, (3).

Wirth, C. (1997). La educación para el crecimiento personal o la mejora de sí mismo: aplicación de un programa educativo dirigido a personas ancianas. Barcelona: Publicaciones UB.

Rodríguez, A.F., Valderrama, L.J., & Molina, J.M., (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, (25), 246-258.

Triadó, C., Osuna, M. J., Resano, C. S., & Villar, F. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(3), 152-162.

Verdugo, M. A. y Gutiérrez-Bermejo, B. (2000). Promoción de la autonomía. En I. Montorio y M. Izal (Eds.), *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud* (págs. 43-59). Madrid: Síntesis.

Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Gómez, I. E., & Arias, B. (2007). Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto: la Escala GENCAT. *Siglo Cero*, 38(224), 57-72.

Villalba, C (1996). Los grupos de apoyo basados en la autoayuda: una propuesta para el inicio y acompañamiento profesional. *Intervención Psicosocial*, 5 (1 5), 23-41.

ANEXOS

Anexo I: Consentimiento informado

Documento de información a las personas participantes del estudio

Título del Proyecto Fomentando las Relaciones Interpersonales: Grupo de Formación en Ayuda Mutua para Personas Mayores Institucionalizadas.

Tutor del Proyecto: Feliciano Villar Posada

Autor del Proyecto: Ibon Núñez Gómez

Universitat de Barcelona (UB)

Hemos solicitado su participación en un estudio. Antes de decidir si acepta participar es importante que comprenda los motivos por los que se lleva a cabo la investigación, cómo se utilizará su información, en qué consistirá el estudio y los posibles beneficios, riesgos y molestias que puedan comportar.

En caso que participe en algún otro estudio, lo tendrá que comunicar al responsable para valorar si puede participar en este.

¿CUÁLES SON LOS ANTECEDENTES Y EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO?

Los antecedentes de este proyecto se basan en la premisa de que las personas mayores conceden una gran importancia a las relaciones sociales como medio de expresión de la propia identidad y, consecuentemente, la ausencia de éstas puede provocar una potenciación de síntomas depresivos que favorecen el aislamiento de la persona.

En este proceso la participación de las personas residentes puede promover una toma de conciencia de qué tipo de actividades pueden repercutir en un mayor beneficio para el bienestar emocional de las personas institucionalizadas y, con ello, establecer las adaptaciones para que se ajusten a la realidad que se desarrolla en la residencia “Antic de València” de la Fundació Pere Relats.

El objetivo de este proyecto es fomentar la autonomía de las personas participantes con la finalidad de promover un aumento de la percepción de control del entorno, mediante un manejo adecuado de las emociones en el desarrollo de las relaciones interpersonales.

¿TENGO OBLIGACIÓN DE PARTICIPAR?

La decisión sobre participar o no en la investigación le corresponde a usted. En el caso de no querer hacerlo o bien lo quiera abandonar, la calidad de la atención que reciba no quedará afectada.

Si decide participar, se les dará el formulario de consentimiento informado para que lo firmen.

¿CUÁLES SON MIS OBLIGACIONES?

La decisión de participar es libre, solo se le pide que colabore con nosotros en la realización de una entrevista grupal de carácter privado de una duración aproximada de dos horas, que se grabada para su posterior análisis.

¿CUÁLES SON LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS, RIESGOS Y MOLESTIAS ASOCIADOS A LA PARTICIPACIÓN?

No hay efectos secundarios, ni riesgos para su salud, únicamente una inversión de tiempo para la realización de las actividades y la entrevista.

¿CUÁLES SON LOS POSIBLES BENEFICIOS DE PARTICIPAR?

El beneficio inmediato de participar en el proyecto es conocer mejor a las personas con las que convivís en la residencia.

No está pensada ninguna compensación económica, pero tampoco tendrá que tener gastos extras para la realización del estudio.

¿CÓMO SE UTILIZARÁN MIS DATOS DEL ESTUDIO?

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de los sujetos participantes en el estudio se ajustan a lo que dispone la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Estos datos, no incluyen ni su nombre ni dirección, sino que se le asignará un número como código. Únicamente el equipo investigador tendrá acceso a la clave del código que permite asociar los datos del estudio con usted. No obstante, las autoridades reguladoras, Comités de Ética independientes u otras entidades de supervisión podrán revisar sus datos personales. El objetivo de las revisiones mencionadas es garantizar la dirección adecuada del estudio y/o la calidad de los datos del estudio.

Si retira el consentimiento de utilizar sus datos del estudio, no podrá continuar participando en la investigación. Ha de tener en cuenta que los resultados del estudio pueden aparecer publicados en la bibliografía, si bien su identidad no será revelada.

Mediante la firma del formulario de Consentimiento Informado, asiente que ha sido informado de las características del estudio, ha entendido la información y se le ha clarificado todas sus dudas.

Consentimiento informado

Título del Proyecto: Fomentando las Relaciones Interpersonales: Grupo de Formación en Ayuda Mutua para Personas Mayores Institucionalizadas.

Tutor del Proyecto: Feliciano Villar Posada

Autor del Proyecto: Ibon Núñez Gómez

Universitat de Barcelona (UB)

Yo, (nombre) _____ el (día) _____

- He recibido información verbal sobre el estudio y he leído la información escrita que se adjunta a este formulario, de la que se me ha facilitado una copia.
- He comprendido lo que se me ha explicado, y los posibles riesgos o beneficios por hecho de participar en el estudio.
- He podido comentar es estudio y hacer preguntas al profesional responsable.
- Doy mi consentimiento para participar en el estudio y asumo que mi participación es totalmente voluntaria.
- Entiendo que me podré retirar en cualquier momento.

Mediante la firma de este formulario de consentimiento informado, doy mi consentimiento para que mis datos personales se puedan utilizar como se ha descrito en el Documento de información a los participantes, que se ajusta a lo que dispone la Ley Orgánica 15/1999, de 13 diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento informado.

Nombre del participante: Nº DNI: Firma:	Fecha de la firma:
Autor del Proyecto: Ibon Núñez Gómez Nº DNI: 45751044L Firma:	Fecha de la firma:

Anexo II: Principios de funcionamiento de GAM (Extraídos de Moya, M.J. y Costa, S., 2008, pp 85-86)

Voluntariedad: La decisión de participar en un GAM tiene que ser voluntaria, nadie puede obligar a otra persona a participar.

Confidencialidad: El grado de confidencialidad lo determinan los miembros del grupo, aunque es importante que cada persona sienta que el grupo es un espacio donde se pueden recoger sus problemas y sus angustias con confianza, un lugar fiable donde la información no trasciende. Hay grupos que establecen que no se puede comentar afuera nada de lo que se habla en las sesiones, otros que hacen una selección de lo que se puede decir y lo que no. De todos modos, es necesario el consenso, que se respete y que se garantice la intimidad de las personas.

Puntualidad: Cada grupo tiene sus formas de funcionar, pero hay que poder establecer unas normas de puntualidad tanto a la entrada como a la salida. Para evitar la falta de puntualidad, sobre todo al principio, será conveniente no crear precedentes.

Participación: Muchas veces la participación se hace difícil a causa de situaciones o acontecimientos exteriores. El grupo tiene que preverlo y ayudar a crear las condiciones para que todos sus miembros puedan participar. Cada grupo las establecerá de un modo u otro, pero es importante destacar, por parte de todos, la necesidad de compromiso en la participación. Hay que dejar claro que si una persona no puede acudir a una sesión tiene que avisar. Una de las tareas del facilitador es interesarse por las personas que no han acudido a una de las sesiones, ya que, en el caso de personas con discapacidad física, a menudo se producen causas de fuerza mayor y es importante. Del mismo modo, el facilitador tiene que informar al grupo de la causa por la que una persona determinada no ha acudido, para preservar al grupo de angustias y de ideas falsas sobre la persona ausente.

Aquí y ahora: Se trabaja desde el aquí y el ahora, es decir, a través de las relaciones que establecemos con los demás y de lo que compartimos en los momentos de grupo. Sólo se hace referencia a situaciones del pasado cuando sirven para explicar cómo nos sentimos en este momento y cuando nos pueden ayudar en el presente de forma más constructiva.

Anexo III: Estrategias para el desarrollo de la Escucha Activa (Extraído de <https://es.scribd.com/doc/191668576/Estrategias-Para-Desarrollar-Una-Buena-Escucha-Activa>)

- Escuchar implica oír y comprender lo que se dice. Oír es sólo percibir las palabras sin darnos cuenta de lo que significan.
- Comprender es interpretar adecuadamente o darle significado correcto a lo que se oye. Para comprender lo que se oye es indispensable atender lo que se dice.
- Atender es fijarse o interesarse en algo o en alguien. A veces resulta muy difícil mantenernos atentos. Si identificas las causas que te provocan distracciones, es posible que se puedas hacer algo para evitarlas o controlarlas. Esos factores pueden ser personales o provenir del ambiente que nos rodea.

Estrategias para desarrollar las habilidades de escucha

- Permanece activo al escuchar (activa el pensamiento), relaciona lo que escuchas con lo que sabes y con tu experiencia.
- Procura estar cerca del que habla y atender sus gestos y postura.
- De preferencia obtén antecedentes de lo que vas a oír. Esto te facilitará confrontar permanentemente lo que oyes con lo que dicen otros autores u otras personas al respecto
- Trata de anticipar cuál puede ser el punto que sigue en la conversación o exposición, trata de definir el propósito de lo que está diciendo.
- Lánzale todas las preguntas que puedas para aclarar tus dudas
- Recibe la información en forma imparcial antes de formarte una opinión o juicio en cualquier situación de tu vida podrás aplicar una serie de técnicas para potenciar tus relaciones humanas y procurar una mejor comunicación.

1. **Escucha más.** Presta atención al tiempo que dedicas a escuchar y al que inviertes en hablar. Seguramente destinas más tiempo a hacer lo segundo. Por esto, te proponemos dedicarte más a la tarea de prestar atención mientras otra habla. Y ten presente que si hablas no podrás prestar total atención a quienes se están comunicando contigo.

2. **Escuchar de forma eficaz.** Escuchar con eficacia al otro también es muy importante. Esto requiere de concentración. Según los autores del libro “Comunicación de negocios”, si la gente habla 200 palabras por minuto y ellos

pueden comprender 500, la diferencia da lugar a que el cerebro pueda distraerse. Invierte este tiempo “extra” en hacer más efectiva tu escucha.

3. Focalízate en lo que escuchas. Deja de lado todo lo que pueda distraerte y concéntrate en la comunicación. Es adecuado que mires a los ojos a quien habla para dar cuenta que estás tratando de entender lo que dice. Para esto también es útil que utilices el lenguaje gestual. Demuéstrale al otro, también con tu cuerpo, que lo estás escuchando. Por lo menos mueve la cabeza para demostrar comprensión.4. Parafrasear y resumir. Luego de que el vocero termine de hablar es bueno que parafrasees lo que dijo de manera de poder evitar que hayas entendido algo mal y para demostrarle aquello que ya has comprendido. Luego puede resultar también adecuado que quien habla y quien oficia de audiencia intercambien preguntas y respuestas para aclarar información. (Cordina J., 1995)

¿Cómo practicar la escucha activa?

- No te entretengas con otras personas, situaciones, etc. Sólo atiende a quién está hablando.
- No priorices las opiniones y experiencias ajenas.
- No interrumpas, no te entrometas, escuchan pacientemente
- Interésate por los detalles que te parezcan interesantes para comprender mejor la conversación, aunque sean menos relevantes
- Un buen escucha nunca ignora lo que se le dijo.
- Muestra interés en la persona que habla.
- Extrae los aspectos importantes de todo lo que se ha dicho.
- Mantén concentrado tu pensamiento.

Anexo IV: Estilos comunicativos (Extraído de
<http://www.evapsicologa.com/pasividad-asertividad-agresividad/>)

Características de la conducta

- **Pasiva:** Emocionalmente poco sincero, indirecto, se niega a sí mismo, inhibido.
- **Asertiva:** (Apropiadamente). Emocionalmente sincero, directo, se valora a sí mismo, expresivo.
- **Agresiva:** (Inapropiadamente). Emocionalmente sincero, directo, se valora a sí mismo a costa de los demás, expresivo.

Tus sentimientos cuando te comportas así:

- **Pasiva:** Herido, ansioso, en el momento y, posiblemente, enfadado después.
- **Asertiva:** Resuelto, te respetas a ti mismo en ese momento y después.
- **Agresiva:** Estirado, superior, despectivo en ese momento y posiblemente culpable después.

Sentimientos de los otros respecto de si mismos cuando te comportas así:

- **Pasiva:** Culpable o superior.
- **Asertiva:** Valorado o respetado.
- **Agresiva:** Herido, humillado.

Sentimientos de los otros respecto de ti cuando te comportas así:

- **Pasiva:** Pena, irritación, disgusto.
- **Asertiva:** Normalmente respeto.
- **Agresiva:** Deseo de venganza.

Conductas no verbales:

- **Pasivas:**
 - Tono de voz bajo y blando.
 - Habla monótona y vacilante.
 - Retorcerse las manos.
 - Retroceder cuando se le hace una observación asertiva.
 - Cubrirse la boca con la mano.
 - Contacto ocular evasivo.
 - Habla con carraspeos.

- Aferrarse a la otra persona.
- Hombros encogido y encorvados
- Gestos nerviosos que distraen al oyente

– **Asertivas:**

- Voz apropiadamente alta a la situación.
- Contacto ocular firme, no fijo o derrumbante.
- Habla fluida, expresión clara, sin vacilaciones, enfatizando las palabras claves.

– **Agresivas:**

- Voz estridente o sarcástica y/o condenatoria.
- Contacto ocular dominador y derrumbante.
- Gestos corporales paternalistas, con excesivo señalamiento con el dedo.

Anexo V: Mensajes Yo-Tú

Los "mensajes-yo" son expresiones que transmiten una intención o deseo acerca de la persona que habla. Tienen la potencialidad de permitir la expresión de los sentimientos a los demás provocados por algo que ha sucedido, pero sin perjudicar los sentimientos de la otra persona, ya que expresamos lo que a nosotros mismos nos afecta cuando se ha producido un conflicto. En contraposición, los "mensajes tú" pueden resultar ofensivos e impedir que el problema se solucione, porque mediante ellos lo que hacemos es "dar instrucciones" al otro sobre lo que debe hacer.

<p>Me siento _____ (plantea tus emociones)</p> <p>Cuando tú _____ (plantea la actitud o acción concreta)</p> <p>Porque _____ (plantea el efecto que esa actitud tiene en tu vida)</p> <p>Y me gustaría que _____</p>
--

A continuación, se exponen algunos ejemplos de este tipo de mensajes:

- Me siento apenado cuando dices que no hay nada que hacer porque siento que cada vez te aíslas más. Entiendo que puedas encontrarte así, yo también me siento de esa manera muchas veces, pero si no intentas animarte acabarás sin ganas de hacer nada. Por ello, me gustaría que vinieras a dar una vuelta conmigo.
- Es normal sentirte de esa forma, pero no puedo dejar que estés así porque me entristece. Me gustaría que me acompañaras a X actividad porque me agrada mucho tu compañía.

1. Realizar un modelo de la situación actual o una definición del problema.

Problema se define como “una situación real o anticipada en la vida que requiere respuestas por parte del sujeto para un funcionamiento adaptativo; pero que no están disponibles o no son identificables por él, debido a la existencia de barreras u obstáculos” (Nezu, 2004). En esta fase se incluye la definición de los objetivos que el individuo quiere alcanzar (Nezu, 2004). Cuando se va a resolver un problema es necesario analizarlo y dilucidar cuales son los procesos y aspectos relevantes que están influyendo en la aparición y mantenimiento del problema o qué hace amenazante la situación. El análisis de las situaciones es un análisis causal, intentando determinar las influencias de unos factores en otros, en el momento actual y en la posible evolución

2. Generar conductas alternativas posibles dentro del modelo de la realidad que se ha creado.

Es una fase que depende de la creatividad del individuo. Se trata de imaginar las alternativas posibles. La crítica y autocrítica juegan un papel que compromete de forma importante la efectividad de este paso. Es preciso suprimir ambas en una primera fase para poder considerar las soluciones sin una censura previa. Hay que recordar que entre las instrucciones que se dan en los ejercicios creativos como el desarrollo de alternativas destaca la de actuar con una ausencia total de crítica para generar alternativas que serán evaluadas en otra fase.

3. Extrapolar los resultados asociados a cada conducta generada.

Con objeto de prever los resultados de ponerlas en práctica con los cambios que se producirán en la situación. Es una parte de la resolución de problemas que está muy sujeta a la incertidumbre, porque el resultado de nuestras acciones no depende solo lo que hagamos, sino que son fundamentales las reacciones de los demás que están involucrados en la situación. Saber predecir los resultados de un plan que se ha elaborado es difícil y la incertidumbre juega de nuevo un papel fundamental.

4. Extraer las consecuencias de cada resultado,

es decir, valorar la situación generada de acuerdo con los objetivos que se pretenden alcanzar. Para ello se valoran la probabilidad de que un resultado, es decir, su incertidumbre; junto con

los beneficios o perjuicios que pueden conllevar que ocurra, es decir, las consecuencias de cada resultado. Esta evaluación puede hacerse de forma automática, es decir, sin un pensamiento consciente, guiándonos solamente por las sensaciones que nos ha producido. En este paso se incluye valorar la incertidumbre de los sucesos.

5. Elegir la acción que se va a llevar a cabo entre las que pueden producir el resultado que se busca. Una consecuencia inmediata de la evaluación de los resultados es la elección de la conducta más adecuada para resolver el problema. Pero a veces se llega sin duda a cuál debe ser la actuación, como fruto de la valoración de las consecuencias; pero, una vez identificada, puede haber problemas para llevarla a la práctica. “Eso es lo que tendría que hacer; pero...”

6. Controlar el proceso cuando se lleva a cabo la acción. Cuando realizamos una acción entramos en el proceso de control de lo que hacemos, (Carver y Scheier, 1981) en el que vamos monitorizando si el resultado actual va en el camino que esperamos o no. Si no marcha en dirección al objetivo, generamos nuevos caminos o cambiamos los planes en un proceso de toma de decisiones parecido. La preocupación es una acción que va dirigida a tomar una decisión, por eso el proceso se puede monitorizar y controlar como la de cualquier acción que persiga un objetivo.

7. Evaluar los resultados obtenidos. Es el momento de repasar lo que se ha realizado con objeto de aprender para el futuro. Una revisión rápida del proceso que se ha llevado y de las conductas de los demás nos ayuda para mejorar nuestra toma de decisiones. La evaluación se ha de hacer basándose en los hechos acaecidos y en los resultados reales y medibles obtenidos. La revisión de los resultados es un proceso que pretende conseguir mejorar la actuación siguiente, pero, si no se mantiene dentro de unos límites, lo único que se logra es continuar la preocupación después de acabada la acción. Las propuestas terapéuticas en este caso son: aceptar la evaluación del otro es la forma terapéutica de poner coto a los pensamientos, aceptar las propias limitaciones intentando, si fuera preciso, crear una segunda oportunidad, acabar con la revisión si los resultados obtenidos han sido aceptables o si no se prevé una nueva oportunidad de enfrentarse a la misma situación.

Anexo IX: Registro de intervenciones de participantes

SESIÓN 1: ¿Cómo sentimos?

NECESIDADES PARA LA CONVIVENCIA	
Participante 1	“Que haya una buena convivencia”
Participante 2	“Que haya tranquilidad, no mucho ruido”
Participante 3	“Convivir bien con la gente”
Participante 5	-
Participante 6	“Coincido, una buena convivencia”

PERCEPCIONES TRAS CASO PRÁCTICO	
Participante 1	“Poca convivencia”
Participante 2	“Esa persona no tiene nada en la cabeza”
Participante 3	“Dejarlo por imposible”
Participante 5	-
Participante 6	“Eso es que no quiere hablar contigo”

CREENCIA GRUPAL	
Participante 1	En el único aspecto en el que hubo unanimidad fue que no podían llegar a acuerdos entre las personas que se encuentran conviviendo en la residencia debido a que son personas muy diferentes.
Participante 2	
Participante 3	
Participante 5	
Participante 6	

PALABRA QUE DEFINE EL ESTADO EMOCIONAL	
Participante 1	“Intranquilidad. Porque estamos hablando de cosas que...”
Participante 2	“Muy tranquilo”
Participante 3	“Me siento mal”
Participante 5	-
Participante 6	“Somos intocables, de ideas fijas”

SENSACIONES TRAS RELAJACIÓN	
Participante 1	“Lo mismo que antes, con menos intensidad igual”
Participante 2	“Tranquilo”
Participante 3	“Más relajada”
Participante 5	-
Participante 6	“Me siento bien”

SENTIMIENTOS TRAS 2º CASO PRÁCTICO	
Participante 1	“Lástima, aunque intentar ayudar pasa factura”
Participante 2	“Me quedo impasible”
Participante 3	“Pena”
Participante 5	-
Participante 6	“Malestar”

SESIÓN 2: ¿Nos escuchamos?

IDEAS ANTES DEL ROLE-PLAYING	
Participante 1	“No podemos hacer nada”
Participante 2	“Bien, fluido”
Participante 3	“No lo vas a conseguir, da igual”
Participante 4	“Pienso en ayuda, compasión”
Participante 6	“Que intenten ayudar”

PERCEPCIONES TRAS ROLE-PLAYING	
Participante 1	“Hay que esperar hasta que puedas porque seguro que solo hay una persona que pueda ayudarte y estará con otro asunto”
Participante 2	“Aguantar porque estará liada”
Participante 3	“ir y hacerlo como puedas”
Participante 4	“Pues me enfado. Espero comprensión de los demás”
Participante 6	“Me meo encima, no se puede”

SESIÓN 3: Conflictos cotidianos

SENTIMIENTOS GENERADOS POR FRAGMENTO DE PELÍCULA	
Participante 1	“Alzheimer, es normal.”
Participante 2	“El dueño del reloj puede no saber dónde lo ha dejado porque es sonámbulo”
Participante 3	“Hay que pensar antes de decir las cosas”
Participante 4	“Eso está mal, ¿por qué le va a echar la culpa?”
Participante 6	“No se puede crear juicios, hay que preguntar”

SENTIMIENTOS TRAS “SITUACIÓN A1”	
Participante 1	“No está bien de la cabeza, pero me siento intranquilo”
Participante 2	“No está bien de la cabeza, hay que intentar hablar con calma y tranquilidad”
Participante 3	“Estaría nerviosa y de mal humor”
Participante 4	Ante la pregunta de qué sentimientos le surgen, la participante 4 continúa argumentando sobre la vez en que le robaron el reloj (siendo este el caso contrario, es decir, hablamos de qué sentiría si la acusaran de robo).
Participante 6	“Me provoca mucha pena”

SENTIMIENTOS TRAS “SITUACIÓN A2”	
Participante 1	“Estaría nervioso porque le pasa a él te puede pasar a ti”
Participante 2	“Yo evitaría males mayores”
Participante 3	“Me sentiría mal”
Participante 4	“Estaría muy nerviosa y enfadada”
Participante 6	“Le preguntaría porque no sería muy normal”.

SENTIMIENTOS TRAS "SITUACIÓN B2"	
Participante 1	"Se ha tenido que levantar y cogerlo"
Participante 2	"Yo creo que él mismo lo ha cogido"
Participante 3	"Yo me enfadaría porque lo ha tenido que coger, sino hay más gente en la habitación ha tenido que ser él"
Participante 4	"Me enfado porque me lo han robado"
Participante 5	"En ese caso hay muchas cosas que preguntar"
Participante 6	"Pienso que me lo han robado"

SENTIMIENTOS TRAS "SITUACIÓN B2"	
Participante 1	"Puede ser que imagines una cosa y que sea otra"
Participante 2	-
Participante 3	-
Participante 4	-
Participante 5	-
Participante 6	"Me sentiría engañado, aunque realmente no lo sabes con seguridad".

EMOCIONES FINALES	
Participante 1	"Lástima, impotencia, enfado"
Participante 2	-
Participante 3	"Incertidumbre, enfado"
Participante 4	-
Participante 5	"No sé lo que pensar"
Participante 6	"Enfado, inseguridad y desconfianza"

SESIÓN 4: ¿Tenemos problemas similares? ¿Cómo afrontarlos?

EXPLICACIÓN "CONDUCTA A"	
Participante 1	"Me espero y hablo con el responsable"
Participante 2	"Pienso que eso está mal contestado si estoy sentado en mi sitio"
Participante 3	"Yo me quedaría sentada, si me echa me cojo otra"
Participante 4	"Yo me sentaría siempre en mi silla"
Participante 5	-
Participante 6	"Cada uno tiene su silla, es como una propiedad"

FORTALEZAS	
Participante 1	"Comprensión, sensibilidad"
Participante 2	"Fortaleza, pensamiento fijo"
Participante 3	"Sensible"
Participante 4	"Amable, carácter fuerte y divertida"
Participante 5	-
Participante 6	"Emocionalmente fuerte, seguro, no tengo vergüenza"

DEBILIDADES

Participante 1	“Demasiado afectivo, tímido, nervioso”
Participante 2	“No puede ver nada fuera de su sitio”
Participante 3	“Paciencia, comprensión, depresiva”
Participante 4	“Sin fuerzas, nerviosa, intranquila”
Participante 5	-
Participante 6	“Labilidad emocional y rumiación”

SESIÓN 6: ¿Qué nos hace disfrutar?

FENÓMENOS QUE AUMENTAN LA FELICIDAD	
Participante 1	“Música, hablar, naturaleza, comer”
Participante 2	“Comer, leer, beber agua”
Participante 3	“Familiares, ordenar la habitación”
Participante 4	“Familia, compañía, salidas semanales por el barrio con los compañeros”
Participante 5	-
Participante 6	“Saber vivir, hacer cosas diferentes, cariño (afecto), comer, música, escuchar por la radio debates políticos y partidos del Barça”

*Todos los participantes coincidieron en que les encantaba un programa televisivo en el cual aparecen niños y niñas cantando

SESIÓN 7: ¿Somos consciente de lo que sentimos?

EMOCIONES TRAS FRAGMENTO MUSICAL 1	
Participante 1	“Tranquilidad. Me recuerda a mi juventud”
Participante 2	“Profunda paz. Parece como si estuviera llegando otra vez la democracia”
Participante 3	“Emoción, alegría, sueños. Me recuerda a, cuando era pequeña, nuestro padre cantaba y nosotras (refiriéndose a su hermana y ella) bailábamos”
Participante 4	“Alegre. Me viene al recuerdo la juventud”
Participante 5	-
Participante 6	“Alegria tranquilidad. Aunque no me viene nada al recuerdo”

EMOCIONES TRAS FRAGMENTO MUSICAL 2	
Participante 1	“Alegre. Me recuerda que no hay igualdad en el mundo”
Participante 2	“Alegría, libertad. Como cuando acabó la dictadura”
Participante 3	“Alegre, ganas de bailar”
Participante 4	-
Participante 5	-
Participante 6	“Alegría, esperanza, libertad. Me hacer recordar épocas en las que no teníamos ni para comer, como en la guerra”

EMOCIONES TRAS FRAGMENTO MUSICAL 3	
Participante 1	“Lástima, tristeza”

Participante 2	“Alegría total, levanta el ánimo”
Participante 3	“Pena, tanta comida en algunos sitios y tan poca aquí mismo”
Participante 4	“Recuerdo cosas alegres, aunque alguna como cuando mi padre me mandaba a comprar tabaco”
Participante 5	-
Participante 6	“Mucha pobreza en el mundo y mucha injusticia”

EMOCIONES TRAS FRAGMENTO MUSICAL 4	
Participante 1	“Tranquilidad, tristeza”
Participante 2	“Música militar. Me recuerda a Wagner”
Participante 3	“Tristeza, malos ratos”
Participante 4	“Pena, tristeza”
Participante 5	-
Participante 6	“Cambio de poder. Grandeza y poder”

EMOCIONES TRAS FRAGMENTO MUSICAL 5	
Participante 1	“Alegría, tristeza. Se me murieron varios pájaros antes de caer enfermo”
Participante 2	“Libertad, poder ir a dónde quieras, estoy vivo”
Participante 3	“Tranquilidad, sueño, bienestar”
Participante 4	"Alegría. Recuerdo cuando mi padre me traía pájaros”
Participante 5	-
Participante 6	“Libertad, cariño. Tenía unos 200 o 300 pájaros en mi juventud”

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA A SITUACIÓN A	
Participante 1	“Pensar en música para evitar el enfrentamiento”
Participante 2	“No contestaría, simplemente pasar”
Participante 3	“Callarme, no pensaría en ello”
Participante 4	“Me metería en la discusión”
Participante 5	-
Participante 6	“Me pondría a hacer cuentas mentales para pasar”

Anexo X: Cuestionario de evaluación del desarrollo de las sesiones

Sesión 1: ¿Cómo sentimos?

Descripción: A través de ejercicios de respiración y de actividades de introspección guiadas, los participantes aprenden a identificar las competencias emocionales que suelen utilizar.

¿Se han tratado los siguientes aspectos en la sesión?	SI	NO
¿Cómo identificar las emociones?		
¿Cómo utilizar el estado emocional para comunicarnos adecuadamente?		

Sesión 2: ¿Nos escuchamos?

Descripción: Debido a que ser capaz de escuchar los sentimientos y preocupaciones de los demás ayuda a iniciar y mantener buenas relaciones, es fundamental potenciar la escucha activa para promover un comportamiento prosocial. A través de una dramatización, las personas participantes voluntarias actuarán de “confidentes” del profesional, quien adoptará el papel de una persona que tiene un problema y desea contárselo a alguien. Posteriormente, las personas participantes procederán a realizar una dramatización en grupo.

¿Se han tratado los siguientes aspectos en la sesión?	SI	NO
¿Qué es la escucha activa?		
¿Cómo puede afectar a una persona el hecho de no ser escuchada?		
¿Cómo practicar la escucha activa?		

Sesión 3: Conflictos cotidianos

Descripción: A través de ejercicios de meditación y de actividades de visualización guiadas, los participantes aprenden a observar sus propios pensamientos y emociones para saber modificarlos.

¿Se han tratado los siguientes aspectos en la sesión?	SI	NO
¿Cómo nos afectan nuestros pensamientos o creencias?		
¿Qué alternativas se pueden llevar a cabo para solucionar conflictos?		

Sesión 4: ¿Tenemos problemas similares? ¿Cómo afrontarlos?

Descripción: Existen situaciones en la vida en las que no manifestamos lo que realmente opinamos. Por ello, es fundamental conseguir un estilo de comunicación asertivo. Es necesario tener en cuenta que una persona asertiva expresa sus sentimientos de forma directa, defiende sus derechos y respeta los de las demás personas. Para el aprendizaje de esta habilidad se procederá a la práctica de la habilidad de decir “no”.

¿Se han tratado los siguientes aspectos en la sesión?	SI	NO
¿Qué estilos comunicativos hay?		
¿Cómo nos sentimos cuando utilizamos un estilo comunicativo?		
¿Qué consecuencias tiene utilizar un estilo de comunicación?		

Sesión 5: ¿Pedimos ayuda y ayudamos?

Descripción: Una habilidad socioemocional muy relevante en las personas que se encuentran institucionalizadas es la habilidad de dar y pedir ayuda para evitar el malestar emocional. Es necesario tener en cuenta que una gran parte de estas personas tiene limitaciones de lenguaje, por lo que normalmente no suelen encontrar las palabras adecuadas. Por ello, esta sesión está enfocada al desarrollo de la habilidad de pedir ayuda.

¿Se han tratado los siguientes aspectos en la sesión?	SI	NO
¿Qué son los mensajes Yo-tú?		
¿Cómo podemos pedir y dar ayuda?		

Sesión 6: ¿Qué nos hace disfrutar?

Descripción: En esta sesión se desarrollarán los conceptos de habilidades de vida, bienestar subjetivo y flour. Es necesario tener en cuenta que las habilidades de vida se definen como aquellas acciones que ayudan a experimentar satisfacción o bienestar subjetivo en las actividades de la vida diaria.

¿Se han tratado los siguientes aspectos en la sesión?	SI	NO
¿Qué son las habilidades de vida?		
¿Todos disfrutamos del mismo modo?		

Sesión 7: ¿Somos consciente de lo que sentimos?

Descripción: el objetivo de esta sesión es que cada persona del grupo sea capaz de identificar y de exteriorizar sus emociones a través de la música para poder tenerlas en cuenta a la hora de llevar a cabo una toma de decisión.

¿Se han tratado los siguientes aspectos en la sesión?	SI	NO
¿Influye la música en las emociones?		
¿Actuamos en consecuencia a nuestros sentimientos?		
¿Se ha votado quién será la persona facilitadora en la siguiente sesión?		

Anexo XI: Escala Gencat (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2008, 2009)

GENCAT. Escala de Calidad de vida

Datos de la persona evaluada. Adultos (18 años y más)

Número de identificación: _____

Nombre _____

Apellidos _____

Sexo
 Varón Mujer

Dirección _____

Localidad/Provincia/CP _____

Teléfono _____ Lengua hablada en casa _____

Servicio _____ Colectivo _____

	Día	Mes	Año
Fecha de aplicación	____	____	____
Fecha de nacimiento	____	____	____
Edad cronológica	____	____	____

Datos de la persona informante

Nombre de la persona que completa el cuestionario _____

Puesto de trabajo _____

Agencia/Afiliación _____ Lengua hablada en casa _____

Dirección _____

Correo electrónico _____ Teléfono _____

Nombre de otros informantes	Relación con la persona	Lengua hablada en casa
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

GENCAT. Escala de Calidad de vida

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10	Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11	Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18	Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEM 15: si la persona no tiene trabajo, valore su relación con los compañeros del centro.</p> <p>ITEM 17: tienen discapacidad, son personas mayores, fueron o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc.</p>					

Anexo XII: Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg (Lobo, 1993)

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
¿Ha estado muy preocupado por algo?		
¿Se ha sentido muy irritable?		
¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		PUNTUACIÓN TOTAL
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (Síntomas vegetativos)		
¿Ha estado preocupado por su salud?		
¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
PUNTUACIÓN TOTAL		
SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha tenido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		PUNTUACIÓN TOTAL
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (A causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
PUNTUACIÓN TOTAL		
PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)		

Anexo XIII: Cuestionario de satisfacción con el programa

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA

Muy en desacuerdo: 1

En desacuerdo: 2

De acuerdo: 3

Muy de acuerdo: 4

La propuesta de trabajo responde a necesidades que no estaban satisfechas

1	2	3	4
---	---	---	---

Los materiales utilizados (música, vídeos, ejemplos prácticos) han sido adecuados

1	2	3	4
---	---	---	---

Los temas tratados me han resultado de utilidad y/o interés

1	2	3	4
---	---	---	---

La persona formadora se ha adaptado al modelo de trabajo propuesto inicialmente

1	2	3	4
---	---	---	---

Estoy satisfecho/a del ambiente logrado durante las sesiones

1	2	3	4
---	---	---	---

Volvería a participar en actividades similares

1	2	3	4
---	---	---	---

En general, estoy satisfecho con el desarrollo del programa

1	2	3	4
---	---	---	---

Anexo XIV: Guion entrevista

GUIÓN ENTREVISTA

1. ¿A qué te ha ayudado o en qué te ha beneficiado participar en estas actividades?
2. ¿Qué es lo que más te ha agradado de lo realizado durante las actividades?
3. ¿Qué es lo que menos te ha agradado de lo realizado a lo largo del programa?
4. ¿Cómo valoras el desarrollo metodológico de las sesiones?
5. ¿Qué aspectos te hubiera gustado tratar, pero no ha sido así?
6. ¿Qué hubieras cambiado para mejorar el programa?
7. En general, ¿cómo valoras las actividades que hemos realizado?

Anexo XV: Transcripción de entrevistas

P1

Bueno, pues dime... ¿a qué te ha ayudado participar en estas sesiones?

No sabría cómo expresarme...

Tú intenta expresarte cómo mejor puedas.

A ver, pues de momento a hacer otro tipo de actividad que nos hace no estar tan encerrados en sí mismo. Vamos que todo viene bien, ¿Qué no se va a conseguir nada? Pero al menos el hecho de que haya una persona que nos haga hacer algo, pues sirve para que la mente esté despierta. Todo tipo de actividades son buenas y esta es una de ellas, ¿no? Te digo, conseguirlo no vamos a conseguir nada porque cada uno va a la suya y la forma de ser de una persona es lo que predomina. Estaba viendo una película, quedaba media hora para que terminase y me quitaron la tele.

Pero tú por ejemplo dices que te ha ayudado a no estar tan encerrado en ti mismo

Sí, yo soy de las personas que tengo más actividades y más de esto, pero... Ya por mí no, pero por los demás. A mí siempre me ha gustado preocuparme por los demás y en este caso pues los veo que están muy necesitados. El que más terapias haga del tipo que sean. Que haya actividades que le gusten más que otras.

Hasta ahora no habíais hecho nada parecido ¿no?

No, no que va.

¿Qué es lo que más te ha agradado de lo que hemos hecho durante las actividades?

Comunicarnos entre nosotros.

¿No soléis comunicaros mucho entre vosotros?

No, no. Bueno que tampoco es una comunicación ¿no? Porque cada uno está pensando en lo suyo. Porque P4 me he fijado que va a la suya: “yo, yo, yo, a mí me gustaría ayudar...” pero nunca ayuda. En fin, se queda todo de aquí para afuera. Si dices que vas a hacer y luego no haces nada. Tiene unas maneras que sí, ¿que cada uno es cómo es? Vale. Es opinable, yo tengo siete hermanos y ninguno igual que yo.

Entonces dirías que lo que más te ha gustado es comunicarnos, ¿no?

Bueno, conocernos más de lo que nos conocemos, que ya nos conocemos y sabemos de qué pie cojea cada uno. Yo ya sé, igual me puedo equivocar ¿no? que mi cabeza no da para más. Yo la Rosa mismo, lo que pasa que yo estoy muy necesitado también de que me esto, tengo el sistema nervioso que me altero con nada. Entonces si una persona, que me gusta mucho ya te digo yo besar a la gente y es mi forma de ser, pero si esa persona se pone un poco de pesada pues ya me agobia. Claro, que yo no estoy aquí por gusto, estoy aquí porque estoy malo.

¿Y qué dirías que es lo que menos te ha gustado de lo que hemos hecho?

Pues el miedo a llegar a enfrentarnos ¿sabes? Eso es lo que a mí me ha quedado

¿Entre los participantes?

Claro

¿Pero no ha sucedido no?

No, no. Al principio si lo pensaba, como nos toque que nos enfrente como a los auxiliares. Bff ya no hubiera participado ¿e? porque ya te digo el sistema nervioso cuando me ha tocado, que son las emociones, entonces las tengo muy a flor de piel. Lo mismo por eso río tanto.

¿Cambias mucho de estado de ánimo?

A ver, no lloro mucho porque estoy aquí, pero tengo las emociones bastante, ahora mismo lo tengo bastante subido. Pero claro solo no me pasaba esto, podía morirme y todo eso. Pero claro, lo mismo río que a veces estoy hablando y parece que quiero llorar. Ya te digo que la sensibilidad la tengo a flor de piel. Claro y por eso me da que yo siempre estoy de broma, forma parte de mi forma de ser, pero a parte el sistema nervioso hace que me lo realce. Como explicar, yo antes tenía la costumbre mucho de ir por la calle e ir explicando lo que tengo. Todo el mundo me decía tengo esto tengo lo otro, pero aquí me han dicho que no se lo diga a nadie. No lo van a entender, ¿no?

Algunos no.

Yo creo que la mayoría. De los residentes la mayoría, por no decir todos. Está el P61 que parece que parece muy buena de esto, pero ayer se pasó un pelín, tiene un carácter muy de esto, muy cerrado. No sé si es por la edad o forma parte de su. Entonces estaba hablando por teléfono donde está la puerta de entrada, en el recibidor y no podía pasar él y empezó a dar voces y eso. Le tuvo que parar la conversación, que estaba hablando con su mujer, para decirle que se esperara. Como no fue así, pues bueno al final le dejó pasar, pero vino aquí a decirle que o dejaba de hacer eso o le pegaba un empujón o le tiraba al suelo. Y digo “P6 eso no está bien ¿e? este hombre no está bien, tiene 92 años y no está bien. Tú lo que tienes que hacer es venirte a tu habitación y ya está. No te pongas delante del pasillo, que ahí es una zona de paso que tienen que pasar otras personas. Pero hombre lo que tú no vas a hacer es por la fuerza no se puede conseguir nada. Ni una persona mayor, ni una persona que está bien. Una persona que hay una pelea ya no tiene nada bueno. Una pelea, una discusión no lleva nada bueno. Lleva a peor.

¿Y cómo valoras las dinámicas que hemos hecho en las actividades? ¿Cómo se han desarrollado las sesiones?

Bien. En armonía.

Pero ¿te ha gustado el modo que hemos tenido de trabajar?

Si, si hombre.

¿Qué sería lo que más te ha gustado de este modo de trabajar?

La forma como lo has llevado. Lo has explicado y con la...no sé cómo explicarme. Vamos que lo has explicado muy bien. Una persona que tienes de esto, tienes de esto para conectar.

Muchas gracias.

Si hombre claro, si no hubiera sido por ti no.

Vale, te han gustado las explicaciones ¿no?

Claro, la forma de llevar la terapia. Claro lo que no puede hacerse es enfrentar unos a los otros y...

Vale, puede ser que te haya gustado son los ejemplos que hemos puesto ¿no? Que sean casos que pueden pasar en una residencia pero que no tratan sobre las personas que estáis aquí.

Y si ha pasado, al menos no se ha relacionado con nosotros mismos. Claro, es que aquí... que aquí nosotros siempre estamos en conflicto.

Por eso, por eso creía que era importante hacer una cosa así.

Si fuera una cosa, el otro por otra. Cuando uno está en un sitio así es por algo. Que de afuera se ve todo muy bonito claro. La P4 explica sus "destos", no hay un día que no se levante con el ¡ay!¡ay!¡ay! ella tiene su mal, vale, yo no sé si será las dos cosas: problemas de dolor y psicológicos. Porque Pascual también de esto y no se queja tanto. La fuerza que tiene Pascual que se levanta cantando.

Muy pocas personas hay como "x". Si hubiera más personas como "x" el mundo iría mejor.

Tiene 67 años y se está quedando ciego, el corazón lo tiene de esto, no tiene piernas, la familia por lo que cuenta él estaba enamorado de la mujer y le ha dejado, los hijos no vienen a verlo. Yo creo que tendría que estar mejor cuidado, no sé cómo explicarme.

Más atendido por la familia.

Por la familia y por los de aquí. A ver yo lo comenté el otro día, porque a mí cada tres meses me están sacando a ver o ir a sitios que a mí me gustan, como fui una vez al cine, ahora en septiembre me van a llevar a la dar paseos por Barcelona. O sea que viene un voluntario o un auxiliar y te lleva.

Pero eso cuando venga Elena ya empezará.

Eso me ha dicho, que tiene que empezar. Ya, pero te quiero decir que lleva casi un año y no...claro, que ha estado casi tres meses en el hospital.

¿Sobre qué cosas te hubiera gustado hablar, pero no hemos hablado?

Pues no sé. Hemos tocado eso también de que nos gustaría hacer.

Hay algo que digas, esto hubiéramos necesitado como grupo hablarlo o yo como persona, pero no lo hemos hablado, no lo has tenido en cuenta, por ejemplo. Porque puede haber muchas cosas que yo no haya tenido en cuenta a la hora de hacer las actividades.

Ahora mismo no se me ocurre nada.

Y ¿hubieras cambiado algo para mejorar las actividades?

Están bien. Yo no tengo capacidad para...

Pero igual hay algo que a ti no te ha gustado y dices pues mira yo esto en vez de hacerlo así lo hubiera hecho.

No porque el miedo que yo tenía al principio era ese tema de enfrentarnos, pero como no ha sido así pues ha ido todo muy bien.

¿No cambiarías nada?

No.

¿Y en general cómo valoras las actividades que hemos hecho?

Muy bien. Si las tuviera que hacer otra vez, las haría. Yo mientras no nos enfrenten.

Bueno si hacemos una actividad para enfrentarnos mal.

No porque ya estando bien entre comillas, porque las personas que vienen a trabajar aquí se supone que también tendrán sus cosas, están bien y las enfrentan. Yo he oído que han acabado llorando y todo. La "x" y la "x" no dicen nada por eso, por miedo a tocar temas personales. Oye que cada uno tiene su forma de ser, vale, a veces salen a relucir cosas que no tenían. Por ejemplo, la costumbre que tenemos, la verdad es que a nadie le gusta que una persona venga a trabajar y te esté dando la tabarra, que le pasa a esta chica que se va y parece otra, pero cuando viene no tiene maneras. Que igual el trabajo te viene grande, vale, esto tiene tela, psicológico y físico. Que cuando viene empieza a pegar berridos y a tratarnos como...no tiene, no tiene capacidad para hacer esta faena. Lleva diez años ya o más, ¿cómo se come eso?

Cada uno trabaja de un estilo diferente.

Ya, pero si dicen los jefes, porque yo leo allí en verano he leído no sé qué de lo que se necesita para trabajar en este tipo de sitios, o sea los voluntarios, de ayudar, comprensión, saber...pero cuando hay personas así trabajando es porque no se controla. No sé si por la noche como no hay control de esto...ya saben de qué pie cojea ella. Y como será que ha elegido este sitio, porque también pienso que la mayoría están tocados pues se ve que le han cogido. Pues me voy para allí que me desahogo gritando.

P2

¿En qué te ha ayudado o en qué te ha beneficiado participar en estas actividades?

En todo en general.

Pero, ¿en qué sentido? ¿hay algo en concreto a lo que te haya ayudado?

No, no, no. En general, todo ha sido positivo.

Y ¿qué dirías que es lo que más te ha agradado de lo que hemos hecho?

Hombre, sobretodo, el que se ha encargado de hacerlo.

Pero de las cosas que hemos tratado, ¿qué es lo que más te ha gustado?

Hombre, sobretodo, que haya buena armonía.

Mmmm

Que es lo básico.

O sea, lo que más te ha gustado es la armonía del grupo ¿no?

Exactamente y la buena venencia.

Y ¿qué es lo que menos te ha gustado de lo que hemos hablado?

Pues la verdad es que nada.

¿No ha habido nada que te haya desagradado?

No, la verdad es que no.

¿Cómo valorarías las dinámicas que hemos hecho en las sesiones?

Hombre, yo le pondría un 10.

Y ¿hay otras actividades en las que participéis igual?

Hombre, yo por lo menos sí. Tanto en la gimnasia, como en la música, que por cierto viene el miércoles (refiriéndose a la musicoterapeuta).

[En este momento el usuario comienza a hablar sobre las diferentes actividades que se realizan en la residencia. Duración: 13 segundos]

¿Te hubiera gustado hablar sobre algo de lo que no hayamos hablado?

Pues, la verdad, ahora en este momento no se me ocurre nada nuevo extra. Bueno, solamente que el martes haya alguna actividad que nunca hacemos nada.

[En este momento el usuario comienza a hablar sobre modificaciones que se podrían hacer en relación a las actividades que se realizan en la residencia. Duración: 20 segundos]

¿Qué hubieras cambiado para mejorar lo que hemos hablado?

Yo la verdad, nada, teniendo en cuenta tal y como ha ido.

Y en general, ¿cómo valoras el modo en el que se han desarrollado las actividades?

Ooo, pues yo lo valoraría con un 10. Sí, sí, al máximo.

Oooo, muchas gracias. Pues muchas gracias por tu tiempo.

P3

¿En qué te ha ayudado o en qué te ha beneficiado participar en estas actividades?

Hombre, pues saber algo más de lo que sabía y tenerlo en el pensamiento para que no se me olvide. Así que bien.

Las cosas sobre las que hemos hablado, ¿se han tratado alguna vez aquí?

Que va. Nada, de nada.

¿Soléis compartir lo que sentís?

Uy, nada, nada.

Y ¿qué dirías que es lo que más te ha agradado de lo que hemos hecho?

Hombre, pues... todo. Pero, eso sí, lo que más es que tendríamos que tener... eso, un poco de paciencia y educación y hablar más entre nosotros y todo eso.

¿Qué dirías que es lo que menos te ha gustado?

Pues no me acuerdo. No, no. De lo que hemos hablado, aunque no supiera que contestar... pero bien. Me gusta lo que dices.

¿Había cosas que no entendíais?

Eso es.

Y, ¿qué hubieras cambiado para entender esto? Igual, ¿hubiéramos tenido que hacer una preparación sobre lo que íbamos a hablar?

Pues no lo sé.

El otro día me decías que no te gustaba mucho el ambiente que se había hecho.

Pero por los de aquí (refiriéndose al resto de participantes). ¡Claro! Es que a veces dicen tontadas y no dan pie con bola. Y no saben a nada contestar.

Y ¿cómo valoras el modo de trabajar que hemos tenido?

Me ha gustado. Yo por lo menos he puesto de mi parte lo que he podido. Y me ha gustado. Pero ya te digo que algunos...

¿Te hubiera gustado hablar sobre algo de lo que no hayamos hablado?

Pues no. Lo que más me gustaría es tener amistad todos, hablar entre nosotros, contestar el uno a lo que dice el otro, tener una conversación... Cosas así. Porque aquí, cuando no estás solo se hablan bobadas, bobadas dicen siempre. Cosas que no son para decir, como hablar de sus intimidades, de sus cosas. A mí eso no me gusta.

¿Qué hubieras cambiado para mejorar lo que hemos hablado?

Pues nada. No me acuerdo ya casi de lo que hemos hablado.

Y en general, ¿cómo valoras el modo en el que se han desarrollado las actividades?

Bien, pero me parece a mí que no vamos a sacar nada en claro como no cambie... Como no cambien los que tienen que cambiar. Cuando vienes, estamos todos juntos, pero luego... Hay con gente con la que no me gusta participar, pero es lo que hay.

Pues muchas gracias por tu tiempo.

P4

¿En qué te ha ayudado o te ha beneficiado participar en estas actividades? ¿Te ha ayudado algo?

Si.

A ti ¿en qué te ha ayudado?

Nadie ayuda, nadie, nadie.

Pero a ti ¿en qué te ha beneficiado participar?

Yo no sé.

Por ejemplo, cuando hace gimnasia es bueno para la salud, ¿no?

Si.

Por ejemplo, cuando haces un taller de memoria es bueno para la memoria. En esto que hemos hecho este mes, para ti ¿en qué ha sido bueno?

No me acuerdo ni siquiera que hemos hecho este mes.

Cuando nos hemos sentado a hablar ciertas cosas.

Sí, sí, sí. Pero no me acuerdo que me has dicho o que me has preguntado.

¿A qué te ha ayudado? ¿Te ha ayudado algo? Por ejemplo, a conocer a tus compañeros o ¿no te ha ayudado a nada?

Yo compañeros no tengo na (se ríe)

[Durante este período de tiempo la participante comienza a balbucear. No transcrito debido a la imposibilidad de comprensión. Dura 7 segundos]

¿Y qué es lo que más te ha gustado de lo que hemos hablado?

Si es que ni me acuerdo tú.

¿No te acuerdas de nada?

De nada. Estoy que no te puedes hacer una idea.

Y ¿te acuerdas de algo que no te haya gustado?

Tampoco, tampoco. Tú me has preguntado, yo te he contestado lo que he podido y yo ya no me acuerdo.

Tranquila. ¿El modo en el que hemos hecho las actividades te ha gustado?

Sí, eso sí. Y el que me lo ha hecho también.

Muchas gracias. ¿Pero te ha gustado participar en grupo así pequeños en los que podéis hablar mucho?

Sí, sí, sí.

¿Soléis hablar entre vosotros?

Que va, que va. No hablamos na, de verdad. Yo ya no me acuerdo de nada, es que es tremendo. Es que es pena que nos pongamos así.

Pues sí. Pero es que hay una época en la vida para todo.

Pero hoy tengo un día.

Tiene un mal día.

Mira hasta este ojo lo tengo medio pelado, ¿verdad que sí?

Un poquito, pero tampoco mucho. Estás un poco como llorosa, ¿no?

Si. Bueno eso es una gota que me echan.

Ah te han echado colirio ahora.

Me han echado gotas hace un rato y se queda ahí una cosa blanca.

¿Y te hubiera gustado hablar sobre algo que no hemos hablado? Hemos estado hablando por ejemplo cómo hablar con las personas para no ofender.

Ah no, no, no, yo no ofendo a nadie. Y me preguntan una cosa y yo no, porque si quisiéramos hablar tú al tema (refiriéndose a que no quería hablar sobre sus compañeros).

Pues sí. ¿Y hay algo sobre lo que tu creas que mira esto yo necesitaría hablarlo con el grupo o necesitaría haberlo puesto para que fuese un tema para hablar?

No.

¿No se te ocurre nada?

No, yo hablar mal de la gente no, aunque sepa que está mal. Qué quieres que te diga, soy así.

Muy bien.

Soy de esta manera.

¿Y hubieras cambiado algo para mejorar el programa y las actividades que hemos hecho?

¿Y qué voy a cambiar?

No lo sé, me lo tienes que decir tú. ¿Hay algo que no te ha gustado? Por ejemplo, tú al principio estabas un poco tensa con el tema de participar.

Sí.

No te gustaba mucho la idea, porque era algo nuevo que no sabías lo que tenías hacer.

Eso, eso sí, eso sí.

Eso sí es verdad, ¿no?

Eso sí es verdad. ¿Si me ayuda algo? Sí.

Vale. ¿Igual te hubiera gustado primero hablar unos días sobre lo que íbamos a hacer para quitar esa incertidumbre? Prepararnos un poco antes de empezar.

Sí, eso sí.

¿Eso si te hubiera gustado? ¿Y cómo te hubiera gustado prepararte?

Pues que tú me dijeras algunas cosas, algunas cosas me has ayudado a decir.

Bueno, pero eso es porque te cuesta encontrar las palabras. A mí también me pasa muchas veces que no me salen las palabras para decir algo.

¿Cómo te lo digo?

Y en general, ¿te ha gustado lo que hemos hecho?

Sí hombre. Vamos a ver si sacamos algo.

Si claro.

Para ti.

Para vosotros. Esto al final sirve para saber que queréis y qué necesitáis. Esto luego, cuando yo tenga los datos ya analizados, será para pasarlo a los de Venero para que tengan en cuenta lo que hemos hablado y se puedan cambiar cosas.

P6

¿A qué dirías que te ha beneficiado o ayudado participar en estas actividades?

Pues yo creo que ha empeorado

Vaya pues entonces tampoco ha ido muy bien, ¿no?

Me refiero que me he dado cuenta que no se pueden tener amistades con la gente, no te pueden entender, ni todo ese rollo. Si no de por sí te das cuenta que no puedes tener amistad con este y con el otro. Aquí es de ir a la tuya y a matar. ¿Entiendes? Y se acabó.

Como luchar por sobrevivir ¿no?

Supervivencia. Esto es supervivencia ahora mismo. Y así es aquí. Me he dado cuenta de eso.

¿Y qué dirías que es lo que más te ha gustado de lo que hemos hecho durante las actividades?

Hombre a mi lo de ver la película aquella de, de que han robado el reloj... Está bien. Porque estaba más o menos todo el mundo de acuerdo ¿sabes? Todos pensábamos lo mismo.

Os pusisteis en el papel ¿verdad?

Sí, cada uno a su manera, pero sí.

Claro, cada persona es diferente. Y ¿qué es lo que menos te ha gustado de lo que hemos hecho?

¿Menos? Pues que hay muchas cosas de las que no me entero. Algunas cosas no me he enterado Ibon, te lo digo bien claro. Tú me hablas y sé de qué va la cosa, pero no sé de qué va. Sé de qué va, pero no entendía bien algunas veces ¿sabes? Y si yo, que tengo la edad que tengo, y que tengo un cerebro que... que pienso que soy listo y no lo entiendo, pues estas personas que no se enteran de nada...

¿Era algo muy abstracto?

Mucho de golpe y muy raro. ¿Me entiendes? Ese es el problema.

Igual hubiera que haber hecho una pequeña preparación.

Ya te dije que tendríamos que haber hablado contigo de esto, de lo otro... No hacerlo todo a lo bestia como aquel que dice ¿sabes? Son cosas que hay que comprenderlas. Tú las comprendes, pero los demás somos personas ya...

Me parece estupendo que lo digas porque esto que estamos hablando servirá para mejorar lo que hemos hecho. Y ¿cómo valoras el modo en el que se han desarrollado las actividades?

Está bien hombre. Esto de hablar y hablar, a mí me ha gustado. Es un poco raro, pero te distraes. Las actividades están bien.

¿Te hubiera gustado hablar sobre algo que no hayamos hablado?

Pero si es que no se puede. Da igual lo que hablemos porque no se puede. Porque si yo digo lo que pienso me echan de aquí a patadas las personas, las asistentes... (se ríe). Y yo no quiero que me echen de aquí. Yo es que tengo dos “personalidades”, en una tengo que decir que estoy cojonudo, estupendo, que estoy bien, de cojones, que es lo mejor que hay, pero otras cosas por la boca pequeña... Porque hay cosas que si dices por la boca grande es malo, malo, malo a reventar ¿sabes? Yo he tenido que cambiar mi vida, mi manera de ser, enterita, 100%. Yo no soy de este mundo ¿entiendes? Yo soy de otro mundo diferente. A mí me gusta otro mundo diferente al de esta gente (refiriéndose al resto de residentes). Yo al principio entré aquí como una máquina, como un avión. Y, por eso, me miraban todas mal ¿me entiendes? Pero claro, ya me di cuenta que la gente te mira mal y cogí fama de putero, de... de no sé cuántas cosas cogí fama. Tuve que decir: o cambio el “chip” o me echan de aquí, una de las dos. Y he cambiado el “chip”. Ahora soy diferente y parezco un perrito, voy a lo que me den ¿me entiendes? He tenido que cambiar mi cabeza, mi cerebro. He tenido que asimilar esto, lo que hay aquí.

Podía ser ¿qué tuvieras algo de respeto a lo que decías y cómo lo decías?

Yo soy de un mundo diferente, de una vida diferente a esta. No es lo mismo lo que pasa aquí, quiero que me entiendas, pero no sé cómo explicártelo. Hablando en castellano, yo soy un “hijo de puta”, un “chorizo”, un “macarra” y he sido de todo hasta que caí enfermo ¿sabes? Estoy acostumbrado a hablar de una manera muy “a lo bestia”, muchas cosas raras y decir cosas raras... Y he tenido que cambiarlas porque si no cambio me “desintegro” ¿sabes? He tenido que bajar para abajo, bajar para abajo, bajar para abajo y ahora estoy en el último punto. Bajo un punto más y me caigo. Y llega un momento que, en el punto que estoy ahora, hay días que me da una depresión y otros días en los que estoy alegre. Hay días que a las 9 de la mañana estoy cantando, bailando y tal, pero luego me paso el día triste. Este es el punto al que he llegado a estar ¿me entiendes? Son cosas que no son las que tengo que hacer. No son las que hacía antes, son diferentes. Y yo mismo he tenido que cambiar, me he tenido que reorganizar mi vida. Hablar de otra manera, comer de otra manera, vivir de otra manera... Me está costando, pero estoy consiguiendo ser otra persona, que es difícil. Porque antes me metía con todos y hacía burradas. Ahora ya nos han enseñado que no puedes ir diciendo esas cosas.

Y ¿qué hubieras cambiado para mejorar estas actividades?

No, que va. Tú lo has hecho muy bien Ibon, tú no tienes problema de nada. Somos nosotros que estamos ya estropeados.

Pero puede haber algo que no hayamos hablado que para vosotros se importante.

Hombre, hay muchas cosas importantes para nosotros: relacionarnos, hablarnos mejor... Pero no se puede, si es que no se puede. Te lo dije el primer día: “Que no vas a poder

Ibon, que somos de mentalidad cerrada” Son los años, es muy difícil. Tenemos la mente muy cerrada. A nosotros cambiarnos ahora el “chip” no se puede, es imposible ¿entiendes?

Ya. Y en general, ¿cómo valoras el modo en el que se ha desarrollado el programa?

Bien porque la gente ha estado distraída, ha estado contenta... Pues bien, Ibon.

Al menos ha estado bien hacerlo ¿no?

Por mí lo puedes hacer mañana otra vez que me da igual. He estado bien y estoy bien. Además, yo siempre digo las cosas claras. Si alguien dice: “Hay que hacer esto”, pues yo no me escondo.

Muchas gracias por tu tiempo.