



**Universidad
Europea** MADRID

Promoción de la salud emocional en Personas Mayores de población Rural

Máster de Psicología General Sanitaria

Alumna: Susana Pérez Herrero

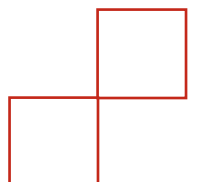
Dra. María Cantero García

Fecha de realización del trabajo

Octubre 2021 – marzo 2022

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Agradecimientos

“Es de bien nacidos el ser agradecidos”, una de las frases del refranero español, que tanto nos ha acompañado a lo largo de este trabajo de fin de máster.

Gracias a todas aquellas maravillosas personas, mujeres de Tiedra, y mujeres y hombres de Villamuriel de Cerrato, por su activa participación en el programa, su generosidad en la realización de todas las actividades propuestas y su paciencia a la hora de rellenar las encuestas.

Mi más sincero agradecimiento a la Asociación Colectivo para el Desarrollo Rural de Tierra de Campos, entidad, que me permite desarrollar un trabajo que le da sentido a mi vida, sin la cual esta investigación no se podía haber llevado a cabo.

Al igual que mi más profundo agradecimiento a la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, que se preocupa por la salud de las personas mayores que habitan nuestra comunidad y que gracias a su financiación, procedente del IPRF autonómico del programa de Envejecimiento Activo, llegan este tipo actividades, y otras muchas más, tan positivas para el bienestar biopsicosocial de población mayor del medio rural.

También quiero hacer una especial mención a todas aquellas personas que me han acompañado a lo largo de estos duros meses de trabajo.

A María, mi directora, gracias por tu paciencia, tu apoyo y todas tus aportaciones, sin las cuales este trabajo no sería el mismo.

A mis compañeras y compañeros de máster que me han dado ese apoyo moral cuando hacía falta, con una especial mención a Víctor por su sentido del humor y a Juan por su frase épica “póntelo fácil”.

A Lucía, mi psicóloga, gracias a tu acompañamiento me he ido descubriendo y encontrando a mí misma.

A Mer, Rut y Laura, del Centro de Psicología MTE, gracias a ellas he logrado entender lo maravilloso que es ser “una oveja negra”.

A toda mi familia. A mis padres, sin los cuales no sería la persona que soy hoy en día. A mi hermana, Leyre, que me ha acogido con generosidad y dado un hogar en Madrid durante todo el máster.

A Pablo Rivero, “mi cari”, gracias por ser mi vínculo seguro y estar, sin tu apoyo diario esto hubiera sido mucho más complicado. Y, por último, a Lula, gracias por ser la mejor compañera emocional.



Índice de contenido

Resumen	7
Abstract	7
1. Introducción	8
1.1. Descripción del problema	8
1.2. Incidencia y prevalencia	9
1.3. Antecedentes: Investigación previa	11
1.4. Objetivos	14
1.4.1. <i>Objetivos generales</i>	14
1.4.2. <i>Objetivos específicos</i>	14
1.4.3. <i>Otros objetivos anexos</i>	15
1.5. Hipótesis.....	15
2. Metodología	16
2.1. Diseño	16
2.2. Muestra	16
2.2.1. <i>Población participante</i>	16
2.2.2. <i>Método de obtención de la muestra y criterios de inclusión y exclusión</i>	18
2.3. Procedimiento y descripción del plan de intervención	19
2.4. Materiales para la evaluación	25
2.5. Análisis estadístico	26
3. Resultados	28
4. Discusión	40
4.1. Limitaciones y perspectivas de futuro	41
4.2. Conclusiones	42
5. Referencias bibliográficas	44
6. Anexos	47
6.1. Anexo A. Declaración de Consentimiento Informado.....	47



6.2. Anexo B. Cuestionario de Evaluación Pre y Postintervención.	48
6.3. Anexo C. Cuestionario satisfacción fin de cada sesión.....	49
6.4. Anexo D. Material entregado: Psicoeducación concepto de Salud Biopsicosocial	50
6.5. Anexo E. Material entregado: Dinámica transversal “El frasco de la gratitud”	51
6.6. Anexo F. Material entregado: Dinámica transversal “El frasco de mis memorias”	52
6.7. Anexo G. Material entregado: Psicoeducación concepto Autoestima.	53
6.8. Anexo H. Material entregado: Psicoeducación gestión de pensamientos y optimismo.....	54
6.9. Anexo I: Material entregado: Psicoeducación regulación emocional y emociones positivas.	55
6.8. Anexo J. Material entregado: Psicoeducación comunicación asertiva y gestión de límites.	56



Índice de tablas

Tabla 1. Descripción de la muestra por edad y sexo	17
Tabla 2. Descripción de la muestra por edad, convivencia y sexo	17
Tabla 3. Descripción de la muestra por grupos, edad y sexo	18
Tabla 4. Descripción de los grupos control y experimental, edad, sexo y convivencia	18
Tabla 5. Descripción de la estructura de la sesión 1 del Programa de Intervención.....	20
Tabla 6. Descripción de la estructura de la sesión 2 del Programa de Intervención.....	21
Tabla 7. Descripción de la estructura de la sesión 3 del Programa de Intervención.....	22
Tabla 8. Descripción de la estructura de la sesión 4 del Programa de Intervención.....	23
Tabla 9. Descripción de la estructura de la sesión 5 del Programa de Intervención.....	24
Tabla 10. Descripción de la estructura de la sesión 6 del Programa de Intervención.....	25
Tabla 11. Pruebas de Normalidad Shapiro-Wilk para N<49	28
Tabla 12. Prueba de Levene de igualdad de varianzas comprobación de homocedasticidad	28
Tabla 13. Prueba de M de Box de la igualdad de matrices de covarianzas	29
Tabla 14. Estadísticos descriptivos	30
Tabla 15. Prueba T medidas en Grupo Experimental y Control diferencia de muestras emparejadas.....	34
Tabla 16. Media, desviación típica de las variables en cada grupo y análisis de la interacción grupos intervención x momento	35



Índice de Figuras

Figura 1. Índice de población en Castilla y León 2017	10
Figura 2. Principales indicadores de estructuras demográfica según edad y hábitat	11
Figura 3. Representación principio de Homocedasticidad para la variable Edad	29
Figura 4. Gráfico de la variable Edad para Grupo Experimental	31
Figura 5. Gráfico de la variable Edad para Grupo Control	31
Figura 6. Puntuaciones pretest para Grupo Experimental	32
Figura 7. Puntuaciones pretest para Grupo Control.....	32
Figura 8. Puntuaciones postest para Grupo Experimental	33
Figura 9. Puntuaciones postest para Grupo Control	33
Figura 10. Medias en Comprensión Emocional.....	36
Figura 11. Medias en Bienestar Subjetivo	37
Figura 12. Medias en Factores Sociales	37
Figura 13. Medias en Puntuación Total.....	38

Resumen

Objetivo: Fue evaluar una intervención aplicada mediante un programa de la salud con base en los fundamentos de la psicología positiva para promover el bienestar y salud emocional dirigido a población mayor que vive en el medio rural. **Metodología:** Se llevó a cabo una investigación cuasi experimental con medidas pre intervención y post intervención aplicadas en dos grupos: experimental (psicología positiva) y control (reminiscencia). Al tratarse de un programa piloto, la muestra contaba con 24 personas de 65 a 85 años de edad. El programa contó con un total de seis sesiones de 2 horas de duración con una frecuencia semanal e incluyó una parte teórica con psicoeducación y otra parte más práctica con dinámicas, acerca de temas como la salud biopsicosocial, autoestima, optimismo, gestión emocional y comunicación asertiva. **Resultados:** Se evaluó cómo influyó el programa de intervención en el estado anímico de las personas participantes, tanto en el grupo experimental como en el grupo control. Los resultados señalan que el grupo experimental incrementó significativamente sus puntuaciones en el cuestionario con respecto al inicio, y en relación al grupo control. **Conclusiones:** Aunque las limitaciones de este estudio son claras, al tratarse de un programa piloto solo supone una breve aportación a una población, que cada vez está conformada por un mayor número de personas con grandes necesidades de atención psicosocial, se podría sugerir que gracias al programa de intervención basado en la psicología positiva hay un incremento del bienestar emocional, lo cual favorece un envejecimiento saludable.

Palabras clave: Bienestar emocional, envejecimiento saludable, personas mayores, programa de intervención, psicología Positiva, salud percibida.

Abstract

Objective: To assess an intervention applied through a health program based on the fundamentals of positive psychology to promote well-being and emotional health aimed at the elderly population living in rural areas. **Methodology:** A quasi-experimental research was carried out with pre-intervention and post-intervention measures applied in two groups: experimental (positive psychology) and control (reminiscence). Being a pilot program, the sample had 24 people between 65 and 85 years of age. The program consists of a total of six weekly 2-hour sessions and included a theoretical part with psychoeducation and a more practical part with dynamics on topics such as biopsychosocial health, self-esteem, optimism, emotional management and assertive communication. **Results:** It was evaluated how the intervention program influenced the mood of the participants, both in the experimental group and in the control group. The results indicate that the experimental group significantly increased their scores on the questionnaire with respect to the beginning, and in relation to the control group. **Conclusions:** Although the limitations of this study are evident, since it is a pilot program, it only represents a brief contribution to a population, which is made up of an increasing number of people with great needs for psychosocial care, it could be suggested that thanks to the intervention program based on positive psychology there is an increase in emotional well-being, which favors healthy aging.

Keywords: emotional well-being, healthy aging, elderly people, intervention program, Positive psychology, perceived health.

1. Introducción

1.1. Descripción del problema

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2021), Castilla y León es la segunda comunidad más envejecida de España, con una edad media de 47,50 años, y muchas de las personas mayores de 65 años, que habitan en su extensa geografía, residen en el medio rural, y, aunque es un entorno más sano para todas las personas, y, por ende, para aquellas que son mayores, la falta de acceso a recursos, sanitarios, de alimentación, de transporte, de compañía, de entretenimiento, etc.; hace que, en ocasiones, su salud desde el punto de vista biopsicosocial, de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Carta Constitucional (1946), pueda verse afectada.

Se plantea estudiar la salud de las personas mayores que viven de Castilla y León, ya que, tal y como expone el equipo Redactor de la Universidad de Valladolid (REDACTOR, s.f.):

Desde la óptica de la salud, las personas mayores son, sin duda alguna, un grupo de población de especial relevancia en la comunidad de Castilla y León, tanto por su cuantía, como por la tendencia demográfica, que muestra un persistente incremento de este colectivo. Además, es uno de los grupos poblacionales que hace un uso, más frecuente e intenso, de las diversas prestaciones del sistema sanitario (p. 49).

Además, se debe tener en cuenta que en el medio rural dicho problema se hace más acuciante debido a la falta de acceso a los recursos, los más destacables relacionados con la salud, son sin duda, por un lado, la escasez de servicios sanitarios, ya que, en muchos pueblos, sobre todo los más pequeños, o se han anulado los servicios primarios, o bien la atención es de unas breves horas un día a la semana; y, por otro lado, la carencia de servicios de transporte público, que en la mayoría de casos se palía con el desplazamiento en vehículos privados, pero en el caso de muchas personas mayores dicha opción no existe, ya que, o bien no se dispone de un vehículo propio o por la retirada del carnet de conducir por edad. Estos son algunos de los hándicaps que incrementan el riesgo de la salud en personas mayores del medio rural.

Por lo tanto, se detecta la necesidad de realizar acciones que promuevan la salud, en general, de la población mayor que viven en el entorno rural, y más en concreto, acciones relacionadas con su salud y bienestar emocional ayudan a promover y prevenir todo tipo de enfermedades.

Desde esta perspectiva, se pretende que el programa se desvincule de poner el foco de atención en los déficits, y, en su lugar, fijarse y reflexionar acerca de los aspectos positivos de la salud de la persona, promocionando de esta forma lo que la persona sí tiene. Por todo ello, se proponen un programa relacionado con la salud y bienestar emocional, englobado, tal y como se indica el ACUERDO 61/2017, de 11 de octubre, de la Junta de Castilla y León (2017):

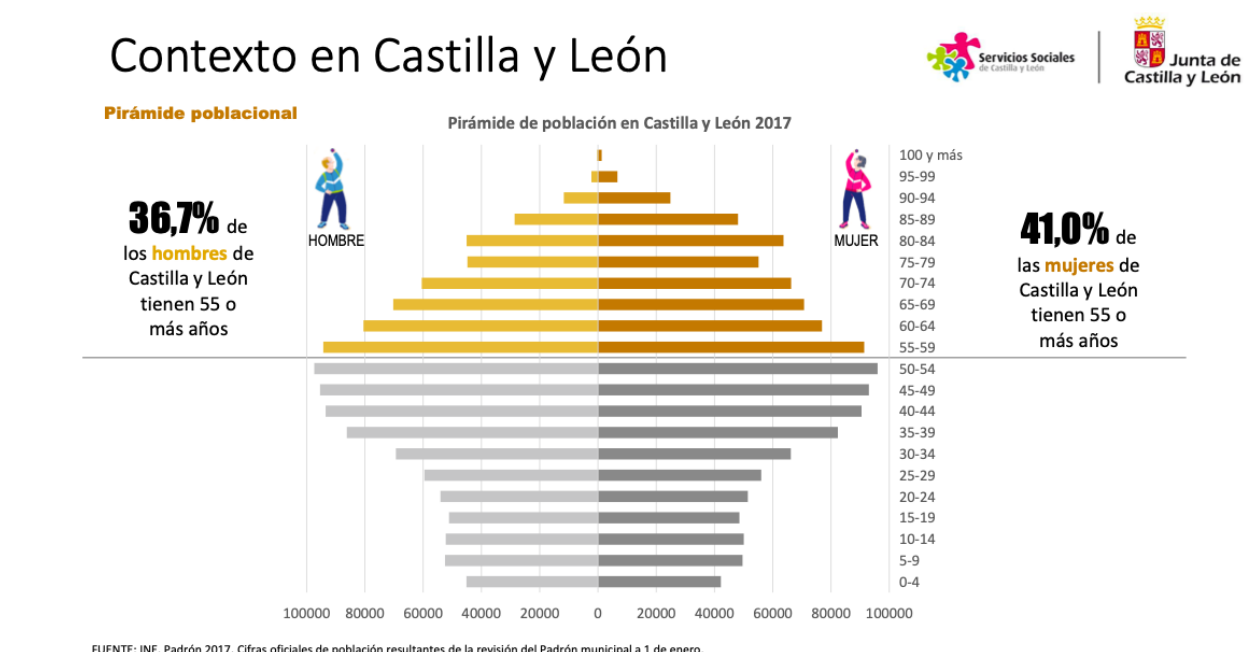
El Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (OMS, 2016) presenta un marco de acción para promover el envejecimiento saludable en torno a un nuevo concepto de capacidad funcional en el que incide que será preciso alejar a los sistemas de salud del modelo curativo y acercarlos a la prestación de cuidados integrales, centrados en las personas mayores (p. 30).

1.2. Incidencia y prevalencia

El sobre envejecimiento es un problema serio a tener en cuenta en toda la comunidad de Castilla y León, tal y como se puede observar en el apartado “1.1.1.1 Estructura poblacional: envejecimiento” del ACUERDO 61/2017, de 11 de octubre, de la Junta de Castilla y León (2017), cada año la población de personas mayores de 65 años asciende significativamente, habiendo una diferencia importante en la pirámide poblacional con respecto al número de nacimientos y las franjas de personas entre 15 y 35 años.

Figura 1

Índice de población en Castilla y León 2017



Nota. La figura muestra la pirámide de población en Castilla y León 2017. *Fuente.* Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León (2018). Índice de Envejecimiento Activo en Castilla y León.

Tal y como indica el ACUERDO 61/2017, de 11 de octubre, de la Junta de Castilla y León (2017), “El proceso de envejecimiento en Castilla y León es más acusado que el experimentado en el contexto español y europeo (p. 11)”, resultando un hecho de mayor preocupación en el medio rural, debido a la falta de acceso a recursos: socio sanitarios, compras, ocio y tiempo libre, formativos, posibilidad de atención a la dependencia, transporte y un largo etcétera.

En el apartado “Envejecimiento rural y urbano” del ACUERDO 61/2017, de 11 de octubre, de la Junta de Castilla y León (2017), se expone que es mayor el número de personas mayores que residen en el medio rural, en comparación con las áreas urbanas, por lo que es una cuestión prioritaria que las políticas sociales destinen fondos con el objetivo de paliar aquellas necesidades detectadas en el área rural, con especial atención a las personas mayores que habitan allí, por la falta de recursos antes mencionada (ver figura 2).

Figura 2

Principales indicadores de estructuras demográfica según edad y hábitat

Ámbito	Índice de envejecimiento	Tasa de sobre envejecimiento	Tasa de +80	Edad media	Edad media +65	Índice de reemplazo de activos	Grandes grupos de edad		
							< 16	16-64	65 y +
Capitales	1,66	34,33	7,85	45,56	76,78	0,68	13,78	63,36	22,86
Otras ciudades	1,54	36,61	7,91	44,94	77,18	0,76	14,04	64,37	21,6
Áreas periurbanas	0,62	30,19	3,53	39,08	75,79	0,93	18,89	69,43	11,68
Influencia urbana	0,77	34,01	4,74	40,32	76,6	0,92	18,15	67,91	13,94
Centros de 1 ^{er} orden	1,43	37,72	7,62	44,32	77,39	0,84	14,11	65,68	20,21
Centros de 2 ^o orden	2,08	40,49	10,08	47,1	77,87	0,73	11,98	63,14	24,88
Centros de 3 ^{er} orden	2,72	40,84	11,89	49,28	78,05	0,66	10,7	60,19	29,11
Rural profundo (<2.000)	5,15	43,65	15,7	53,99	78,54	0,43	6,99	57,04	35,97
Castilla y León	1,87	37,91	9,14	46,5	77,43	0,67	12,92	62,97	24,11
España	1,13	31,4	5,67	42,16	76,04	0,86	15,98	65,97	18,05

Índice de envejecimiento: Cociente entre mayores de 65 y menores de 16; **Tasa de envejecimiento:** mayores de 65; **Tasa de sobre envejecimiento:** mayores de 80 sobre mayores de 65 años y más; **Tasa de octogenarios:** mayores de 80 sobre el total; **Proporción de activos:** de 16 a 64 sobre el total; **Índice de reemplazo de activos:** cociente entre 15-19 y 60-64.

Fuente. ACUERDO 61/2017, de 11 de octubre, de la Junta de Castilla y León (2017)

1.3. Antecedentes: Investigación previa

A la hora de plantear un programa de psicología de la salud que promueva el bienestar emocional es fundamental partir del modelo Biopsicosocial elaborado por Engel (1977). Tal y como explica Amigo (2020) en su manual, “el modelo biopsicosocial se aparta del reduccionismo biomédico y sostiene que es el conjunto de factores biológico, psicológicos y sociales el determinante de la salud y de la enfermedad (p. 23)”. En esta investigación, se presta especial atención a dichos factores psicológicos y sociales entendiendo “que las personas tienen cierto grado de responsabilidad en la preservación de su salud” (Amigo, 2020, p. 23), y que, por ello, pueden desarrollar y entrenar hábitos de vida saludables relacionados con su bienestar emocional. Según Amigo (2020) “existen distintos tipos de variables que parecen determinar la conducta de salud, desde una perspectiva psicológica, tales como, el contexto social, la percepción del síntoma, los estados emocionales y las creencias sobre la salud (p. 33)”. En relación a la variable estados emocionales, Amigo (2020) destaca que pueden modificar notablemente las conductas de salud y añade “un estado de bienestar general induce a implicarse en un mayor número de comportamiento saludables (p 34)”. Por lo

tanto, plantear un programa de intervención basado en la promoción de la salud que tenga en cuenta las emociones de las personas participantes puede ser muy favorecedor para que gracias a dicha intervención las personas desarrollen hábitos más saludables relacionados con su salud. Además, no podemos perder de vista la definición de salud de la OMS (1948), "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Conforme al abordaje de la salud en personas mayores, si bien es cierto que, tal como se estudio en la asignatura del máster "Psicología de la Vejez", Cartensen (1993) hace alusión a la llamada "Paradoja del Bienestar en la vejez", a pesar de que el envejecimiento es una etapa en la que se produce un mayor número de pérdidas afectivas y deterioro físico, cognitivo, etc., los niveles de bienestar y satisfacción con la vida se mantienen similares o, incluso superiores a los de personas más jóvenes.

Ortiz y Castro (2009) plantean que, aunque el proceso de envejecimiento supone una época de pérdidas, las personas mayores logran habituarse a los cambios y déficits y, no solo eso, sino que también, aprenden a revisar sus prioridades y plantearse nuevos objetivos para sus vidas, potenciando sus nuevas competencias personales. Como indican Scheibe y Carsyensen (2010), citados en Lombardo (2013) "los adultos mayores pueden mantener altos niveles de bienestar afectivo aún cuando se confrontan con el declive biológico, las pérdidas a nivel psicológico y social, y los prejuicios sociales que los estigmatizan (p. 50)".

Por todo ello, parece un grupo población que se puede beneficiar enormemente de un programa para la promoción de salud y bienestar emocional, ya que esta etapa de la vida presenta aspectos positivos tales como, por un lado, una larga vida conlleva una gran cosecha de veteranía, como diría el refranero español "más sabe el diablo por viejo que por diablo"; o, por otro lado, también se trata de una etapa con mayor espacio de tiempo para dedicar al ocio, lo cual permite a las personas mayores "una mayor amplitud en la búsqueda de formas de realización personal" (Lombardo, 2013, p. 47). Además, en relación a este punto, he de destacar que de acuerdo con mi experiencia profesional en impartir formaciones en el medio rural de Castilla y León con diferentes grupos poblaciones, las personas mayores son las que más se implican en las actividades, demostrando su compromiso tanto en la asistencia, como en su actitud frente a las propuestas que se les hacen, "siempre hacen los deberes"; en comparación con, por ejemplo, grupos de

mamás y papás que asisten a programas relacionados con escuelas de padres o parentalidad positiva; o personas jóvenes que acuden a formaciones relacionadas con la búsqueda activa de empleo. A pesar de que en estos dos ejemplos el objetivo de estos grupos pueda ser más acuciante y prioritario, es decir, en los primeros desarrollar recursos y herramientas para una comunicación saludable con sus hijas e hijos, y en los segundos buscar trabajo y, por ende, un medio de subsistencia, su compromiso es bastante menor que el de las personas mayores, por lo que parece un grupo muy interesante para plantear este programa de intervención.

Creemos que evaluar un programa basado en la psicología positiva es fundamental ya que, como menciona Casullo et al. (2019) “desde la Psicología se puede contribuir identificando y respondiendo interrogantes tanto sociales como ambientales, influyentes en la calidad de vida de adultos mayores”, además, y relacionado con el desarrollo de un programa psicología positiva, esta misma autora expresa que “a nivel personal, una mayor presencia de emociones positiva y utilización de estrategias de afrontamiento antes adversidades cotidianas.”

Además, desde la Psicología Positiva contemporánea, encontramos el concepto de Capital Psíquico, que se trata de “una propuesta de categorización de los recursos cognitivos, afectivo y psicosociales” (Casullo, 2006, p. 59). Creemos relevante de cara al desarrollo de este programa de la salud, tener en cuenta el constructo capital psíquico, y dentro del mismo las capacidades emocionales como, por ejemplo, autoestima y resiliencia, o las capacidades para establecer lazos afectivos con otras personas, como la inteligencia emocional o la empatía, y otras relacionados con el sistema de valores de la persona como, por ejemplo, la gratitud (Casullo, 2006). Tal como y indica Lombardo (2013) “los primeros resultados están mostrando la importancia de su estudio en la vejez, tanto para profundizar su conocimiento y comprensión como para el diseño de intervención que incluyan el trabajo con los aspectos positivos incluidos en el capital psíquico (P.51)”.

Por lo tanto, parece que la Psicología Positiva sería la base ideal para un programa de promoción de la salud dirigido a personas mayores, ya que busca ayudarles a entender mejor con funciona su salud y bienestar, desde un prisma más optimista, poniendo énfasis en sus capacidades y no en sus déficits. Y dentro de este punto, es interesante el concepto de bienestar subjetivo, es decir, cómo la persona vive sus

emociones. Vázquez y Hervás (2009), relacionan el bienestar subjetivo con la importancia que tienen las emociones que hemos experimentado a lo largo de nuestra historia vital. Dicho bienestar subjetivo será uno de los puntos a tener en consideración a la hora de valorar este programa de intervención.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivos generales

- Diseño de un programa piloto para la promoción de la salud y bienestar emocional basado en la psicología positiva y dirigido a población mayor de 65 años que vive en el medio rural y participa en las actividades relacionados con el programa autonómico de Envejecimiento Activo.
- Evaluar si la implementación de un programa piloto de promoción de la salud y bienestar emocional basado en la psicología positiva y aplicado con un grupo de personas mayores de 65 años que viven en el medio rural de Castilla y León ayuda a aumentar este tipo de salud en dicha población.

1.4.2. Objetivos específicos

- Analizar previamente y posteriormente la salud y bienestar emocional en ambas muestras (experimental y control) para valorar si debido a la aplicación de cada uno de los programas mejora su salud y bienestar emocional y en qué grado.
- Comprobar las diferencias entre dos grupos (experimental y control) con el objetivo de valorar si el programa piloto basado en psicología positiva da mejores resultados con respecto a la mejora de la salud y bienestar emocional en las personas participantes.
- Evaluar si al aplicar programas de carácter preventivo que promueven la adquisición de actitudes, conocimientos y habilidades relacionados con la salud y bienestar emocional, como, por ejemplo, autoestima y autoconcepto, regulación emocional, pensamiento positivo, crecimiento personal y relaciones positivas con otras personas, aumenta significativamente hábitos relacionados con su salud y bienestar emocional.

1.4.3. Otros objetivos anexos

- Promover la participación social entre las personas mayores del medio rural.
- Promocionar un envejecimiento activo en personas mayores que viven en el medio rural.
- Acercar a las personas mayores información sobre recursos, bien relacionados con psicología positiva (grupo experimental) o con reminiscencia (grupo control), que mejoren su calidad de vida y salud y bienestar emocional.

1.5. Hipótesis

Hipótesis 1: Después de la intervención, aumentará la percepción subjetiva de salud y bienestar emocional en el grupo experimental, es decir, las personas participantes del grupo experimental puntuarán más alto en las medidas posttest, con respecto a las medidas pretest obtenidas al inicio, antes de la intervención.

Hipótesis 2: Después de la intervención, las puntuaciones de las personas participantes en el grupo experimental serán mayores que las puntuaciones de las personas participantes en el grupo control.

Hipótesis 3: Después de la intervención, las puntuaciones de las personas participantes en el grupo control serán mayores que al inicio del programa, ya que estarán realizando una actividad, por lo que algo reciben. Sin embargo, dichas puntuaciones no serán significativas.

2. Metodología

2.1. Diseño

Se llevó a cabo una investigación cuantitativa de diseño cuasi experimental con medidas pre test-pos-test no aleatorizado y transversales, y por muestreo no probabilístico de conveniencia, de grupos independientes.

Las variables dependientes fueron Bienestar Subjetivo y Expresión/Regulación emocional y como variables independientes se establecieron vivir o no vivir sola, la edad y ser mujer u hombre.

2.2. Muestra

2.2.1. Población participante

La muestra contó con la participación voluntaria de 24 personas mayores, fue mayoritariamente femenina, 20 mujeres y 4 hombres (83,33% de mujeres y 16,66% de hombres), con un rango de edad de 65 a 85 años, con una media de 73,91 años y una desviación típica 6,80, que residen en dos municipios del medio rural de Castilla y León.

Del total de personas (N=24), las participantes residentes en el municipio de Tiedra (Valladolid) (n=14) fueron asignadas al grupo experimental, mientras que las participantes residentes en el municipio de Villamuriel de Cerrato (Palencia) (n=10) fueron asignadas al grupo control. Todas las personas participantes de ambos grupos completaron todas las evaluaciones.

A continuación, se exponen 4 tablas con los datos de las variables sociodemográficas: edad, sexo, convivencia en el hogar, en general y por grupos, experimental y control.

Tabla 1.

Descripción de la muestra por edad y sexo

EDAD	SEXO		TOTAL
	Mujer	Hombre	
65 - 74	10	3	13
75-85	10	1	11
Total	20	4	24

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 2

Descripción de la muestra por edad, convivencia y sexo

EDAD	Mujer Sola	Hombre Solo	Mujer conviviente con familia			Hombre conviviente con familia		Total
			Mujer con marido	Mujer con hijo/a	Mujer con marido e hijo/a	Hombre con mujer	Hombre con mujer e hijo/a	
65 - 74	1		7	2		2	1	13
75-85	7	1	1	1	1			11
Total	8	1	8	3	1	2	1	25

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 3
Descripción de la muestra por grupos, edad y sexo

EDAD	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL		TOTAL
	Mujer	Mujer	Hombre		
65 - 74	7	3	3		13
75-85	7	3	1		11
<i>Total</i>	14	6	4		24

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 4
Descripción de los grupos control y experimental, edad, sexo y convivencia

EDAD	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL				TOTAL
	Mujer		Mujer		Hombre		
	Sola	Convivencia	Sola	Convivencia	Solo	Convivencia	
65 - 74		7	1	2		3	13
75-85	5	2	2	1	1		11
<i>Total</i>	5	9	3	3	1	3	24

Fuente. Elaboración propia.

2.2.2. Método de obtención de la muestra y criterios de inclusión y exclusión

Para la obtención de la muestra se planteó de forma gratuita a los ayuntamientos de Tiedra y Villamuriel de Cerrato un programa de 6 sesiones llamado “Vivo mis emociones con salud”, englobado dentro del programa de envejecimiento activo del IPRF autonómico con la financiación de la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León.

Ambos ayuntamientos respondieron de forma muy positiva a la actividad, por lo que se planificó organización del programa, fechas, horarios, localización, ... y se realizó carteles para dar mayor difusión a

la actividad entre la población mayor de 65 años de ambos municipios, además de una infografía con algo más de información del programa.

Como criterios de inclusión, al tratarse de una actividad financiada englobada en el programa de envejecimiento activo se solicitó que el grupo fuera mínimo de 10 personas y que las personas participantes tuvieran una de 65 o más años, tal y como indica Fernández-Ballesteros et al. (2004) “dado que no está clara la frontera entre la vejez (jubilación) ni de la juventud (independencia), en nuestro contexto europeo, se suele considerar a la tasa de personas mayores de 65 años como la tasa de envejecimiento poblacional (p. 64)”.

Además del criterio edad, tener más de 65 años, otro de los criterios de inclusión para la obtención de la muestra (N=24) fue que todas las personas participantes completarán las 6 sesiones del programa de intervención y cumplimentarán los documentos: consentimiento informado (ver anexo A), cuestionario de evaluación pre-post intervención (ver anexo B) y cuestionarios inter sesión (ver anexo C).

En relación a los criterios exclusión, se descarto que participaran personas mayores con enfermedades graves y/o que padecieran algún tipo de demencia. Y las personas que no hubieran cumplido los 65 años se derivaron a otro tipo de programas.

2.3. Procedimiento y descripción del plan de intervención

A la hora de elaborar el plan de intervención, se tomó con referencia los principios y fundamentos de la psicología positiva (Vázquez et al, 2006), buscando promocionar la salud y el bienestar emocional y poner el foco de atención en las fortalezas personales de las personas participantes. Seligman (2003), expone el interés que tiene estudiar de formar científica programas que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas, fomentando una actitud y disposición positiva. “En lugar de centrarse, como la psicología tradicional, en el estudio y tratamiento de la enfermedad mental, la Psicología Positiva pone el foco en las fortalezas humanas, las que nos permiten aprender, disfrutar, ser alegres, generosos, serenos, solidarios y optimistas (Seligman, 2003, p. 3)”. Además, se debe tener en cuenta las investigaciones previas relacionadas con la psicología positiva en población mayor y sus resultados favorables relacionados con un envejecimiento activo y saludable (Depp et.al., 2012).

El programa llevó a cabo de manera grupal y estaba dirigido por una psicóloga. El carácter de la intervención ha sido psicoeducativo con un total de seis sesiones de 120 minutos de duración cada sesión con una frecuencia semanal entre las mismas.

A continuación, se describe los contenidos del programa por sesión, siendo de psicología positiva los del grupo experimental y de reminiscencia el grupo control:

Tabla 5

Descripción de la estructura de la sesión 1 del Programa de Intervención

Sesión 1: ¿Qué entendemos por Salud?	
Saludo y bienvenida a las personas participantes	
Presentación del programa	Firma de consentimiento informado (ver anexo A).
	Cuestionario de inicio (ver anexo B).
Parte teórica: Psicoeducación	La salud desde un punto de vista biopsicosocial (ver anexo D).
Parte experiencial: Presentación de dinámica transversal	Dinámica grupo experimental: “El frasco de la gratitud” (ver anexo E). Se pide al grupo que escriba en un papelito de colores al inicio de cada sesión algo por lo que quieran dar las gracias que les haya ocurrido durante la semana y lo introduzcan en el frasco. En la última sesión se lee y comparte el contenido del frasco.
	Dinámica grupo control: “El frasco de mis memorias” (ver anexo F). Se pide al grupo que escriba en un papelito de colores al inicio de cada sesión algún recuerdo feliz de su vida y lo introduzcan en el frasco. En la última sesión se lee y comparte el contenido del frasco.
Fin de sesión y despedida	

Nota. La dinámica transversal se llevó a cabo a lo largo de todas las sesiones, escribiendo en un papel al inicio de la sesión, y compartiendo el contenido del frasco con el grupo en la última sesión como cierre de actividad. *Fuente.* Elaboración propia.

Tabla 6

Descripción de la estructura de la sesión 2 del Programa de Intervención

<u>Sesión 2: ¿Cómo puedo cuidar mi autoestima?</u>	
Saludo y bienvenida a las personas participantes	
Dinámica transversal	Dinámica grupo experimental “El frasco de la gratitud”
	Dinámica grupo control “El frasco de mis memorias”
Parte teórica: Psicoeducación	¿Qué es la Autoestima? (ver anexo G).
Parte experiencial: Autoestima en grupo ¹	Dinámica grupo experimental: “Me/Te admiro porque...” Se pide a las personas del grupo que se pongan en círculo, después se va una por una, cada persona tiene que decir una cualidad positiva propia y una cualidad positiva de cada una de las personas participantes.
	Dinámica grupo control: “El círculo de las virtudes” Se pide a las personas del grupo que se pongan en círculo, después se va una por una, cada persona tiene que compartir un momento de su vida del que se sienta orgullosa, y destacar una situación de la vida de cada una de las personas participantes que crean digna de admiración.
Cuestionario de evaluación de sesión 2 (ver anexo C).	
Fin de sesión y despedida	

Nota. ¹Se puede trabajar autoestima en grupo porque al tratarse del medio rural las personas se conocen bien y pueden destacar aspectos positivos en grupo. *Fuente.* Elaboración propia.

Tabla 7

Descripción de la estructura de la sesión 3 del Programa de Intervención

<u>Sesión 3: ¿Cómo influyen mis pensamientos en mi estado de ánimo?</u>	
Saludo y bienvenida a las personas participantes	
Dinámica transversal	Dinámica grupo experimental “El frasco de la gratitud”
	Dinámica grupo control “El frasco de mis memorias”
Parte teórica: Psicoeducación	Pensamientos positivos versus pensamientos negativos (ver anexo H).
Parte experiencial: Dinámicas relacionadas con los pensamientos	Dinámica grupo experimental: “Don positivo y Don Negativo” Se presenta a las personas del grupo dos personajes “Don positivo” y “Don negativo”, y se les pregunta cuáles son situaciones difíciles que les generen emociones desagradables, por ejemplo, “mis hijos se van de viaje con el coche a Cádiz”, se les pide que expresen que pensamientos les vienen a la cabeza, generalmente están más relacionados con “Don Negativo”, después se les pregunta que diría “Don Positivo” y se plantean múltiples opciones.
	Dinámica grupo control: “¡Oye, y tuve éxito!” Se pide a las personas del grupo que se compartan una situación relacionada con etapas tempranas de su vida en la que todavía estamos “aprendiendo a vivir” infancia, adolescencia, primera juventud”, en la que tuvieron éxito y que piensen que pensamientos les vino: antes, durante y después.
Cuestionario de evaluación de sesión 3 (ver anexo C).	
Fin de sesión y despedida	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 8

Descripción de la estructura de la sesión 4 del Programa de Intervención

<u>Sesión 4: Vivo mis emociones con salud</u>	
Saludo y bienvenida a las personas participantes	
Dinámica transversal	Dinámica grupo experimental “El frasco de la gratitud”
	Dinámica grupo control “El frasco de mis memorias”
Parte teórica: Psicoeducación	Elementos clave para entender mis emociones (ver anexo I).
Parte experiencial: Dinámicas relacionadas con la regulación emocional	Dinámica grupo experimental: “Mi caja de herramientas emocional” Se plantean distintos recursos para la regulación emocional: 1) se realizan 5 minutos de respiración diafragmática más una breve meditación guiada “mi lugar seguro”, 2) se entrega un mándala, 3) se realiza una dinámica aprendida en la asignatura “Psicoterapia y técnicas avanzadas “El cuento de la risa”. El objetivo es que cada persona explore que le recursos son más adecuados para ella.
	Dinámica grupo control: “Mi caja musical de los recuerdos” Se les pide a las personas que compartan canciones que les traigan recuerdos felices, generalmente conectan con una misma canción bastantes personas, entonces se les pide que expresen cuáles emociones les hacen sentir, dándoles una rueda emocional para que puedan expresarlo con amplio vocabulario.
Cuestionario de evaluación de sesión 4 (ver anexo C).	
Fin de sesión y despedida	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 9

Descripción de la estructura de la sesión 5 del Programa de Intervención

<u>Sesión 5: Creo lazos saludables con mi entorno</u>	
Saludo y bienvenida a las personas participantes	
Dinámica transversal	Dinámica grupo experimental “El frasco de la gratitud”
	Dinámica grupo control “El frasco de mis memorias”
Parte teórica: Psicoeducación	Comunicación asertiva y gestión de límite (ver anexo J).
Parte experiencial: Dinámicas relacionadas con habilidades sociales y resiliencia	Dinámica grupo experimental: “Qué situación tan difícil” Se plantea un roleplaying en el que las personas tienen que gestionar una situación difícil que les ocurre en el día a día y se les pide que la vivan desde todos los roles de las personas implicadas y desde todos los estilos de comunicación: asertiva, pasiva y agresiva, y que compartan cuales es la versión que les parece más positiva.
	Dinámica grupo control: “Carta a mi pasado” Se les pide a las personas que escriban una carta a una situación, persona, a sí misma... a algo de su pasado con lo que necesiten tener compasión.
Cuestionario de evaluación de sesión 5 (ver anexo C).	
Finalización y despedida	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 10

Descripción de la estructura de la sesión 6 del Programa de Intervención

<u>Sesión 6: ¡Nos despedimos!</u>	
Saludo y bienvenida a las personas participantes	
Cierre de dinámica transversal	<p>Dinámica grupo experimental: “El frasco de la gratitud”</p> <p>Se abre el frasco y se lee en voz alta cada uno de los papeles escritos a lo largo de la semana, se les pide a las personas que mientras se lee, pueden escuchar en silencio y recordar esos momentos, notar como les hace sentir, qué pensamientos les viene, y si lo desean compartirlo con el grupo.</p>
	<p>Dinámica grupo control: “El frasco de mis memorias”</p> <p>Se abre el frasco y se lee en voz alta cada uno de los papeles escritos a lo largo de la semana, se les pide a las personas que mientras se lee, pueden escuchar en silencio y recordar esos momentos, notar como les hace sentir, qué pensamientos les viene, y si lo desean compartirlo con el grupo.</p>
Cuestionario de evaluación fin del programa (ver anexo B).	
Fin de sesión y despedida	

Fuente. Elaboración propia.

2.4. Materiales para la evaluación

Se ha optado por dos *Cuestionarios ad hoc*, con un número reducido de *ítems* (13 y 9) y una escala tipo *Likert* sencilla con un rango de respuesta de 1(Nada) a 4 (Mucho), para facilitar la participación y con el objetivo de resultar más sencillo a las personas participantes, dadas las características sociodemográficas de la muestra.

Cuestionario de evaluación inicio y fin ad hoc (ver anexo B).

Para la evaluación, se ha pasado un cuestionario *ad hoc*, en el cual se recopila información sociodemográfica (edad, sexo, municipio y con quién convive la persona), y está compuesto por 11 ítems tipo *Likert* que evalúa el grado de salud y bienestar emocional de la persona al inicio del programa.

Posteriormente, dicho cuestionario se volverá a pasar una vez finalizada la actividad, con el objetivo de evaluar los cambios con respecto a las respuestas del cuestionario utilizado al inicio.

Cuestionario de evaluación al final de cada sesión ad hoc (ver anexo C).

Además, a la finalización de cada sesión, se está entregando un cuestionario de evaluación compuesto por 9 ítems tipo *Likert*, que evalúa el grado de satisfacción con las actividades realizadas en cada sesión. El objetivo es evaluar qué actividades tienen mejor acogida y resulta de mayor utilidad para la salud y bienestar emocional en esta población.

2.5. Análisis estadístico

Para el análisis de los datos, se utilizó el programa SPSS Statistics versión 25. En primer lugar, se realizaron los cálculos necesarios para la comprobación de los principios de normalidad y homocedasticidad. Una vez comprobados ambos principios estadísticos, se procedió a calcular algunas medidas descriptivas, tales como, medias y desviaciones típicas (DT), tanto de la muestra general como de los grupos de intervención: experimental y control, con el objetivo de comprobar la equivalencia preintervención de ambos grupos respecto a las variables sociodemográficas, tales como la edad, el sexo y la convivencia (solo/a o con familia).

Después, se comparó el momento pre y postintervención, que corresponde a la duración del programa, con la prueba T de muestras relacionados; por un lado, el pretest y el posttest del grupo experimental con el objetivo de comprobar si había mejorado la puntuación; y, por otro lado, el pretest y el posttest del grupo control para comprobar si no había diferencias, al menos significativas.

Además, con el objetivo de comparar el momento pre y postintervención en los grupos de intervención, experimental y control, se ejecutaron análisis de varianza factorial, diseño mixto (ANOVA) a través del análisis de modelo lineal general de medidas repetidas, y se calculó también el tamaño del efecto con el coeficiente d de Cohen, debemos tener en cuenta que para calcular dicho coeficiente SPSS no permite hacerlo de forma directa, por lo que fue necesario recurrir a una página web dedicada a la investigación: <https://lbecker.uccs.edu>.

En cuanto a los datos sobre la percepción de calidad y la satisfacción con respecto a cada una de las sesiones del programa, se realizó un análisis de tipo descriptivo, apoyado en el “Cuestionario Fin de Sesión” (ver anexo C).

3. Resultados

El primer paso, fue comprobar que las variables cumplieran los supuestos estadísticos de normalidad y homocedasticidad, ya que al tratarse de una muestra $N < 30$ ($n = 24$), era fundamental confirmar que se cumplieran ambos supuestos para poder llevar a cabo pruebas paramétricas. Tal y como se puede observar en la tabla 11, se aplicó el test de Shapiro-Wilk que llevó a aceptar en las variables edad y resultados preintervención, la hipótesis de normalidad ($p > .05$). Por otro lado, para comprobar el supuesto de homocedasticidad, primero, se realizó para la variable edad la prueba de Levene para igualdad de varianzas (los datos $p < .05$ aparecen en la tabla 12 y su representación en la figura 3), asumiendo varianzas iguales con una puntuación de $p = .746$; y, en segundo lugar, se llevó a cabo la prueba M de Box con una puntuación de $p = .195$ (tabla 13) por encima de 0.05, lo cual nos permitió asumir que son iguales y continuar con los análisis de pruebas paramétricas correspondientes.

Tabla 11

Pruebas de Normalidad Shapiro-Wilk para $N < 49$

	Grupo de intervención	Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
Edad participante	Experimental	,922	14	,238
	Control	,932	10	,465
Resultados PRETEST	Experimental	,956	14	,651
	Control	,897	10	,201

Tabla 12

Prueba de Levene de igualdad de varianzas para comprobación del principio de homocedasticidad

		F	Sig.
Edad participante	Se asumen varianzas iguales	,108	,746
	No se asumen varianzas iguales		

Figura 3

Representación principio de Homocedasticidad para la variable Edad

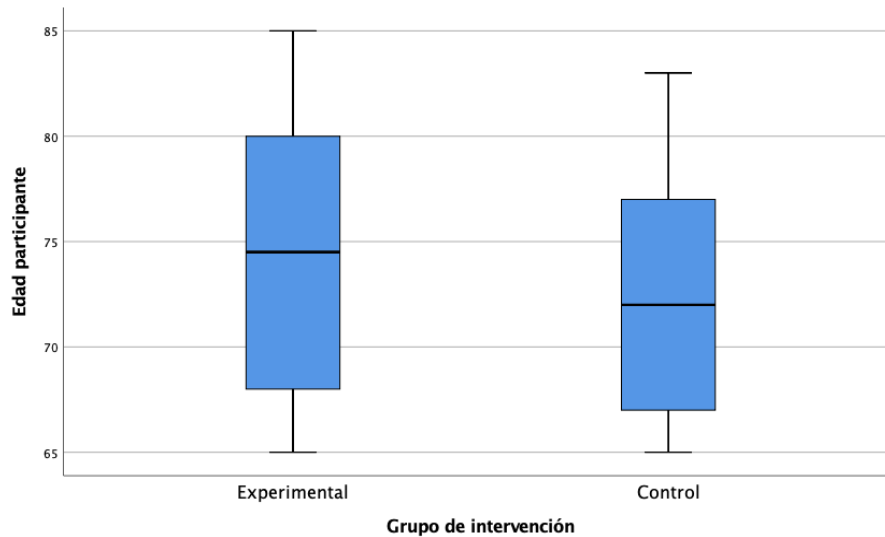


Tabla 13

Prueba de M de Box de la igualdad de matrices de covarianzas

M de Box	5,243
F	1,567
gl1	3
gl2	25755,627
Sig.	,195

Prueba la hipótesis nula de que las matrices de covarianzas observadas de las variables dependientes son iguales entre los grupos.^a

a. Diseño: Intersección + GRUPO_INTERVENCIÓN

Diseño intra-sujetos: PRE_POST

A continuación, se presentan información descriptiva acerca de la muestra y más concretamente acerca de los grupos de intervención: grupo experimental y grupo control. En la Tabla 14 con los datos correspondientes a los estadísticos descriptivos, media, desviación típica y rango, de las variables cuantitativas edad y puntuaciones pre intervención y post intervención, tanto para la muestra general, como en los grupos experimental y control:

Tabla 14

Estadísticos descriptivos (Media, D.T. y Rango) para muestra, grupo experimental y grupo control en las variables cuantitativas: Edad, Resultados Pre intervención y Post intervención

	Grupo de intervención	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Edad participante	Muestra	24	65	85	73,92	6,801
	Experimental	14	65	85	74,71	7,151
	Control	10	65	83	72,80	6,477
Resultados Pretest	Muestra	24	25	44	35,00	5,413
	Experimental	14	27	44	36,29	4,268
	Control	10	25	42	33,20	6,512
Resultados Postest	Muestra	24	31	49	40,33	5,105
	Experimental	38	49	43,00	3,464	38
	Control	10	31	43	36,60	4,766

En los gráficos de las figuras 4 y 5 están representados los gráficos de Q normal para la variable edad de los participantes para grupo experimental y grupo control respectivamente.

Figura 4

Gráfico de la variable Edad para Grupo Experimental

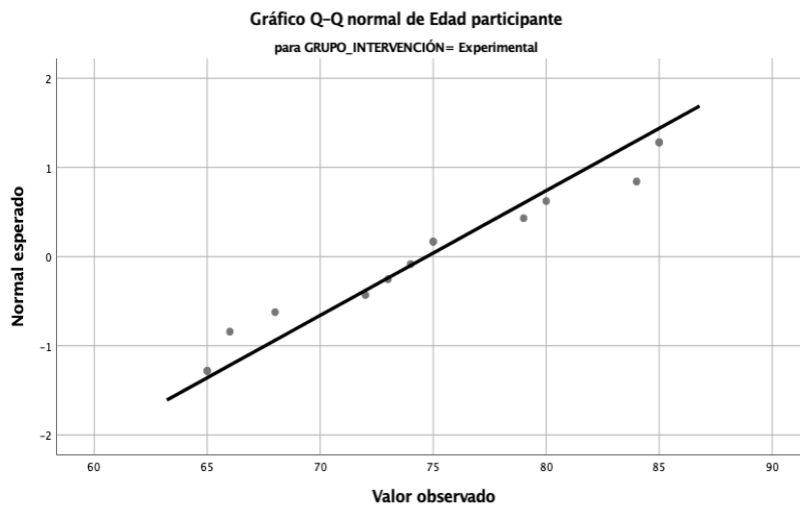
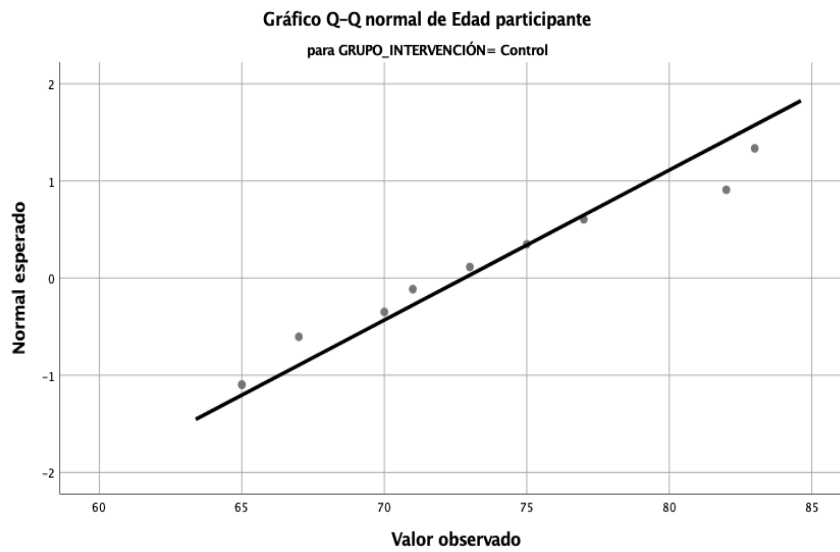


Figura 5

Gráfico de la variable Edad para Grupo Control



En los gráficos de las figuras 6 y 7 está representada la distribución de las puntuaciones obtenidas previamente al inicio de la intervención por las participantes de ambos grupos de intervención, experimental y control.

Figura 6

Puntuaciones pretest para Grupo Experimental

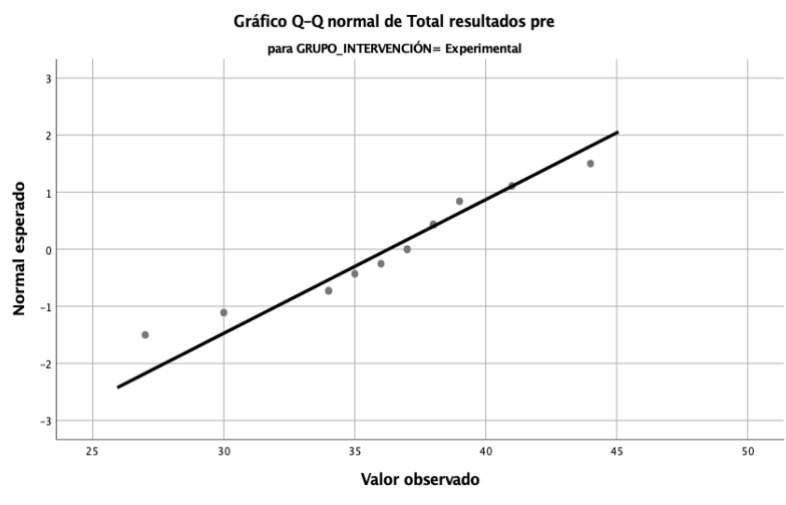
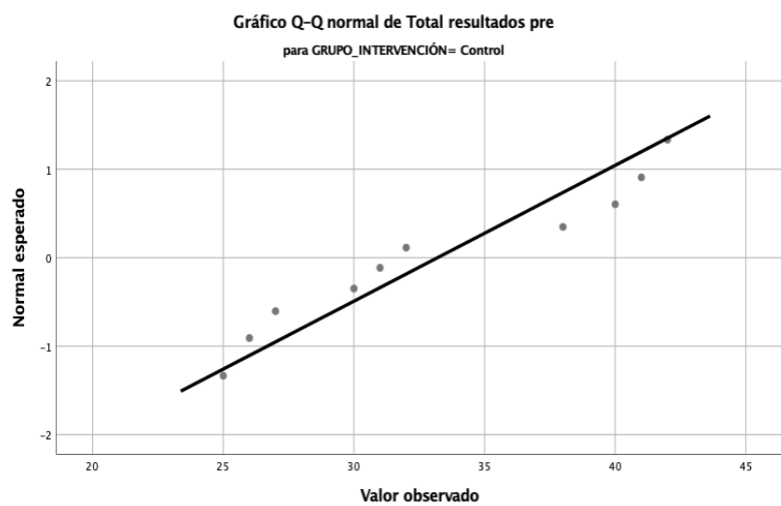


Figura 7

Puntuaciones pretest para Grupo Control



En los gráficos de las figuras 8 y 9 está representada la distribución de las puntuaciones posttest obtenidas por las participantes una vez realizada la intervención, la distribución de cada gráfica representa cada uno de los grupos de intervención, experimental y control.

Figura 8

Puntuaciones posttest para Grupo Experimental

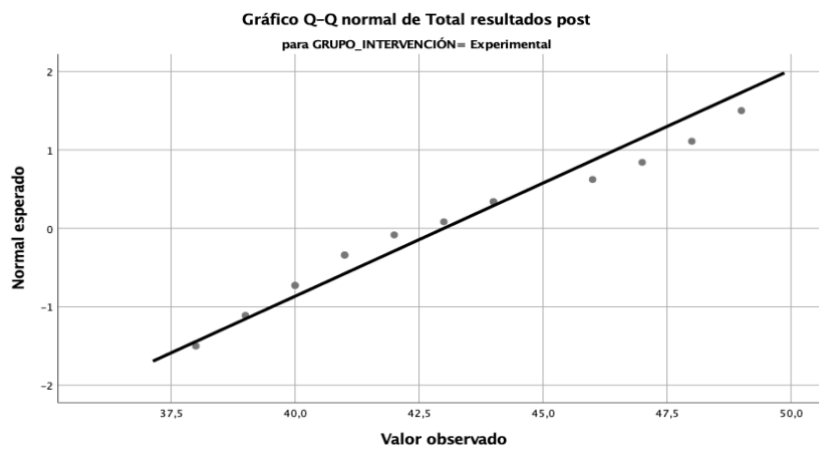
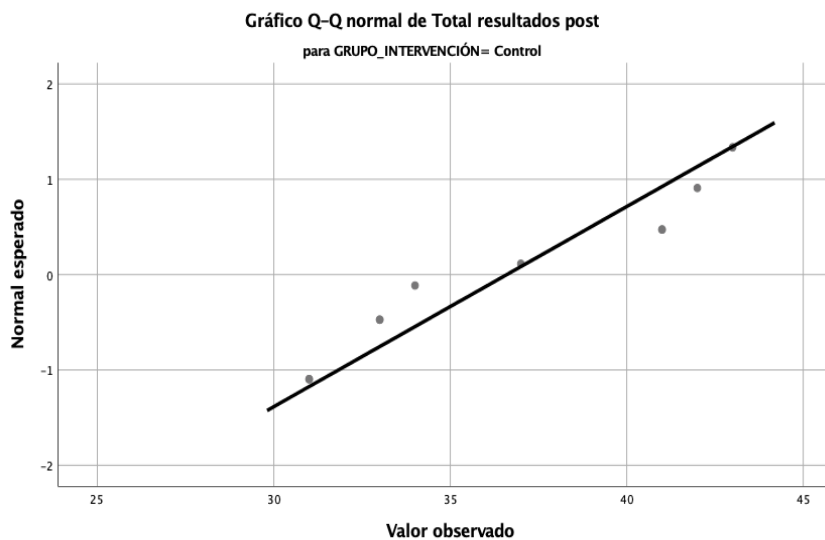


Figura 9

Puntuaciones posttest para Grupo Control



En la Prueba t de Student para la comparación de medias en muestras relacionadas, se evaluó si había diferencias en las puntuaciones obtenidas pre intervención y post intervención, se realizó esta prueba en cada uno de los grupos por separado y para diferentes dimensiones del cuestionario: comprensión emocional, bienestar subjetivo, factores sociales y puntuaciones totales del inicio y del fin. En la tabla 15, se puede observar los cambios en cada uno de los grupos y para cada una de las dimensiones en el momento pre y post intervención. Las puntuaciones en el nivel de significación revelan que sí existen diferencias en todas las dimensiones del grupo experimental, por lo que podría entenderse que el programa de intervención supone una mejoría para las personas participantes en comprensión emocional, bienestar subjetivo, relaciones sociales y, en general, habría mejorado su salud y bienestar emocional. Mientras que las puntuaciones del grupo control revelan que sí hay diferencias significativas en los resultados del posttest con respecto al pretest en el bienestar subjetivo y en la puntuación total. Sin embargo, con respecto a comprensión emocional y factores sociales no presentaría diferencias. Por lo tanto, no podemos afirmar que el programa de reminiscencia suponga una mejoría para su salud y bienestar emocional.

Tabla 15

Prueba t de Student de medidas en Grupo Experimental y Control diferencia de muestras emparejadas

G ¹	Media		Desv. Desviación		t		gl		Sig. (bilateral)	
	GE	GC	GE	GC	GE	GC	GE	GC	GE	GC
CE ² Pre-Post	-1,786	-1,000	2,392	1,826	-2,794	-1,732	13	9	,015	,117
BS ³ Pre-Post	-2,786	-1,500	2,119	1,650	-4,920	-2,875	13	9	,000	,018
SOC ⁴ Pre-Post	-2,143	-,900	1,610	1,595	-4,979	-1,784	13	9	,000	,108
TOT ⁴ Pre-Post	-6,714	-3,400	3,950	2,914	-6,360	-3,690	13	9	,000	,005

¹GE y GC: grupo experimental y control. ² Bienestar subjetivo. ³ Compresión emocional. ⁴ Puntuaciones totales del test.

Los análisis multivariados de medidas repetidas ANOVA indicaron que existen una interacción significativa de grupo pre y postintervención en Comprensión Emocional ($F=0,759$; $p=0,393$), en Bienestar subjetivo ($F=2,560$; $p=0,124$), Factores Sociales ($F=3,502$; $p=0,075$) y en puntuaciones totales ($F=5,048$; $p=0,035$) relativas a la mejora de la salud y bienestar emocional correspondiente a la aplicación del programa. Estos resultados sugieren que existen diferencias entre las participantes que han formado parte del grupo experimental y las del grupo control (ver tabla 16).

Además, tal y como se puede apreciar en la tabla 16, el cálculo del tamaño del efecto demuestra que el efecto ha sido bastante más grande en el grupo experimental que en el control.

Tabla 16

Media, desviación típica de las variables en cada grupo y análisis de la interacción grupos intervención x momento

PUNTUACIONES	Grupo Experimental		Grupo Control		F	Sig.	Eta parcial al cuadrado	d de Cohen		effect-size r	
	Pre M (D.T.)	Post M (D.T.)	Pre M (D.T.)	Post M (D.T.)				Pre	Post	Pre	Post
Comprensión emocional	17,43 (2,563)	19,21 (1,805)	16,00 (2,906)	17,00 (2,309)	,759	,393	,033	,521	1,06	,252	,470
Bienestar Subjetivo	11,07 (2,093)	13,86 (1,657)	9,40 (2,914)	10,90 (2,558)	2,560	,124	,104	,658	1,373	,312	,566
Factores Sociales	7,79 (1,051)	9,93 (,997)	7,80 (1,814)	8,70 (1,160)	3,502	,075	,137	-,006	1,137	-,003	,494
Puntuación Total	36,29 (4,268)	43,00 (3,464)	33,20 (6,512)	36,60 (4,766)	5,048	,035	,187	,561	1,536	,270	,609

A continuación, se presentan los gráficos los resultados obtenidos con los análisis de medias repetidas ANOVA, en los cuales se puede observar las medias marginales antes y después de la intervención en Comprensión Emocional (ver Figura 10), en Bienestar subjetivo (ver Figura 11), Factores Sociales (ver Figura 12) y en puntuaciones totales (ver Figura 13), para ambos grupos: Experimental y Control. Tal y como se puede observar en las gráficas hay una clara evolución después de la intervención para el grupo experimental, lo cual nos sugiere que lo que ha sucedido en medio, el programa piloto basado en la psicología positiva, puede haber sido el motivo para la mejoría de su bienestar emocional, en cada uno de los niveles. Mientras que el grupo control, sí bien es cierto que se aprecia cierta mejoría con respecto a sus puntuaciones iniciales, su evolución en comparación con el grupo experimental no se apreciaría. Por lo tanto, el programa de reminiscencia no sería tan claro en la mejora de la salud y bienestar emocional como el programa basado en psicología positiva.

Figura 10

Medias en Comprensión Emocional

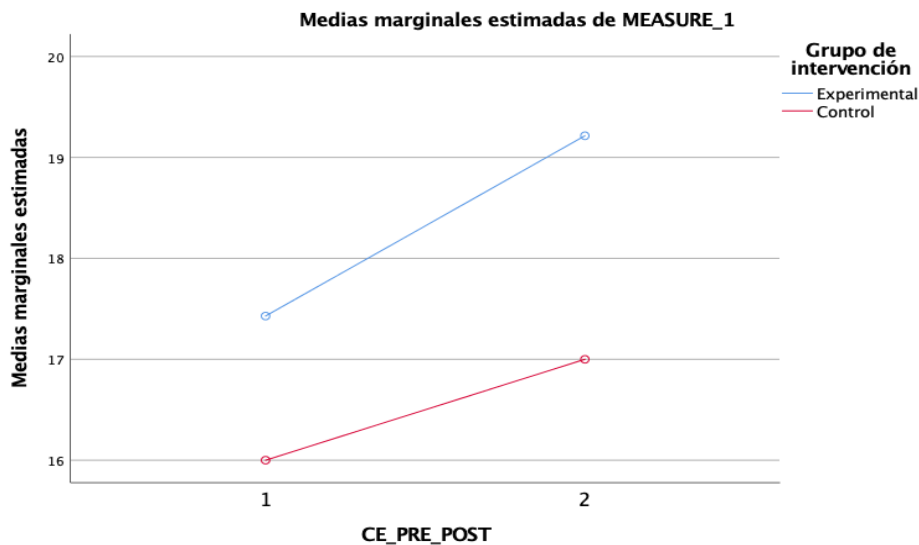


Figura 11

Medias en Bienestar Subjetivo

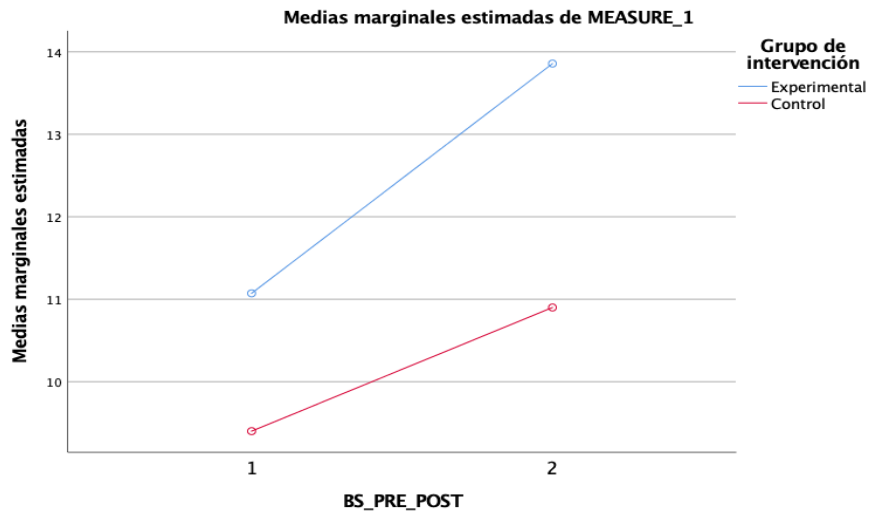


Figura 12

Medias en Factores Sociales

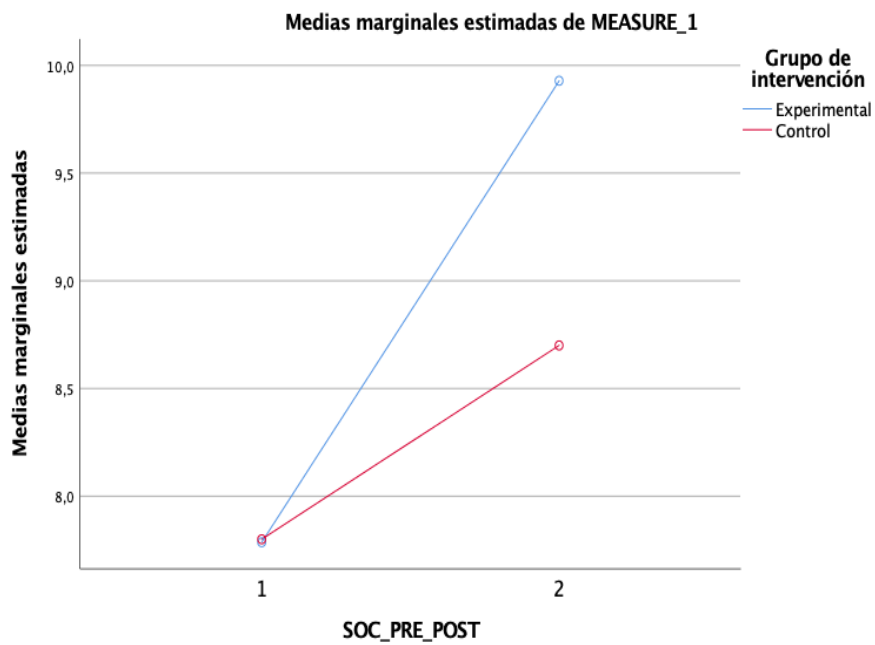
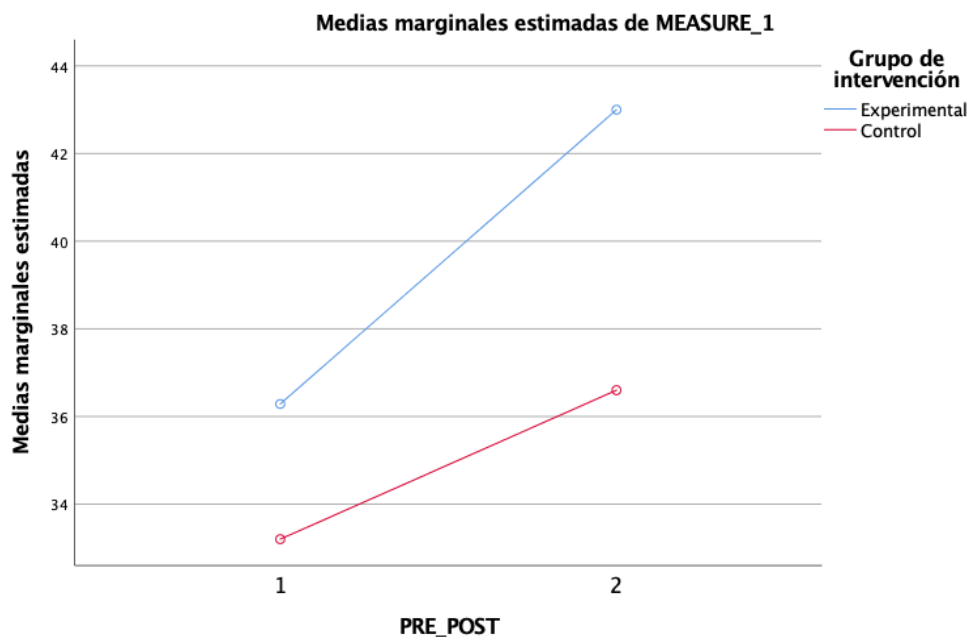


Figura 13

Medias en puntuación total Salud y Bienestar Emocional



Los resultados nos llevan a confirmar las tres hipótesis planteadas al inicio de la investigación, es decir, los datos indican que se podría sugerir que gracias al programa piloto basado en la psicología positiva las personas participantes han incrementado su salud y bienestar emocional en relación al inicio antes del programa. Por otro lado, que existen diferencias entre ambos grupos, las personas que han participado en el programa basado en psicología positiva han presentado mejores puntuaciones que las del grupo control. Por último, que, si bien es cierto que se detecta cierta mejoría con respecto al inicio en las puntuaciones de las participantes del grupo control, dicha mejoría no supondría una gran diferencia y podría deberse más al efecto placebo (Amigo, 2020), el recibir una actividad que al hecho en sí del contenido de la propia actividad.

Evaluación de la percepción de calidad por cada sesión del programa de intervención

Tal y como se explica en el apartado de metodología, se realizó al final de cada sesión un breve cuestionario (ver anexo 3) para valorar el nivel de satisfacción de las personas participantes en relación

cada una de las sesiones. Las puntuaciones se han agrupado en tres grandes apartados: 1) utilidad, interés, aprendizaje y valoración de los contenidos y actividades de la sesión, 2) aspectos prácticos relacionados formadora y materiales recibidos y 3) aspectos sociales tales como recomendar la sesión a otras personas. Las puntuaciones se distribuían en una escala de cuatro puntos, desde 1(Nada) a 4 (Mucho).

Todas las sesiones fueron altamente valoradas, con especial mención por sus altas puntuaciones a las sesiones 2 y 5, las cuales fueron consideradas por la mayoría de las personas participantes de gran utilidad y ayuda a su autoconocimiento emocional.

4. Discusión

El objetivo de este Trabajo de Fin de Máster fue evaluar una intervención aplicada a través de un programa de psicología positiva para comprobar si mejoraba el bienestar de las personas mayores, en concreto aquellas que viven en el medio rural de Castilla y León. Al plantarse realizar el estudio con dos grupos y tratarse de una actividades englobada en el programa de envejecimiento del IPRF autonómico y financiada por la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, ambos grupos experimental y control recibieron intervención, ya que el grupo control no podía quedarse sin recibir actividad alguna, por lo que se planteo que realizaran actividades relacionadas con reminiscencia, y de esta forma evaluar como dos intervenciones distintas (experimental con psicología positiva y control con reminiscencia) influían en el estado anímico y la salud y bienestar emocional de las personas participantes.

Los resultados obtenidos en la comparación de ambos grupos, experimental y control, con respecto a las puntuaciones obtenidas mediante el Cuestionario ad Hoc (ver anexo 2), aplicado al inicio y a la finalización de la intervención, indicaron que se puede sugerir que las mejoras pueden deberse al programa. Como se exponía en el párrafo anterior, las personas participantes correspondientes al grupo control realizaron un programa basado en reminiscencia, en los resultados si se ha detectado cierta mejoría, pero no tan significativa como en las puntuaciones de las participantes del grupo experimental, lo cual podría deberse más al efecto placebo (Amigo, 2020) que al contenido del programa en sí.

Un aspecto a descartar es que, en un principio, se planteó que el realizar seis sesiones podría suponer una gran limitación, ya que es un tiempo muy limitado para poder observar la eficacia del programa para la mejoría del bienestar emocional. Si bien es cierto que, una vez concluido, se ha de descartar que ha supuesto más una ventaja que una limitación, ya que todas las personas participantes han dado continuidad, no se ha producido absentismo y ha facilitado la asistencia de todas las participantes, por lo que finalmente el realizar seis sesiones ha supuesto una medida preventiva en relación al abandono del programa.

4.1. Limitaciones y perspectivas de futuro

Con respecto a las limitaciones de este trabajo, quizás la primera a destacar sería la limitación temporal teniendo en cuenta con los plazos que se contaba para elaborar y llevar a cabo un programa de intervención para la promoción de la salud, por ello se tomó la decisión de plantear un programa piloto, por lo que su principal limitación tiene que ver con el tamaño de la muestra, si se hubiera dispuesto de mayor tiempo, se podría haber aplicado el programa con un mayor número de grupos y haber ampliado la muestra. Al tratarse de una muestra ($n=24$) el alcance de los resultados es muy limitado y, por supuesto, se ve claramente afectada a nivel de consecución de resultados estadísticamente significativos.

Otra limitación es que las personas participantes del grupo experimental y del control partían de diferentes percepciones en relación a su salud y bienestar emocional, tal y como se puede observar en las puntuaciones previas del cuestionario antes de la intervención, siendo mejores (más altas) las de las personas que formaban parte del grupo experimental. Una posible explicación de estas diferencias de partida podría estar en el hecho que las personas del grupo experimental ya habían participado en otras actividades del programa de envejecimiento activo, si bien es cierto que no relacionadas con el bienestar emocional, pero que pueden haber influido, como, por ejemplo, aprendizaje en el manejo de sus móviles o gimnasia de mantenimiento, lo cual de una forma u otra puede promover su bienestar biopsicosocial y, por lo tanto, influir en su estado anímico.

También un obstáculo relacionado con la metodología fue los instrumentos de medición utilizados, tal y como expone Jiménez et al. (2016), “a pesar del auge de la psicología positiva y del desarrollo de instrumentos válidos y fiables en este campo, aún son escasos los instrumentos de medición acordes y específicos para personas mayores” (p. 56). Por lo tanto, una de las áreas de mejora consistiría en disponer de instrumentos de medición adaptados a población mayor, y, con respecto a esta limitación, destacar que en relación a mi experiencia profesional en el trabajo con personas mayores que viven en el medio rural de Castilla y León en muchas ocasiones el nivel de lecto-escritura y comprensión lectora es bastante bajo. Además, suelen acudir con la idea de disfrutar de una actividad y el hecho de hacerles cumplimentar un test o cuestionario puede suponer un motivo para la no participación, para realizarlo sin leer detenidamente o una fuente de estrés adicional por sentirse evaluadas. Por lo tanto, también sería

interesante determinar y definir muy bien como la persona que aplica el programa va a explicar cómo se realiza el test.

Quizás como medida para paliar la limitación con respecto a los instrumentos se propone las siguientes escalas para la medición del bienestar subjetivo, como, por ejemplo, 1) la escala de satisfacción con la vida de Diener et. al (1985), o su versión más actualizada traducida al castellano de Atienza et al. (2000). Esta herramienta se ha aplicado en múltiples estudios y ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas, 2) otra escala que mide el bienestar subjetivo es la escala de la Felicidad de Andrews y Whithey (1976). Y, por último, 3) la Escala de Experiencias Positivas y Negativas (SPANE), desarrollada por Diener et al. (2010) y está compuesta por dos subescalas SPANE-P y SPANE-N. Además, se llevo a cabo en un estudio con población española, en el cual reportó una consistencia interna de .90 para el afecto positivo y de .86 para el afecto negativo (Cañero et al., 2019).

Al margen de las limitaciones previamente mencionadas, si debemos destacar que este tipo de investigaciones relacionadas con programas de intervención para la prevención y promociones del bienestar y la salud resultan de especial interés, en concreto, esta investigación ha estado enmarca en la financiación del IPRF autonómico de la Gerencia de Servicios Sociales que tienen distintos programas, entre otros el programa de Envejecimiento Activo, gracias al cual se ha podido desarrollar este trabajo y en el cual se engloban múltiples actividades dirigidas a personas mayores de 65 años para fomentar un envejecimiento saludable. Por lo tanto, es interesante medir de alguna forma los resultados que estas actividades tienen sobre las personas mayores, y cómo influyen en su estado anímico, ya que les “ayuda” a salir de casa, relacionarse con otras personas de su misma edad y les da un proyecto personal, previniendo enfermedades.

4.2. Conclusiones

Para finalizar, destacar los beneficios adjuntos al programa que tienen que ver con los objetivos anexos y que, si bien es cierto que son difíciles de medir, su valoración se recibe en forma de *feedback* por parte de las personas participantes. Este tipo de programas ayudan a promover la participación social y ha fomentar que las personas mayores se relacionen, incluso, personas de edades diferentes, por ejemplo, un

caso concreto, una persona de 65 años y otra de 85 años, que, a pesar de vivir en el mismo pueblo, por una especie de brecha generacional no habían tenido contacto, y el programa les sirvió para establecer vínculos. Otro aspecto positivo es que promueve un envejecimiento activo animando a las personas mayores a salir de su casa, y, en muchos casos, a despegarse de la televisión o de la radio, y realizar otro tipo de actividades que supongan en sí un beneficio para su flexibilidad y estimulación cognitiva, que con el paso de los años supone una gran ventaja. Y, por último, destacar la importancia que tiene acercar diferentes recursos a las personas mayores, y, en este punto, hacer una especial mención al medio rural de Castilla y León, ya que, si bien es cierto que en líneas generales la educación emocional recibida por la mayoría de las personas es nula, en el caso de estas personas el hándicap y la diferencia es mayor, por lo que este tipo de actividad ayudan a las personas a normalizar, desdramatizar y aceptar que sus emociones también son válidas porque tienen que ver con su historia de vida, y, aunque es algo que probablemente no haya instrumento que lo mide, el acudir a este tipo de programas hace que mejoren su calidad de vida y salud y bienestar emocional.

5. Referencias bibliográficas

ACUERDO 61/2017, de 11 de octubre, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el Plan Estratégico de los Servicios Sociales de Castilla y León, 197, de 13 de octubre de 2017, desde: <https://bocyl.jcyl.es/boletin.do?fechaBoletin=13/10/2017>

Amigo Vázquez, I. (2020). *Manual de psicología de la salud* (4ª ed.). Ediciones Pirámide.

Andrews, F. M. y Whithey, S. (1976). *Social Indicators of Well Being. American's Perceptions of Life Quality*. New York, NY: Plenum Press.

Cañero, M., Mónaco, E. y Montoya, I. (2019). La Inteligencia Emocional y la Empatía como Factores Predictores del Bienestar Subjetivo en Estudiantes Universitarios. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 9, 19–29.

Carstensen, L. (1993). Motivation for social contact across the life span: a Theory of Socioemotional Selectivity. In J. E. Jacobs (Ed.), *Symposium on motivation 1992* (Vol. 40, pp. 209-254). Lincoln: University of Nebraska Press.

Casullo, M. M. (2006). El capital psíquico: Aportes de la psicología positiva. *Psicodebate. Psicología, cultura y sociedad*, (6), 59-72.

Cassullo, G. L., Caballero, R. Y., Favara, J., e Iriarte, M. L. (2019). Valoración de un programa para adultos mayores enfocado desde la psicología ambiental y la psicología positiva. In *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Depp, C. A., Vahia, I. V., y Jeste, D. V. (2012). Successful aging. In S. K. Whitbourne & M. J. Sliwinski (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of adulthood and aging* (pp. 459–476). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118392966.ch23>

- Diener, E., Sandvik, E. y Larsen, R. J. (1985). Age and Sex Effects for Emotional Intensity. *Developmental Psychology*, 21(3), 542–546.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S. y Biswas-Diener, R. (2010). New Well-being Measures: Short Scales to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143–156.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M. G., y García, L. F. (2004). Vivir con vitalidad-M®: Un programa europeo multimedia. *Psychosocial Intervention*, 13(1), 63-84.
- Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León (2018). Índice de Envejecimiento Activo en Castilla y León.
- Instituto Nacional de Estadística (2021). Indicadores de Estructura de la Población. Resultados por comunidades autónomas. Índice de Envejecimiento por comunidad autónoma. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1452>
- Jiménez, M. G., Izal, M., y Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Suma Psicológica*, 23, 51-59. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.03.001>
- Lombardo, E. (2013). Psicología positiva y psicología de la vejez. Intersecciones teóricas. *Psicodebate*, 13, 47-60.
- Ortiz Arriagada, J. B., y Castro Salas, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: Contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 25-31.
- Seligman, M. (2003). *La Auténtica Felicidad* (1ª ed.). Madrid: Vergara.
- Scheibe, S., y Carstensen, L. L. (2010). Emotional aging: Recent findings and future trends. *The Journals of Gerontology: Series B*, 65(2), 135-144.

REDACTOR, E. Perspectivas del envejecimiento activo en Castilla y León (Doctoral dissertation, Universidad de Valladolid).

Vázquez, C., Hervás, G., y Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología conductual*, 14(3), 401-432.

Vázquez, C., y Hervás, G. (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.



6. Anexos

6.1. Anexo A. Declaración de Consentimiento Informado

TFM MUPGS UEM Alumna: Susana Pérez Herrero

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y apellidos: _____
D.N.I.: _____
Domicilio: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha de nacimiento: _____

Se solicita su autorización para participar en el Trabajo fin de Máster, de la alumna Susana Pérez Herrero, titulado "Talleres de Bienestar Emocional en el medio rural para mayores de 65 años". El objetivo es analizar y valorar la mejora del bienestar emocional en población de entre 65 a 80 años que vive en el medio rural de Castilla y León, mediante la participación voluntaria y gratuita en este taller vivencial y la realización del cuestionario al inicio y fin de la actividad, y a la finalización de cada sesión. Los beneficios que se esperan de este trabajo consistirán en conocer si la realización de este tipo de talleres ayuda a fomentar el bienestar emocional en población mayor de 65 años.

Las respuestas a los cuestionarios que se realizarán serán completamente anónimas, por lo que se explicará explícitamente y de viva voz antes de realizarlas que deben cumplimentarse desde el anonimato, y así garantizar una libre opinión, en cualquier caso, la información se tratará de acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos, así como a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Si usted firma este consentimiento informado previamente al inicio del taller, se entiende de forma tácita que ha comprendido el objetivo del presente trabajo, que ha podido preguntar y aclarar las dudas que se le hubieran planteado inicialmente y que acepta participar en el taller.

Acepto la participación

No acepto la participación

En _____, a ____ de _____ de 2021

Firma participante,

¡Muchas gracias por su colaboración!

6.2. Anexo B. Cuestionario de Evaluación Pre y Postintervención.

Taller Bienestar Emocional
TFM UEM Susana Pérez Herrero

EVALUACIÓN INICIO Y FIN DEL TALLER DE BIENESTAR EMOCIONAL

Fecha: _____
 Edad: _____
 Sexo: Mujer Hombre
 Municipio: _____
 Vivo con: _____

A continuación, se presentan una serie de frases, por favor, marque con una X la opción que tenga que ver más con sus sentimientos:

<i>Marque una X</i>	Nada	Poco	Bastante	Mucho
Siento que comprendo bien mis emociones				
Considero que tengo buena salud emocional				
¿Con que frecuencia me siento alegre?				
Me cuesta hablar de mis emociones				
¿Con que frecuencia siento miedo?				
¿Con qué frecuencia me siento triste?				
Mis pensamientos me generan angustia				
Me entusiasmo por las actividades que realizo				
¿Con que frecuencia siento enfado?				
Me siento sola/o				
Me considero una persona optimista				
¿Con que frecuencia siento asco?				
¿Cuál es su nivel satisfacción con su estado actual de salud?				

Si lo desea puede escribir en el recuadro otras cuestiones que quiera comentar acerca de su salud emocional:

¡Muchas gracias por su colaboración!

6.3. Anexo C. Cuestionario satisfacción fin de cada sesión

Evaluación Sesión -Taller Bienestar Emocional
TFM UEM Alumna Susana Pérez Herrero

EVALUACIÓN FINALIZACIÓN DE CADA SESIÓN DEL TALLER DE BIENESTAR EMOCIONAL

Sesión: _____

Fecha: _____

Edad: _____

Sexo: Mujer Hombre

Municipio: _____

A continuación, se presentan una serie de frases, por favor, marque con una X la opción que tenga que ver más con el grado de satisfacción con respecto a la sesión de hoy:

<i>Marque una X</i>	Nada	Poco	Bastante	Mucho
El contenido me ha parecido interesante				
El contenido me ha parecido de utilidad para mi vida				
He aprendido cosas nuevas acerca de mi salud emocional				
Las actividades realizadas me han gustado				
La sesión de hoy ha sido divertida				
El material entregado me ha parecido adecuado				
La formadora se ha explicado con claridad				
Repetirías la sesión de hoy				
Recomendarías a otras personas la sesión de hoy				

Si lo desea puede escribir en el recuadro otras cuestiones que quiera comentar acerca de lo que más y/o menos te ha gustado de la sesión de hoy:

¡Muchas gracias por su colaboración!

6.4. Anexo D. Material entregado: Psicoeducación concepto de Salud Biopsicosocial

Psicoeducación Salud – Taller Bienestar Emocional
TFM UEM Alumna Susana Pérez Herrero

¿Qué entendemos por SALUD?

Según OMS (Organización Mundial de la Salud), el 9 de junio al 22 de julio de 1946, dio la siguiente definición:

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»

Por lo tanto, nuestro bienestar y nuestra salud estarían influenciados por diferentes aspectos, no sólo físicos, sino también:

SALUD MENTAL, psicológica, emocional..., que englobaría temas tales como:

- Autoestima saludable Tratarnos con respeto y amor
- Regulación Emocional Trabajar por nuestra felicidad, saber gestionar nuestros miedos, nuestra tristeza
- Optimismo Afrontar las situaciones con pensamiento positivo y proactividad
- Resiliencia y crecimiento personal Capacidad de adaptarnos a los cambios

SALUD SOCIAL

- Comunicación asertiva comunicarme bien
- Escucha activa
- Empatía
- Crear lazos y relaciones de calidad con mis seres queridos
- Poner Límites Saber decir “NO”
- Gestionar mis conflictos

6.5. Anexo E. Material entregado: Dinámica transversal “El frasco de la gratitud”

Dinámica Transversal - Taller Bienestar Emocional
TFM UEM Alumna Susana Pérez Herrero

El frasco de la GRATITUD

Cada semana, al finalizar la sesión, escribiremos una hojita de colorines algo de nuestra vida por lo que **QUERAMOS DAR GRACIAS**. Por ejemplo:

- Situaciones que nos hayan pasado esa semana que queramos agradecer y nos hayan provocado una sonrisa
- Personas a las que queramos agradecer algo esa semana, que hayan estado a nuestro lado en un momento duro o difícil.
- Cualquier cosa por lo que **TE APETEZCA DAR GRACIAS** vale, recuerda **TODAS TUS EMOCIONES SON VALIDAS** porque de alguna forma conecta con tu historia, con lo que has vivido.

Una vez escrito nuestro agradecimiento semanal, doblaremos la hojita en dos partes y la meteremos en el frasco.

El día último día compartiremos en voz alta con el grupo, quién quiera hablar de alguno de sus agradecimientos podrá hacerlo. Cuando alguien identifique su papel intentará recordar que emociones sintió en ese momento, dónde estaba, con quién estaba, qué sintió en su cuerpo...

¿Para qué sirve esta dinámica?

Nuestro objetivo es entrenar el cerebro como si de un músculo se tratará para buscar formas, alternativas, herramientas, mañas... propias que nos ayuden a tener un mayor BIENESTAR EMOCIONAL.

Según estudios de Psicología Positiva la GRATITUD, el dar las gracias:

- Nos ayuda a aprender a **VALORAR** lo que tenemos
- Poner nuestro **FOCO DE ATENCIÓN** en lo que **NOS HACE FELICES** y dejar de funcionar en “**PILOTO AUTOMÁTICO**”
- Entrenar el cerebro en **PENSAR POSITIVO** y en **SENTIR EMOCIONES AGRADABLES**

El realizar diariamente, nos ayudará a adquirir el **HABITO DE VIDA SALUDABLE DE DAR LAS GRACIAS Y VALORAR LO QUE TENEMOS** y así conseguir poco a poco instaurarlo en nuestra vida.

6.6. Anexo F. Material entregado: Dinámica transversal “El frasco de mis memorias”

Dinámica Transversal -Taller Bienestar Emocional
TFM UEM Alumna Susana Pérez Herrero

El frasco de mis memorias

Al final de cada sesión, escribiremos una hojita de colorines algo de nuestra vida que NOS HIZO SONREIR, puede ser:

- Recuerdo de la infancia
- Situaciones en la que me lo pase muy bien
- Temáticas concretas: boda, nacimiento hijos/as

Doblabremos nuestra hojita y la meteremos en el frasco cada semana.

El día último día leeremos esos recuerdos en grupo, y quién lo desee podrá compartir: cómo vivió ese momento, qué emociones le embargaron, con qué personas lo compartió, cómo fue de especial... El resto de personas escucharemos con cariño y respeto.

¿Para qué sirve esta dinámica?

Nuestro objetivo es entrenar el cerebro como si de un músculo se tratará para buscar formas, alternativas, herramientas, mañas... propias que nos ayuden a tener mayor bienestar emocional.

Recuperar del cerebro en momentos de felicidad:

- Conecta con lo que en portugués se llama Saudade, que si bien tiene difícil definición en castellano es un sentimiento afectivo primario, próximo a la melancolía o nostalgia, pero con un punto positivo, es decir, estimulado por la distancia temporal o espacial y relacionado con el agradecimiento por haber tenido la oportunidad de disfrutar, amar... ese momento
- Es positivo recordar si lo realizamos desde ese sentimiento de Saudade
- Poner el foco de aprendizaje y atención en lo que nos hizo felices, de cara a detectar futuros momentos de felicidad.

6.7. Anexo G. Material entregado: Psicoeducación concepto Autoestima.

Psicoeducación Autoestima – Taller Bienestar Emocional
TFM UEM Alumna Susana Pérez Herrero

¿Qué es la Autoestima?

Vamos a intentar responder a esta pregunta...

Es un elemento “dinámico”, no permanece siempre igual, sino que va variando, la vamos desarrollando a lo largo de nuestra vida, e implica todos esos sentimientos, opiniones, sensaciones y actitudes sobre nosotras/os mismas/os que hemos ido acumulando.

Autoconocimiento: Como decía William Shakespeare “*De todos los conocimientos posibles, el más sabio y útil es conocerse a sí mismo*”. El autoconocimiento implica aprender a conocerse a una/o misma/o.

Autoconcepto: Se trata de la imagen que tenemos de nosotras/os, e implica tener la capacidad para reconocerse sin distorsiones

Autoaceptación: Tiene que ver con aceptarse a una/o misma/o, con lo bueno y lo no tan bueno. Saber que hay que aceptar, que se puede o no cambiar y que otras cosas se mantienen. La Autoaceptación no significa “voy a gustarle a todo el mundo, sino que no pasa nada sino le gusta a todo el mundo, soy así, con mis virtudes y defectos”

Autorespeto: Por último, pero no por ello la menos importantes encontraríamos. La importancia de respetarnos a nosotras/os mismas/os. Por favor, ¡tratémonos con cariño! Ya que también es salud

¿Cómo mejorar mi Autoestima?

- Fomenta: Autoconocimiento / Autoconcepto / Autoaceptación / Autorespeto
- Estudia cómo te hablas a ti mismo/a e intenta usar un lenguaje interno positivo
- Realizar dinámicas para fortalecer tu Autoestima

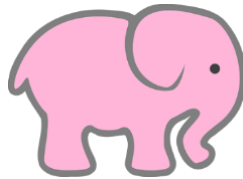
6.8. Anexo H. Material entregado: Psicoeducación gestión de pensamientos y optimismo.

Psicoeducación gestión de pensamientos y optimismo – Taller Bienestar Emocional
TFM UEM Alumna Susana Pérez Herrero

Pensamientos Positivos versus Pensamientos Negativos

¿Influyen nuestros **pensamientos** en nuestro **estado de ánimo**? En esta pregunta cabe todo tipo de respuesta. Sin embargo, la mayoría de personas contestan con una afirmación rotunda. En concreto, muchas personas trasladan que sus pensamientos pueden influir hasta tal punto de no dejarles dormir en toda la noche.

Y, entonces ¿cómo lo hacemos? ¿Podemos controlar lo que pensamos? Esta pregunta ya no resulta tan sencilla de responder, incluso dentro de la psicología existen discrepancias. Por ejemplo, la Terapia Cognitivo Conductual afirma que sí se puede controlar los pensamientos y ofrece como recursos la técnica de “Parada de pensamiento”. Sin embargo, si ahora mismo te digo “No pienses en un elefante rosa” ¿Qué pasa?



¡Justo! Aparece en dichoso elefante rosa. Por ello, otras corrientes en psicología, como, por ejemplo, la Terapia de Aceptación y Compromiso, nos invitan a aceptar los pensamientos y gestionarlos para que no nos produzcan tanto malestar.

¿Qué es lo mejor? Cada persona es diferente y, por lo tanto, lo mejor es **aquello que a ti te funciona**. Por ello, es importante ver diferentes recursos que nos ayuden a convertir esos pensamientos negativos en pensamientos más positivos o, por lo menos, en algo de carácter más neutro que no nos produzca tanto malestar.

Dentro de una persona existe una homeostasis, **un equilibrio entre cuerpo y mente**. Y la **mente tiene un efecto mucho mayor sobre nuestro cuerpo** del que creemos, recuerda “La Profecía Autocumplida” que hemos visto en la sesión de hoy.

Por ello, es interesante desarrollar el **hábito de pensar de forma positiva**. Recuerda que es algo que tenemos que **trabajar diariamente** y, por supuesto, **mantenerlo en el tiempo**.

6.9. Anexo I: Material entregado: Psicoeducación regulación emocional y emociones positivas.

Psicoeducación regulación emocional y emociones positivas – Taller Bienestar Emocional
TFM UEM Alumna Susana Pérez Herrero

Vivo mis emociones con Salud

¿Cómo funciona esto de las **emociones**?

Elementos clave para entender mis emociones

EXPERIENCIA SUBJETIVA	RESPUESTA FISIOLÓGICA	RESPUESTA CONDUCTUAL
		
Pensamientos automático que aparecen con la emoción <i>“No lo voy a poder hacer”</i>	Sensaciones en el cuerpo <i>Agitación, respiración acelerada, sudan las manos</i>	Comportamiento que surge provocado por la emoción <i>Escapar o evitar</i>

¿Qué puedo hacer para entender mejor mis emociones? La clave se encuentra en el **autoconocimiento**, cómo me siento ante una determinada situación, persona, elemento..., qué pensamientos vienen a mi cabeza, qué siento en mi cuerpo, cuál es mi comportamiento actual, cómo podría reaccionar de una forma distinta.

También es importante saber que ninguna emoción es mala, que las emociones son **adaptativas**, es decir, cumplen una función, también las que sentimos como desagradables, como, por ejemplo, el miedo, que nos salva de situaciones peligrosas; o la tristeza, que nos ralentiza y da tiempo para pensar.

ALGUNAS HERRAMIENTA PARA REGULAR NUESTRAS EMOCIONES

Respiración diafragmática: Es una técnica muy potente y sencilla para comenzar, especialmente con población mayor de 65 años. Recuerda como la hemos práctica en esta sesión, inspira por la nariz e hincha la tripa, aguanta un poquito y suelta por la boca como si soplaras una vela.

Otras técnicas y recursos:

- Meditación guiada Mi Lugar Seguro a través de visualización**
- Relajación muscular progresiva de Jacobson**

6.8. Anexo J. Material entregado: Psicoeducación comunicación asertiva y gestión de límites.

Psicoeducación Comunicación Asertiva y Gestión de límites – Taller Bienestar Emocional
TFM UEM Alumna Susana Pérez Herrero

Comunicarse de forma saludable

¿Cuáles son los estilos de comunicación?

- Comunicación agresiva:** Cuando hablamos de comunicación agresiva nos referimos de forma verbal, NO física. No solo implica faltar al respeto, insultar, gritar, amenazar, chantajear..., sino también no tener en cuenta la situación de la persona con la que nos estamos comunicando (empatía). “Cuando hables, procura que tus palabras sean mejores que el silencio.” Proverbio Hindú
- Comunicación pasiva:** Implica no decir lo que se piensa y siente, y dejarse llevar por las demás sin importar lo intereses propios. Suele venir acompañada por pensamientos que menoscaban nuestra autoestima. Como, por ejemplo: “No valgo para nada” o “Todo el mundo me pasa por encima”. Y suele pasar que cuando el saco se llena tanto, al final, termina por romperse.
- Comunicación asertiva:** Es lo que “toda la vida” se ha llamado comunicarse bien, es decir, saber explicar cómo nos sentimos (nuestros sentimientos) y qué pensamos (nuestros pensamientos), pero teniendo en cuenta y evaluando el momento con empatía.

La Comunicación Asertiva se entrena:

- Trabajando y cuidando de nuestra autoestima
- Profundizando en nuestro autoconocimiento
- Preparar situaciones complicadas y conflictivas que se repiten en el día a día.
- Guardando la calma
- No sobre aconsejando y escuchando más lo que nos quiere transmitir la otra persona
- Aprendiendo a pedir disculpas y a admitir nuestros errores

Algunas herramientas más relacionadas con la Comunicación Saludable:

UNA HERRAMIENTA FUNDAMENTAL EL TÚ VS. EL YO

Consiste en cambiar el lenguaje del TÚ, que fomenta el que la persona que nos escucha se ponga a la defensiva; por el lenguaje del YO, que busca crear empatía y explicarle a la persona cómo nos ha hecho sentir. Por ejemplo:

*“ERES UN/A
MALEDUCADO/A”*

*“POR FAVOR, NO ME HABLES ASÍ,
PORQUE ME ESTOY SINTIENDO
OFENDIDA/O”*

INTENTAR EVITAR LOS ABSOLUTOS

Son exageraciones, no muy exactas, y solo agravan la situación. “Siempre” o “Nunca”. “Todo” o “Nada”

NO ETIQUETA A LA PERSONA → OBSERVA SU COMPORTAMIENTO

Cuando sientas que alguien se ha comportado mal contigo, es más positivo centrarse en la conducta, que en juzgar a la persona

*“HAS SIDO MALA/O
CONMIGO”*

*“SABES, LO QUE ME HAS DICHO
NO HA ESTADO BIEN”*