



Universitat
de les Illes Balears

TESIS DOCTORAL
2021

**VALIDACIÓN DEL PROGRAMA DE COMPETENCIA
FAMILIAR UNIVERSAL AUTO (PCF-U-AUTO):
IMPLICACIÓN FAMILIAR PARA LA PROMOCIÓN
DE LA AUTONOMÍA INDIVIDUAL DE ADULTOS
MAYORES**

Maria de Lluç Nevot Caldentey



Universitat
de les Illes Balears

TESIS DOCTORAL
2021

Programa del Doctorado de Educación

**VALIDACIÓN DEL PROGRAMA DE COMPETENCIA
FAMILIAR UNIVERSAL AUTO (PCF-U-AUTO):
IMPLICACIÓN FAMILIAR PARA LA PROMOCIÓN
DE LA AUTONOMÍA INDIVIDUAL DE ADULTOS
MAYORES**

Maria de Lluç Nevot Caldentey

Director/a: Dra. María del Carmen Orte Socías

Director/a: Dr. Joan Amer Fernández

Tutor/a: Dra. María del Carmen Orte Socías

Doctora por la Universitat de les Illes Balears

LISTADO DE ARTÍCULOS

La tesis doctoral presentada, ha sido elaborada a partir de los siguientes trabajos de investigación publicados en revistas y libros nacionales e internacionales. Las publicaciones, que conforman gran parte de esta tesis doctoral, se pueden consultar en el capítulo cuarto, nombrado, *Compendio de publicaciones*.

Nevot, L., Ballester, L. y Vives, M. (2018). *La Implicación Parental en los Programas de Competencia Familiar: Una Revisión Sistemática sobre Técnicas de Implicación*. En R. Roig-Vila (Ed.), *El compromiso académico y social a través de la investigación e innovación educativas en la Enseñanza Superior* (pp. 870-881). Octaedro.

- Octaedro: Q1 en Scholarly Publishers Indicators in Humanities and Social Sciences (SPI) nº12/94 y un Indicador de prestigio percibido por los expertos (ICEE) de 1.448 (2014)

Nevot-Caldentey, L., Orte, C., & Ballester, L. (2019). Strategies for family engagement in evidence-based programmes: A meta-synthesis of systematic reviews from a social casework approach. *Social work & social sciences review*, 20 (2), 15-30.

<https://doi.org/10.1921/swssr.v20i3.1279>

- Social Work & Social Sciences Review: United Kingdom, Q3 Social Sciences (Sociology and Political Science) en 2019 y un impacto de 0.14. Ciencia política y de la administración en general; servicios y políticas de salud; trabajo social. SJR. SCImago Journal & Country Rank, Scopus Sources. ICDS = 10

Nevot-Caldentey, L., Orte, C. y Ballester, L. (2020). Análisis de conglomerados en la definición de perfiles de mayores con dependencia en Palma de Mallorca: relación entre salud, apoyo social y dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 94 (e1-11).

- Revista Española de Salud Pública: España, Ministerio de Sanidad y Consumo, Q3 Medicine, Public Health, Environmental and Occupational Health en 2019 y un impacto de 0.26. Servicios y políticas de salud; salud pública, ambiental y laboral. SJR. SCImago Journal & Country Rank, Scopus Sources. ICDS = 11

Orte, C., Nevot, L., Molina, G. y Ballester, L. (2020). *La promoción familiar y social de la autonomía en adultos mayores: el Programa de Competencia Familiar-Auto*. En C. Orte, L. Ballester y J. Amer (Eds.), *Educación familiar. Programas e intervenciones basados en la evidencia* (pp. 103-118). Octaedro.

- Octaedro: Q1 en Scholarly Publishers Indicators in Humanities and Social Sciences (SPI) nº12/94 y un Indicador de prestigio percibido por los expertos (ICEE) de 1.448 (2014)

Nevot-Caldentey, L., Orte, C., Ballester, L. y Amer, J. (2021). Innovación educativa y social en promoción familiar de autonomía persona en adultos mayores: el PCF-U-Auto. *Revista Complutense de Educación*, 32(1). <https://doi.org/10.5209/rced.68182>

- Revista Complutense de Educación. España, Universidad Complutense de Madrid. Q2 Education, en 2019 y un impacto de 0.53. Educación en general. SJR. SCImago Journal & Country Rank, Scopus Sources. ICDS = 10

PREFACIO

A lo largo de la última semana de julio de 2017, una de mis antiguas profesoras de Grado Antonia Cifre, me reenvió una captura de pantalla en la que aparecía la publicidad sobre un curso de habilitación como técnico valorador de dependencia; dado que justo en ese momento me encontraba habiendo terminado mi contrato de una baja por maternidad en una Fundación de atención a la monoparentalidad de Palma. Decidí inscribirme; total, no tenía otra cosa que hacer. No obstante, el curso, si no recuerdo mal, era de tres días, y justamente en el tercer día de curso a las 15 del mediodía Joan y yo teníamos un vuelo para ir a Logroño, mi segunda tierra de origen, para pasar tres semanas de vacaciones con mis padres, como habíamos estado haciendo cada verano.

Pensando en si me matriculaba o no, se me fue por completo de la cabeza. Justo tras la comida en casa y después de haber ido a la universidad para seguir trabajando sobre la tesis en la biblioteca de Ramón Llull, me senté en el sofá y cogí el teléfono; justo en ese momento me vino a la mente el tema del curso; volví a mirar la imagen en el chat de WhatsApp que tenía con Antonia Cifre y me di cuenta de que la inscripción terminaba justo en ese mismo instante; teníamos de margen hasta el viernes a las 14:00 y eran justo las 13:45. -Por si hubiera suerte, llamaré- pensé. Preguntando por la posibilidad de matricularme, me preguntaron por si cumplía con los requisitos y al cumplirlos y concederme la posibilidad de hacer el curso, aun faltando en sus últimas horas por tener que volar a Logroño, me matriculé.

Me fui a Logroño y disfruté de tres semanas de recuperación y de descanso. Ya habiendo olvidado haber realizado el curso, recibo una notificación del SEPE en el teléfono. Decía algo así como *-día 28 tiene una entrevista de trabajo a las 11:00h. en Dirección General de Dependencia-*. El corazón me dio un vuelco y al momento llamé rápido para avisar que ese día seguía en Logroño y para saber si podía hacerla en otro momento. Accedieron y me la hicieron a la vuelta, pocos días después.

Sin ninguna esperanza de que el trabajo fuera para mi, dado que yo veía mi futuro laboral próximo ya en la universidad, consiguiendo mi contrato predoctoral, me llamaron que había sido seleccionada *-jiba a ser valoradora de dependencia en el Govern!-*. Sin dudar, acepté.

Aquí comenzaron mis primeros contactos con las personas mayores dado que la mayor parte de personas que padecen dependencia, como se sabe, pertenecen a este sector poblacional. Fue aquí donde en la práctica, me di cuenta de que las puntuaciones resultantes del baremo, daban acceso a unos recursos que desde mi óptica como trabajadora social, por la formación sistémica que había recibido en KINE y recordando las palabras docentes de Nanda Caro y de Magdalena Echevarría, en mi formación académica de grado en Trabajo Social, se acercaban más a esa beneficencia que asalta la dignidad humana, por un lado, y por otro, me daban la impresión de actuar como “placebo” en el apoyo a las familias y a las personas con dependencia.

Desde mi óptica, no terminaban de servir para cubrir necesidad real de aquellas personas y familias. Iba tanto a hogares que, quizás su economía, era mejorable, pero también a hogares que económicamente, funcionaban más que bien. Todas esas ayudas económicas que imaginaba repartidas en el estado me parecían una inversión muy importante, pero que no terminaba de encajar con ninguno de los objetivos que se planteaba el sistema de atención a la dependencia. Sobre todo me llamaba la atención que, justo cuando pasaba el baremo a quienes quizás alcanzarían justo el grado I de dependencia, sabiendo que si no lo alcanzaban continuaban sin apoyo frente a su necesidad de apoyo de terceros para continuar realizando las ABVD, por ser personas que vivían solas, en los barrios con mayor volumen de personas en riesgo de exclusión social o ya en situación de exclusión, con faltas de higiene importantes en

el hogar, con el agua y la luz cortada, sufriendo de trastornos de salud mental y de consumo de tóxicos, eran quienes me transmitían la necesidad real de apoyo estatal por dependencia, la necesidad de disponer de una tercera o varias terceras personas que le dieran apoyo en su cotidianidad.

Cuando estudié Trabajo Social en la Universitat de les Illes Balears, si bien, el profesorado incidía desde primero de carrera en la necesidad de “enseñar a pescar” en vez de “dar el pescado servido” con aras a nuestras futuras intervenciones en el mundo profesional. Si bien, esa idea me parecía fortuita y encertada pues veía la lógica de tratar de fomentar la autonomía del individuo, evitando así la generación de una relación de dependencia con nuestra figura profesional. Más adelante, una de nuestras docentes añadió para mi una nueva idea al concepto -en aquel momento no enlazaba ambos, cosa que sucedió más tarde-, comenzó hablando de la vulneración de derechos producida cuando se da dinero a esas personas que nos encontramos fuera de los supermercados, a menudo con alguno de sus miembros amputados o discapacidad física fácilmente visible.

Mi cara fue un verdadero poema, dado que, en el momento, me parecía una generalización, una exageración que probablemente tenía por objeto el preservar nuestra economía como profesionales si queríamos conservar un céntimo en el bolsillo en un futuro, probablemente, repleto de personas que piden fuera de los supermercados. Luego a sus explicaciones, añadió que al tu dar dinero a la persona que necesita, le estás mandando un mensaje de: “no te preocupes que yo te cuido, porque tu no puedes hacerlo por ti mismo”. En el posgrado de intervención familiar sistémica, Luís Santiago, el profesor, nos explicó cómo se construye la identidad personal. Nos explicó que la identidad del individuo se constituye a partir de la metaperspectiva y la metaidentidad; ambos conceptos relacionales y conductistas pues el individuo tiene un comportamiento que recibe una respuesta por parte del entorno, la cual es percibida por el individuo y refuerza o debilita la posibilidad de que su conducta vuelva a ocurrir.

Enlazando ahora los dos conceptos veo que posiblemente, cuando una persona pide en la calle y se le da dinero, se le refuerza positivamente la conducta por el comportamiento de quienes le dan dinero y su metaidentidad se consolida en que necesita de los otros para subsistir porque él o ella no cuenta con la validez necesaria para hacerlo como el resto de las personas. Ese mismo argumento es el que pude ver asimilado en las ayudas que se dan a las personas con dependencia; las ayudas económicas servían para calmar a la población con dichas necesidades, pero no para empoderarlas y para darles recursos reales para promover su autonomía y que en un futuro puedan actuar funcionalmente en la sociedad y sin necesidad de apoyo estatal ni profesional.

Aquí nace el sentido y objetivo del diseño del PCF-Auto. El diseñar una herramienta que sirva para que las familias puedan ser autónomas en su quehacer diario cuando las situaciones de dependencia alteran y cambian las situaciones de convivencia. Que las familias sepan adaptarse exitosamente a los cambios, ser autónomas, es la clave para la que el PCF-Auto se diseñó; clave que espero haber podido conseguir con su diseño e implementación y que espero poder seguir puliendo como investigadora en mi futuro profesional.

Comencé como valoradora de dependencia. Durante seis fantásticos meses, mis labores diarias eran, realizar tres informes sobre las valoraciones realizadas el día anterior, revisar los tres informes médicos de las personas a valorar en el día y, si era revisión de grado, las tres valoraciones realizadas por el anterior valorador, luego, coger el coche e irme a visitar a las tres familias del día. Poco tiempo después, nada más conocer la asignación del contrato predoctoral MINECO con GIFES, avisé a la Fundació de que me iría a la universidad.

Entonces, surgió la propuesta de cambiar mis funciones, para pasar a realizar el estudio diagnóstico de la población con dependencia.

Tras dejar la Fundación y pocos meses después de comenzar en la universidad, salieron publicados en el *Anuari d'Envel·liment*, los resultados de los estudios. A raíz de la identificación de necesidades sociales y familiares y de promoción de autonomía no cubiertas, entre los resultados, pensamos: *-Deberíamos ver si existe un programa de promoción familiar de la autonomía en mayores, basado en la evidencia y, de no haberlo o de no identificarlo, diseñar uno-*. Aquí, comenzó el desarrollo de lo que, a día de hoy, es el PCF-Auto.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera manifestar mi agradecimiento a todas las personas que, de un modo u otro, pusieron su granito de arena en alguno de los innumerables procesos y labores necesarios para realizar esta tesis doctoral. Espero no dejar de nombrar a nadie, de entre todas las personas que quisiera nombrar, dado que fueron muchas las personas contribuyentes, de diferente manera, en cada uno de los procesos. Lo que sé con certeza, es que, sin su apoyo, no habría sido posible.

A mis padres, por creer en mi y amarme incondicionalmente. Se merecen las palabras aquí escritas y todas aquellas que nunca sabré manifestar, que siento en el corazón. Han sufrido por mi y conmigo, desde que comencé en la Universidad, como estudiante de grado. Recuerdo las noches de estudio, cuando fueron más tempranamente a las 3:00am., y con normalidad a las 5:00am, en la mesa de la cocina de casa, tomando infusión con mi madre, alentándome al estudio cuando el pesimismo me invadía; recuerdo a mi padre, cuando, mirándole a los ojos, frustrada por el arrepentimiento de pensar que no había hecho todo lo que podía con el estudio, por pensar que podía fallarle a su fe en mi, le decía; “papá, no sé cómo me irá, paso pena porque es muy difícil”, a lo que su respuesta siempre fue: *-María de Lluc, vas a sacar un 10-*.

Estos años de tesis doctoral, me han cambiado a mi y han cambiado mi vida y ellos son quienes más de cerca lo han visto y sufrido. Me han visto cambiar, por el peso de la responsabilidad; comencé una tesis doctoral, por saber que no tenía límites, por pensar que alcanzaría, laboralmente, lo que quisiera. Lo cierto es que no los tuve, planifiqué cada espacio de mi tiempo para el trabajo, olvidándome a mi misma. Me veía como una máquina, con capacidad para siempre poner una marcha más.

Poco tiempo después de comenzar la tesis doctoral, comenzaron a surgir los síntomas de vivir sin mi, sin dejar ni un minuto a los míos, quienes eran la fuente fundamental de amor y apoyo. Hormonalmente, perdí mis periodos, psicológicamente, perdí mi capacidad para descansar. De todo este proceso, mi padre, Carlos y mi madre, Francisca, han sufrido por mi y conmigo. Me han acompañado, llorando por la desesperación de no poder parar. Trabajando, producía y sin trabajar, pensaba en cuándo podría seguir produciendo.

Lo cierto es que me he descubierto a mi misma. De pequeña viví siempre en un entorno familiar, acogedor y con personas que siempre me amaron y compartieron conmigo mis responsabilidades, y yo las suyas. Nunca me prohibieron ni impusieron, porque la responsabilidad de ser buena persona y de hacer las cosas bien, de ir por la línea recta, dependía, de uno mismo, los valores eran compartidos. Jamás tuve que mirar por mi, se daba por hecho que ellos miraban por mi y yo por ellos. Jamás tuve que imponerme, ni defenderme; ni se me habría ocurrido, tampoco habría sabido. Cualquier petición de alguien de mi entorno, era un “sí”, sabía que me necesitaban, que me querían en ese momento a su lado, de corazón.

A la hora de pedir dinero a mis padres para salir con mis amigas, siempre sentí la responsabilidad sobre ello, a la hora de trabajar, sentí la responsabilidad de que debía de hacerlo muy bien. Nuevamente, mis padres, preocupados por verme los viernes y sábados noche en casa estudiando y trabajando, me alentaban a salir, para que fuera como el resto de mis amigas y yo, felizmente, les decía que no, que solo faltaban esos trabajos para luego poder ser libre, que no se preocuparan. Ahora me doy cuenta de que nunca fue cierto y de que fue la clave para alcanzar todos mis logros; siempre pensé que era temporal, hasta que, mi salud me hizo ver, que había estado manipulándome por un periodo demasiado largo, para producir más.

He aprendido a ser asertiva o algo más asertiva que antes; destreza que jamás antes había requerido en mi entorno. Mi familia, mis amigas, mis parejas, siempre miraron por mi y yo por ellos. Jamás tuvimos que interponernos límites dado que sabíamos, se sabía que cada uno de

nosotros mirábamos por los límites del otro. Aquí fue donde fallé, motivo principal de escribir estas líneas, lamentándome por no haber sabido, dado que no estuvo entre mis necesidades relacionales de aprendizaje infanto-juveniles, a mirar por mí. Gracias, papá y mamá por haberme transmitido tanto amor, tanta alegría, tanto optimismo y por haberme hecho sentir tan acompañada, por arroparme siempre, más cuando tuve frío, incondicionalmente, sin esperar nada a cambio; siendo felices siempre que he transmitido serlo y estando ahí siempre que me falló el aliento.

Del mismo modo, mi tía Antonia, quien está allí siempre para dar amor. Aunque tenga mil problemas y preocupaciones siempre transmite optimismo, con su humor y con su cariño, es capaz de calmar y de hacerte relativizar -sin decirte nada sobre ello-, cualquier preocupación que tu tengas. Al verla, al leer sus mensajes, te das cuenta de que ninguna preocupación merece de la atención excesiva que suelo darle. La palabra genial, define la capacidad de mi tía Antonia. Solo pensar en ella me emociona. Siempre estará ahí para que nos tomemos esos fantásticos cafés, las mujeres de la casa. Mi tío Ralf, también me ha transmitido siempre ese mismo afecto y mi primo Adrián, también. Incondicionales, me han mostrado siempre su admiración y creencia en y por mí. Ellos, también son piezas fundamentales del puzzle de mi vida, de mi familia.

A mis hermanos. La seguridad y protección es la palabra que más define mi relación con ellos. En mi vida, me transmiten que nada hará encontrarme sola, ninguna situación. Siempre se han encargado de protegerme frente a las adversidades y frente a las conductas de ciertas personas en relación a mí. En mi día a día siento que, al andar, están mi hermano, José Luís y mi hermana Cati, acompañándome y velando por mi bienestar. Son optimismo, escucha, calma, amor, familia. También mis cuñados, quienes, para mí, son también hermanos. La complicidad en las relaciones entre ellos genera que los vea como todo en uno; por un lado, mi hermano y Corinne y, por otro lado, mi hermana y Tomeu.

La parte de mi de afición por los coches clásicos, de carreras, de rally, los momentos de diversión y de entretenimiento que he pasado a lo largo de estos años de tesis doctoral en relación a este hobby y que me han permitido despejarme de mi cotidianeidad laboral, proviene de mi hermano. Él sabe escuchar de un modo que transmite calma, aunque tenga mucho trabajo, lo para, para escucharte, aunque le suene el teléfono, lo deja sonar para escucharte.

Lo admiro porque nadie más, en mi vida, me ha sabido transmitir esa escucha e interés tan real. Es como si el tiempo se parara cuando estamos juntos. Para mí, también. A pesar de tener un millón de estresores, como doctoranda, en los momentos en los que he estado con él, no me ha importado incrementar en mis innumerables retrasos laborales. Me aporta tanto y me llena tanto estar con él, que para cuando comienzo luego de nuevo a trabajar soy capaz de realizar todo lo que habría hecho en el día mismo y en el día siguiente.

Mi parte más formal, en la universidad, proviene de mi hermana. Ella ha sido mi ejemplo a seguir a la hora de realizar una exposición, de leer, de trabajar sobre documentos, de reflexionar sobre ellos. Su manera de hablar, de pensar, de sentir y en general, su manera de ser, es fundamental para el mantenimiento de mi equilibrio. Me ha defendido y sé que me defendería del acto más difícil de defender. También lo haría mi hermano, defensor férreo de mí, de mi manera de ser, de pensar y de actuar. Que no sepa él que alguien o algo me hizo mal. Mis hermanos son mi gran tesoro de vida que llevo conmigo a todas partes. Mis cuñados, también. Corinne, cuenta con las mismas habilidades que mi hermano; sabe escuchar incondicionalmente y apoyar en lo que haga falta. Nunca cuestionará ni pondrá en duda lo que le cuente.

En mi familia, sentimos la responsabilidad de contar los actos que nos suceden lo más objetivamente posible, e incluso de contarlos “matizando” detalles que sean más duros, dado que la confianza en las relaciones es el valor que más predomina; hecho que hace, al menos en mi caso, sentirme muy responsable de no frustrarlos ni de romper ese hilo tan fino y fuerte que nos une. Mi cuñado Tomeu, también me ha defendido férreamente, también a mi hermana. Siempre que he tenido problemas he pensado en cómo actuaría Tomeu, para actuar bien. También Toni, socio de mi hermano que, posee todas las mismas características que mi hermano José Luís. Él ha sido el mejor amigo de mi hermano desde que eran pequeños, han sido compañeros de rally y ahora tienen la empresa *Ca's Ferrers* donde solo están ellos dos y sin querer a nada ni a nadie más. Ellos dos me enseñan cómo lo importante de la vida es ser feliz y no hacer, ni tener más. Las personas son lo importante y no la materia. Sé con certeza que Toni también me defendería y estaría por mi en cualquier circunstancia en que lo necesitara. Es otro hermano para mi.

Son realmente referentes todos ellos conductuales, cognitivos y relacionales que recomendaría a cualquier persona conocer y poner en sus vidas. Saben empoderarme cuando toco fondo. Estar con ellos es una fuente de energía, para mi, fundamental, sin la que no hubiera sido, para mi, posible abarcar todo lo abarcado en estos años. Mis sobrinos, Joan, Francina, Lluís y Cocotte, son como ellos. Creen en mi y yo en ellos incondicionalmente y pienso ser y hacer por ellos, todo lo que mis hermanos han hecho y hacen por mi.

Solo aquí, en esta tesis doctoral, quisiera manifestarles mis disculpas, por no haber estado en todos los lugares en los que querría haber estado. Para mi, la infancia y adolescencia es una etapa fundamental en la que te conforta y te hace crecer con seguridad, el tener siempre que realizas una demostración, que realizas un cambio en tu vida, que lo necesites, a las personas más allegadas cerca de ti. Y ese ha sido un tiempo importante que, en vez de destinar a las personas más importantes de mi vida, lo destiné a este proyecto de vida.

Aunque los resultados del trabajo me satisfagan, nunca, jamás, conseguirán llenar ese vacío que dejé en todos los momentos en los que no estuve con ellos. El reconocimiento y avances laborales son, sin el feedback y relación necesaria con el entorno máspreciado, como diría mi madre “comida para hoy y hambre para mañana”, así que, de comenzar de nuevo, lo haría claramente diferente, por esa asertividad aprendida tarde, en los años de mis estudios universitarios y sobretodo, de tesis doctoral. Espero piensen y sepan que siempre estuve, estoy y estaré allí con ellos, para luchar con lo que haga falta.

A mi pareja, Joan Albert, por su estima incondicional y por su plena confianza en mi. Es cierto que cada uno es responsable de su propio bienestar, del cuidado de su autoestima. No obstante, la meta-identidad, y como resultado la identidad individual construida a partir de cómo me ven los otros, en mi caso, ha sido cien por cien cuidada por esta persona. Joan tiene una enorme capacidad para transmitirme que piensa que, realmente, soy capaz de todo, para transmitirme que, realmente, voy a brillar, para reconocer y connotar positivamente todas mis conductas y acciones profesionales; cuando siento haber caído, fallado, cuando siento que me he equivocado, Joan sabe transmitirme que realmente es de otro modo diferente, sabe perfectamente ayudarme a externalizar los problemas, de manera que salgo yo siempre fuerte y ganadora de las riquezas que la vida nos da en los malos momentos. Jamás ha dudado de mi.

Joan ha estado en todo momento, todo éxito, toda acción presente en esta tesis doctoral, trae detrás el apoyo incondicional de Joan. Joan me ayudó a prepararme como presentadora de la Gala de Lucha contra el VIH, recuerdo la noche anterior estudiando sentados en la cama. Como de costumbre, yo no quería estudiar, por el cansancio que llevaba a cuestas por los sobreesfuerzos que realizaba, en su momento, al tener que trabajar, realizar la tesis doctoral, estudiar el posgrado en intervención familiar sistémica, estudiar para la asignatura de

psicometría, el curso de EUPC, llevar las agencias de evaluación y las labores del equipo de investigación; desde revisiones, hasta implementaciones del Programa de Competencia Familiar. Pero siempre estaba Joan para animarme con sus palabras de *-venga va, contem què tens pensat dir demà a sa gala...-* y así, en cada congreso, en cada presentación.

Joan ha sido durante años, mi pareja, mi familia y mi mejor amigo, dado que hasta hace poco vivíamos los dos alejados de nuestra familia y amistades de origen. Se ha levantado infinitas veces para acompañarme y venir a buscarme al aeropuerto cuando tenía que ir a las reuniones de acreditación, ha sufrido conmigo infinidad de llantos acompañados de las palabras *-ésque no puc més de feina, aquesta vegada no ho trauré...-* y él siempre ha tenido sus salidas de humor para hacerme reír.

En esta tesis, aunque no aparezca su firma, también ha habido la intervención de Joan. En los manuales, me ayudó a terminarlos, dado que las fechas se me venían encima. Todos mis capítulos y artículos de revista han sido leídos por él. Y no solo leídos, sino revisados en profundidad, para asegurarnos de que no quedara error alguno. Sin su ayuda y apoyo todo esto no habría sido posible.

A los padres de mi pareja, Aina y Joan, por haberme transmitido su estima, siempre. No ha sido fácil para mí, estar en la universidad y demostrar a las personas de mi entorno la importancia real que ejercen en mi vida. Espero que algún día sepan el valor que tienen y han tenido para mí. He aprendido con ellos... desde valores como la escucha, la tranquilidad y atenciones de Aina o del humor y el valor de la versatilidad vital de Joan; tanto estará bailando fandangos sobre una barra o con los mejores corredores de Rallys de Mallorca, como estudiando italiano en la universidad o escuchando -solo él tiene esa capacidad- a “Puput” y sus conocimientos sobre la cal, durante horas.

Para mí son familia, pero también amigos. Me han hecho olvidar los problemas de la universidad con mis cenas favoritas y las partidas de cartas en el brasero de “*Sa Marina*”, las cenas en Algaida, a media semana, que anhelaba para verlos nuevamente y olvidar de nuevo, las preocupaciones universitarias, los viajes a Caldes de Monbuí, los gin-tonics en el bar de enfrente de “*Broquetes*”, el viaje a Menorca... me han hecho sentir ser su familia. Gracias a ellos, he tenido la oportunidad de conocer y vivir en la misma Sierra de Tramuntana, en Esporles y de vivir en un maravilloso campo en Manacor. Siento estima y un profundo agradecimiento.

A mis amigas de la universidad, en especial, a cuatro de ellas que enumeraré dando a cada una de ellas la misma relevancia y sin que el orden tenga que ver con cuestión alguna de priorización. A Raquel Fuentes, porque no hace falta decirnos qué es necesario hacer por la otra y cuáles son los límites del respeto y la estima. Te considero muchísimo; brillas por donde pasas. Su humor me ha ayudado a relativizar muchos momentos difíciles de esta tesis doctoral.

A Laura Delgado, por su ternura, por esa alegría que siempre transmite, en lo bueno y en lo malo, por el amor que sabe dar, por las llamadas inesperadas que justo siempre vienen en esos momentos en que lo necesitas, sin ella siquiera saberlo. A María Forteza-Rey, por su valentía y coraje, porque es capaz de querer y de hacer felices a quienes le rodean con su alegría y su energía. Para mí, un modelo a seguir en la lucha férrea por conseguir la felicidad y por tener a su lado a quienes más la quieren y la adoran. Compartimos la equitación, hobby que realmente nos consigue evadir de cualquier preocupación, por importancia que tenga.

A Marga Ferrando, por su sensibilidad, son esos ojos profundos que con solo mirar te hacen sentir acompañada, por su complicidad, porque siempre se preocupa por saber de ti y sobre ti y por ayudarte a tener una visión optimista de tus problemas, siempre tras su reconocimiento,

escucha y consideración. Ellas, son mis compañeras de Sant Antoni, de cenas, comidas, de las fiestas de moros y cristianos en Pollensa.

A Laura Garau, mi gema, y a Irene Montoro, mi bolo; ambas llevan consigo una parte de mi y yo de ellas. Porque con ellas da igual el tiempo que pase sin saber de nosotras que sabemos con certeza que siempre estamos ahí, porque puede pasar un año, que al vernos será como si nos hubiésemos visto el mismo día anterior. Porque cuando nos juntamos es felicidad y plenitud; el reloj se para.

Como dijo Gema, nuestra amistad es como los cactus; necesita poco riego y ahuyenta las malas vibras. Siempre me he sentido y me siento comprendida por ellas, aunque tenga el comportamiento más incomprensible jamás visto por mi con anterioridad. Aunque sienta equivocarme o no hacer las cosas bien, su conclusión sobre mi, siempre será positiva y que quienes se equivocan son las personas de mi entorno en relación a mi. Tantos años de caldear nuestra amistad, tan buena materia prima utilizamos, que nuestra amistad caliente, a día de hoy, solamente con pensar en ella.

A toda mi familia Nevot, que no somos pocos, por haberme seguido muy de cerca, y por haberme hecho llegar todo su cariño y apoyo, aún encontrándonos a muchos kilómetros de distancia. A mi tío Juan José, mi principal seguidor en todos mis estudios de grado, máster y doctorado. Su apoyo incondicional y su innumerable transmisión de conocimientos, también ha sido una parte importante de esta tesis doctoral. A mi prima Andrea, en especial, y a mis amigos de Logroño, porque me han brindado mis mejores vacaciones y momentos de despeje, necesarios para cargar las pilas que tanto rendimiento han dado en estos años de trabajo, estudio e investigación.

A Sandra Benavides y a David Díaz, nuestros amigos, nuestros compañeros de cenas en los mejores restaurantes de *Tripadvisor*, aunque no se pueda comer mejor que en su casa, nuestros compañeros del viaje a Menorca, cantando en nuestro Fiat 500 de alquiler, de excursiones por la *Serra de Tramuntana*, compañeros de compras, las mejores, las últimas en *Festival Park* en un sábado de enero de 2021, tras la reciente declaración de cierre de grandes superficies en fin de semana, compañeros de *Dixit*, de paseos y de infinidad de actividades de recreo y disfrute que he pasado junto a ellos. Ellos me han transmitido su estima en cada fase de elaboración de esta tesis doctoral y han sabido muy bien cómo hacerme reír y disfrutar del tiempo libre. Gracias, amigos.

A Ana Rus de la Iglesia y Julià Coll Ramis, mis compañeros de investigación. Ellos hicieron posible el primer estudio diagnóstico sobre la población con dependencia, junto a Pere Joan Marc Vilanova. No solo lo hicieron posible, sino que consiguieron que, en vez de ir a trabajar, fuera un sueño para mi que llegaran los lunes para investigar, buscar estudios en las bases de datos, preparar los cuestionarios, hacer las llamadas de citación, visitar los hogares y terminar las semanas de arduo trabajo con una buena paella en el Port de Pollensa o en el Paseo Marítimo de Palma. A Cati y Pedro, nuestros vecinos de *na Dameta*, de Manacor, por todas las cenas y días de trabajos de campo que tanto me han servido para continuar luchando con ilusión entre semana, en los días de universidad, durante estos últimos meses de tesis doctoral.

A mis directores de tesis; a la Dra. Carmen Orte, porque he aprendido de ella el significado de trabajar en la universidad y concretamente, en GIFES, nuestro grupo de investigación, investigando, impartiendo docencia, aplicando los PCF en sus diferentes versiones, trabajando para proyectos competitivos, realizando formaciones para las labores de investigación, docencia y formación predoctoral, realizando labores de difusión, compaginado con la elaboración de esta tesis doctoral. Gracias a su aceptación de mi figura dentro del grupo de

investigación he podido ver lo que es trabajar en un equipo competitivo, la importancia del rigor en el trabajo. He adquirido destrezas que jamás pensé poder desarrollar. Ella sabe, como nadie más, cómo maximizar mis capacidades, aún cuando pienso no poder dar más de mí. Por todo ello, gracias, Carmen.

Al Doctor Lluís Ballester, por todo lo que ha creído en mí durante estos años. Por todo lo que he aprendido de él y con él; un maestro, para mí. Me siento muy afortunada de haber podido tener a esta gran persona a mi lado durante mis años de formación en la universidad. También siento admiración por su manera de ser y de trabajar; honesta, positiva y social. Gracias, Lluís por la gran aportación que has supuesto para mi desarrollo personal, dentro y fuera de la universidad.

Al Dr. Joan Amer, mi segundo director, tras la jubilación del Dr. Ballester. Agradecer, a Joan, las revisiones realizadas minuciosamente sobre mi tesis doctoral. Me ha acompañado en todo momento para que este trabajo quede lo mejor posible. Desde el primer momento en que comenzó como director, ha sabido darme los mejores consejos para mi formación. Gracias, Joan, por todo tu apoyo y por las valiosas aportaciones realizadas en esta última etapa de tesis doctoral.

He de decir que, a diferencia de los discursos oídos entre compañeros de formación predoctoral acerca de la perifericidad de sus directores, en mi caso, ha sido, totalmente, al contrario. Desde mi perspectiva, siendo, dentro de la UIB, de las personas más trabajadoras y productivas que he conocido, ni la Dra. Orte, ni el Dr. Ballester, ni el Dr. Amer, me han dejado sola en ningún momento. No ha habido ni sábados, ni domingos, ni festivos, ni limitaciones horarias dentro del día, que no supusieran una respuesta inmediata frente a las necesidades que iban surgiendo relacionadas con esta tesis doctoral.

Han participado en todo escrito realizado, han supervisado toda actividad desarrollada y se han querido asegurar siempre de que el camino por el que pasara fuera el más recto y directo a la meta. Sobre todo, valoro que me han aceptado tal y como soy, y puedo decir que me conocen bien. Han sabido transmitir respeto y afecto hacia mis mejores y peores destrezas y rasgos, incluidas aquellas que más me pueda avergonzar mostrarles, y más a ellos, si cabe, por el respeto y admiración que siempre he sentido. Han sabido transmitirme estima y aceptación, también incondicional. Han estado conmigo andando y luchando en todo mi proceso formativo, y eso es algo que les agradeceré toda la vida. También mi equipo de investigación, GIFES, y colaboradoras; Belén, Pep Lluís, Marga, María Antonia, María, Lydia, Albert, Noemí, Emma y Roxana, por sus aportaciones, en estos años de tesis, a mis aprendizajes, crecimiento y desarrollo. Especialmente, a Albert Cabellos, por haberme ayudado en la maquetación de los manuales, guías y carteles del PCF-Auto.

A los profesionales de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears -Direcció General de Dependència- que se formaron e implementaron el PCF-Auto; Gregorio Molina Paniagua, Miriam Ramirez Leon, Rosa Perelló Ferrer, Margarita María Ribot Moll, Magdalena Rosa Llabrés Gelabert, Catalina Gelabert Gelabert, Maria Horrach Capo, Francisca Cloquell Donado, María del Carmen Fiol Ibáñez, Margarita Eugenia Ginard Moll, Juan Cruz Carrasco Villaverde, María Isabel Moya Fernandez, Sonia Moreno Jiménez, Elsa Herranz Sanz, María Antonia Serra, Lorena Pardo y Alejandro Segura Castello. Especialmente, a la Dra. Orte por darme un lugar en el grupo de investigación, al Dr. Ballester, quien planteó la idea de crear el PCF-Auto, a Gregorio Molina, quien apoyó su desarrollo y a Antonia Cifre, por iniciarme en el mundo de la dependencia. Ellos son los principales precursores de la realización de esta tesis doctoral.

A las trabajadoras del restaurante-bar de Mateu Orfila; las meriendas del PCF-Auto fueron consideradas por las familias “lo mejor del programa”. Gracias por la paciencia de tener preparadas las meriendas en horas dispares durante los cinco días de la semana por las siete semanas seguidas de duración que tuvo el PCF-Auto, y por adaptarse a diario al volumen de participantes confirmados para el día siguiente de aplicación y a cada uno de los horarios, cambiantes también a diario, en función del lugar de aplicación y de la organización del día, necesarios para llevar las meriendas de la universidad a los centros de aplicación.

También siento agradecimiento al personal de administración y servicios de la universidad; lo mejor de la universidad. Siempre esa disposición, ese apoyo, esa capacidad resolutoria, su recepción, su capacidad de ayuda. La verdad es que han sido muchos mis momentos de apuro logístico o administrativo que han sido rápidamente resueltos por ellos y por ellas; Cati Miralles, Gustavo, Antonia y Vanesa, especialmente y el resto de personal de conserjería del Edificio de posgrado, el personal de conserjería de Cifre, el personal de *serveis administratius*, en especial, Laura Morro, el personal de FUEIB, en especial, Lluís Tudela, entre otras de las muchas personas trabajadoras de la UIB, con quienes he tenido intercambios laborales en estos años de tesis doctoral, y a quienes quisiera hacer llegar mi agradecimiento.

A mi abuela Antonia, la seguidora principal de mis estudios, hasta su fallecimiento hará, este julio, dos años. Ella, ha sido la principal inspiración de esta tesis doctoral. Ella, me escuchó estudiar en voz alta durante los cuatro años de carrera en la cocina de la casa de mis padres, en Manacor. Me adoró siempre que me vio, así como yo a ella, con esos ojos que se iluminaban al verme, dándome luz y haciéndome sentir que realmente era especial.

Padrina, sé que malgrat no m'hagis arribat a veure casar, estàs i estaràs amb jo el dia de la defensa d'aquesta tesi doctoral. Em pintaré les ungles i els morros i em posaré falda i tacons com ho hauries fet tu, per a que estiguis orgullosa de mi. Sé que estàs i estaràs vora meu, guaitant-me i vetllant per mi, des del cel. Sempre amb tu, dins meu. T'estim, padrineta.

ÍNDICE

PREFACIO	4
AGRADECIMIENTOS	7
RESUMEN	18
RESUM	23
ABSTRACT	28
GLOSARIO DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS Y SIGLAS	32
INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA CUESTIÓN	34
Metodología y Procedimientos	38
Método revisión sistemática y meta-síntesis sobre técnicas de implicación familiar	39
Método del estudio observacional descriptivo	39
Instrumentos del estudio observacional descriptivo	40
Método revisión de medidas de promoción de autonomía	41
Método para el análisis de resultados de cambio pre-post PCF-Auto	43
Instrumentos para el análisis de resultados de cambio pre-post del PCF-Auto	44
Procedimiento de análisis	45
Objetivos	46
Objetivos generales	46
Objetivos específicos	46
Hipótesis	47
Presentación de contenidos del cuerpo de la tesis doctoral	47
CAPÍTULO 1: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL PCF-AUTO	50
Orígenes de los estudios sobre envejecimiento	51
Los primeros estudios del envejecimiento	51
Ciencias de estudio del envejecimiento: La gerontología y la geriatría	52
Modelos teóricos del envejecimiento	53
Teoría del desarrollo de Erikson	54
Teoría del ciclo vital de Neugarten	54
Teoría de la actividad de Havighurst y Albrecht	55
Teoría de la continuidad de Neugarten y Atchley	55
Teoría de la desvinculación de Cumming y Henry	55
Modelo de Optimización Selectiva por Compensación (SOC) de Baltes y Baltes	56

Teoría de la selectividad socioemocional de Carstensen	56
Teoría de la optimización del control primario y secundario de Heckhausen y Schulz	57
Teoría de la proactividad correctiva y preventiva de Kahana y Kahana	57
Teoría del modelo multidimensional multinivel de Fernández Ballesteros	57
Modelo de los efectos del afecto positivo en la salud de Pressman y Cohen	58
Encaje teórico del PCF-Auto en las teorías del envejecimiento	58
Envejecimiento activo para la promoción de la autonomía	60
El empoderamiento de las personas mayores como facilitador del envejecimiento activo	66
La familia como principal fuente de apoyo social al envejecer	68
Factores de protección y factores de riesgo para la autonomía del adulto mayor	69
Epidemiología del envejecimiento: envejecimiento, dependencia, enfermedad y soledad	69
Envejecimiento y dependencia	70
Proyecciones	70
Esperanza de vida y estructura por edades	72
Sexo y convivencia	72
Cronicidad	73
Dependencia	76
Envejecimiento y dependencia en el contexto Balear	77
Incidencia de los determinantes sociales sobre la autonomía y la salud	80
Necesidad de promoción de autonomía en el ámbito familiar	81
Revisión de intervenciones orientadas la promoción de autonomía	82
Síntesis de las contribuciones que sustentan el diseño del PCF-U-Auto	85
Selección y adaptación del PCF 11-14 al PCF-Auto	86
CAPÍTULO 2: DISEÑO DEL PCF-AUTO	90
Objetivos del PCF-Auto	91
Diseño del Programa de Competencia Familiar Universal-Auto	97
Estructura; adaptación de contenidos para la promoción de la autonomía	114
Síntesis temática de contenidos	114
Mejorar las relaciones familiares	115
Mejorar la comunicación familiar	116
Mejorar los vínculos familiares y la cohesión de la familia	117
Aumentar la organización y planificación familiar	117
Disminuir los conflictos en la familia	118
Aumentar el tiempo positivo que pasan juntos cuidadores y adultos mayores	119

Incrementar la empatía de los cuidadores en relación a sus familiares con dependencia	120
Mejorar la capacidad de aprovechar la red social de la familia.....	121
Incrementar las competencias de fomento de autonomía.....	122
Aumentar el conocimiento sobre las competencias del cuidador y la autonomía	124
Aumentar los cuidados eficaces y los cuidados basados en la autoestima	125
Aumentar la atención positiva y el reconocimiento positivo de los adultos mayores	126
Reducir las consecuencias negativas vinculadas a la conducta no deseada	127
Aumentar la supervisión familiar y social para garantizar el bienestar del cuidador.....	128
Mejorar las habilidades vitales de adultos mayores	129
Aumentar la conducta basada en habilidades sociales efectivas	129
Potenciar el vínculo familiar facilitador del funcionamiento autónomo	130
Reducir la agresión explícita, la agresión manifiesta y la agresión encubierta	131
Mejorar las relaciones interpersonales, reduciendo los factores limitadores	131
Mejorar las habilidades sociales de adultos mayores: habilidades de comunicación.....	133
Incrementar las habilidades asertivas y el autocontrol	134
Aumentar el reconocimiento de las emociones y sentimientos.....	135
Mejorar las habilidades de afrontamiento positivo	136
Reducir o prevenir la pérdida de las funciones vinculadas a la toma de decisiones.....	137
Disminuir la sobreprotección familiar.....	138
Aumentar los campos de toma de decisiones propias del adulto mayor	138
Diseño de la estructura del PCF-Auto	139
Aplicación del PCF-U-Auto	140
CAPÍTULO 3: IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PCF-AUTO.....	143
Implementación y evaluación del PCF-Auto.....	144
Muestra	145
Instrumentos y Evaluación del PCF-Auto Piloto	145
Análisis estadístico	147
Presentación y evaluación de resultados.....	147
CAPÍTULO 4: COMPENDIO DE PUBLICACIONES	155
1ª. La implicación parental en los programas de competencia familiar	157
2ª. Strategies for family engagement in evidence based programmes.....	172
3ª. Análisis de conglomerados en la definición de perfiles de mayores con dependencia	190
4ª. La promoción familiar y social de la autonomía en adultos mayores	201
5ª. Innovación educativa y social en promoción familiar de la autonomía personal.....	222

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	234
Discusión y conclusiones.....	235
Relación con los objetivos de la tesis doctoral.....	239
Limitaciones	243
Implicaciones prácticas y políticas.....	244
Líneas de futuro.....	248
Cierre.....	248
REFERENCIAS	249
ANEXOS	273
ANEXO 1	273
ANEXO 2	296
ANEXO 3	280
ANEXO 4.....	285

RESUMEN

Validación del Programa de Competencia Familiar Universal Auto (PCF-U-Auto): implicación familiar para la promoción de la autonomía individual de adultos mayores

La promoción de la autonomía personal, se establece como elemento clave para garantizar el envejecimiento activo. La familia es a menudo el sistema social encargado de atender a los adultos mayores cuando estos no pueden valerse por sí mismos; proporciona vínculos afectivos, relacionales y emocionales necesarios para garantizar el bienestar del adulto mayor.

Para garantizar la calidad de vida en el adulto mayor, se deberán considerar tanto las atenciones a su salud, como las atenciones que faciliten el mantenimiento de la estabilidad familiar. Es por ello, por lo que este sistema, requerirá de habilidades relacionales y sociales que les permitan afrontar con éxito los cambios del envejecimiento; cambios que impactarán sobre la convivencia, las relaciones entre sus miembros y sobre cada uno de los miembros en sí.

Para apoyar a las personas y familias a que mantengan un papel activo en la promoción de la autonomía y de la salud de sus miembros, se enfatizará en el empoderamiento, proceso por el cual se alienta a desarrollar las habilidades de cuidado individual, familiar y social. En este sentido, los estilos de afrontamiento adaptativo, han demostrado ser el motor de mejora de la adaptabilidad a los cambios del envejecimiento, posibilitar la adecuada gestión de conflictos y potenciar la resiliencia familiar.

Los programas de competencias familiares basados en la evidencia han demostrado ser una estrategia eficaz y efectiva para desarrollar las habilidades de relación familiar promotoras de la resiliencia. No obstante, entre los principales puntos débiles para la eficacia de la implementación de este tipo de programas, se identifican las dificultades para mantener la implicación familiar a lo largo del proceso; se refiere tanto a las dificultades para la captación y retención familiar al inicio del proceso, para el mantenimiento del compromiso familiar a lo largo de las sesiones y de las dificultades para salvar las barreras para la participación.

Esta tesis doctoral nace en el marco del Proyecto de Investigación “Validación del Programa de Competencia Familiar Universal 10-14 en España (EDU2016-79235-R - I+D relativa a las Ciencias Sociales financiada con FGU)”. La presente tesis doctoral se dirigió, inicialmente a evaluar cuáles son las técnicas que dan mejores resultados de adherencia al programa, en respuesta al objetivo 4 del Proyecto de Investigación que se operativiza en “Evaluar la adherencia de las familias participantes, a lo largo de las sesiones que componen el programa”.

Dado que la evidencia indica que el trabajo sobre las habilidades de comunicación, habilidades sociales, las estrategias de afrontamiento familiar, las competencias en cuidadores y adultos mayores relacionadas con los cuidados eficaces, la autoestima u autoeficacia, entre otras destrezas sobre las que trabaja el Programa de Competencia Familiar, promueven la autonomía y ayudan a prevenir las situaciones de dependencia, se decidió realizar una adaptación de sus contenidos, pues el Programa de Competencia Familiar, se orienta a la intervención socioeducativa con y entre progenitores y menores de edad. Hasta el momento no se había definido una intervención socioeducativa que permitiera el trabajo preventivo de potenciales dinámicas familiares disfuncionales vinculadas a la aparición de situaciones de dependencia y cronicidad.

Las versiones anteriores del Programa de Competencia Familiar han demostrado su eficacia a largo plazo en los principales factores que componen la dinámica familiar positiva

(resiliencia, comunicación, organización y cohesión familiar, disciplina positiva y otros factores) (Orte *et al.*, 2015) y dadas las variables sobre las que trabaja, las características - práctica basada en la evidencia- y las evidencias siguientes:

1. La relación entre la carencia de apoyo social y familiar, de relaciones sociales, problemas de comunicación y la influencia del entorno sobre los procesos de pérdida de autonomía y aceleración del adelanto hacia formas de dependencia severa.
2. La carencia de garantía del derecho recogido al artículo 1 de la Ley 39/2006, de disponer de recursos de promoción de autonomía y la carencia de atención a las recomendaciones nacionales e internacionales en cuanto al envejecimiento activo.

Se procedió a adaptar el Programa de Competencia Familiar dados sus resultados probados en la mejora de las estrategias de afrontamiento familiar, la mejora de las dinámicas familiares y de los factores de protección tanto familiar como individual en cada uno de sus miembros.

El Programa de Competencia Familiar Universal-Auto se diseñó en torno a las mismas herramientas y estructura que el Programa de Competencia Universal. Se tomó como referencia el mismo objetivo genérico - trabajar sobre las pautas de comunicación y de relación familiar-, aunque con un objetivo final diferente: lograr promover las dinámicas familiares que permitan un funcionamiento óptimo de cada uno de sus miembros, en su caso, para promover el envejecimiento activo.

Mediante un conjunto de intervenciones socioeducativas aplicadas en el ámbito familiar, se promueve la permanencia de la persona en situación de dependencia en su entorno familiar bajo condiciones de bienestar y calidad de vida. Además, se refuerzan las medidas de prevención primaria y secundaria de las situaciones de dependencia al dirigirse a familias con adultos mayores sin dependencia o con síntomas incipientes de la misma.

Se diseñó el programa y sus materiales, se formó a un conjunto de trabajadoras sociales del Plan Individual de Atención (PIA) de la *Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de la Direcció General de Dependència del Govern Balear*, para su implementación y se aplicó, en 2019 sobre una muestra de 75 familias de diferentes espacios territoriales de Palma de Mallorca. Se inició un segundo pilotaje en 2020, nuevamente sobre una muestra de 75 familias, que tuvo que verse interrumpido a raíz de la declaración del estado de alarma por la COVID-19, el 14 de marzo de 2020.

El estudio contó con un diseño cuasi-experimental con evaluaciones pre-post de los participantes en el programa. Los instrumentos de medición de los efectos del programa sobre las familias objeto de estudio e intervención, se realizó mediante cuestionarios validados para su aplicación sobre dicha población. Se adaptaron a las características de la población objeto de investigación y, previo al inicio del programa se informó a los participantes sobre sus derechos y se les facilitó una hoja de consentimiento informado.

Específicamente los instrumentos fueron: el *Cuestionario de Pfeiffer*, para identificar los síntomas de demencia no diagnosticados en cribaje inicial, la *Escala de Recursos Sociales (OARS)*, para evaluar los niveles de apoyo social, el *Cuestionario de Función Familiar (APGAR)* para evaluar la dinámica y funcionamiento familiar, el *Cuestionario de Calidad de Vida en la Vejez en los Diferentes Contextos*, para evaluar los niveles de calidad de vida de las personas mayores participantes, la *Escala de Depresión Geriátrica – Test de Yesavage*, para evaluar los niveles de depresión en adultos mayores, los *Cuestionarios de satisfacción de participantes*, para evaluar el nivel de satisfacción de las familias con los contenidos, formadores y resultados del programa y el *Cuestionario de evaluación y seguimiento* para que

las formadoras pudieran evaluar la idoneidad de los contenidos del programa para su implementación y evolución de los participantes en cada una de las sesiones.

Se rediseñaron los instrumentos de evaluación, preparando un único cuestionario con las principales informaciones y escalas de evaluación de resultados, adaptando las informaciones a sus destinatarios y con las medidas de evaluación pertinentes para cada colectivo de evaluación, formando un cuestionario para familiares, uno para adultos mayores, un cuestionario de evaluación de progreso de los participantes, un cuestionario de evaluación de las sesiones de las familias, un cuestionario para evaluar las sesiones de cuidadoras, otro para la evaluación de las sesiones de adultos mayores y un cuestionario de satisfacción.

El análisis de los datos cuantitativos se centró en los resultados de los factores y escalas considerados para cada uno de los instrumentos, de acuerdo con las hipótesis de la investigación. El análisis se realizó con SPSS 25. Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las escalas consideradas, de acuerdo con los protocolos establecidos por instrumento, estableciendo los resultados grupales y diferenciando los resultados por variable. Se realizó un análisis de diferencias de medias (t-test) y pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney), comprobando diferencias (pre-post, entre grupo cuasi-experimental y control y la variable sexo mediante comprobaciones basadas en el análisis de varianza: MANOVA), reproduciendo la secuencia de análisis para cada una de las etapas de toma de datos.

Por otro lado, se analizaron los resultados de las estrategias de captación, identificadas en las revisiones sistemáticas y aplicadas en el primer pilotaje de PCF-Auto, el análisis de la adherencia, mediante el control de la asistencia y la participación, analizando el seguimiento de las indicaciones y recursos conductuales introducidos por el programa, mediante el seguimiento de las recomendaciones por parte de los participantes a corto y medio plazo, se analizó la fidelidad de las formadoras en la aplicación del programa, y se analizó la valoración del programa y la satisfacción participante. Se contrastaron las hipótesis iniciales por medio del estudio de las variables dependientes, según el resto de variables consideradas, realizando un estudio individual y relacional de las variables explicativas.

Los resultados muestran la consecución adecuada de la validación del contenido del programa, aunque se requieren ciertas modificaciones identificadas en las evaluaciones.

La evaluación de la eficacia del programa en la evitación o retraso de riesgos muestra ser positiva en las diferentes áreas de relación evaluadas, aunque estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en algunas de ellas. En relación a la eficacia del programa en el desarrollo de competencias familiares y de relación social, se identifica también una mejora estadísticamente significativa en las escalas APGAR y OARS relativas a la relación y apoyo social.

Se observan mejoras en los resultados de la escala de cohesión familiar, aunque se requiere la ampliación de los tiempos en los que se imparten los contenidos de la sesión 3 para mejorar la asimilación de los contenidos relativos a la cohesión familiar. También se identifica una mejora de los recursos de afrontamiento familiar, fundamentales para mejorar la autonomía de sus miembros. Estos resultados son evaluados por la escala de resiliencia, la cual muestra cambios estadísticamente significativos ($p < 0.05$).

Los resultados de la adherencia no fueron positivos dado que se perdió aproximadamente el 50% de la muestra tras la primera sesión. Es probable que como se indican entre los cambios recomendados por los formadores, se requiera que las Trabajadoras Sociales citen a domicilio a los potenciales participantes para facilitar los cuestionarios previamente a dar inicio al programa. En la primera sesión los participantes mostraron síntomas de cansancio al tener que rellenar los cuestionarios de evaluación pre, requiriendo aproximadamente 1 hora para realizarlos. Muchos de ellos mostraban carencia de destrezas de lectura y escritura y requerían

que los formadores dedicaran un tiempo exclusivo para cada uno de los participantes, lo que supuso problemas luego para poder dar exitosamente los contenidos necesarios a impartir en la sesión 0.

Otro problema identificado en cuanto a la citación telefónica fue el hecho de cometer errores en la captación. En la sesión 0 se identificaron perfiles de personas que no cumplían con las características inicialmente previstas y necesarias para el adecuado aprovechamiento de los contenidos del programa (personas que habían desarrollado síntomas suficientemente importantes de demencia como para suponer una limitación en la adquisición de contenidos, personas con problemas de hipoacusia que requerían de un formador constantemente a su lado para captar las pautas del formador y que mostraban dificultades para interactuar con el resto de participantes...). Luego y como era de esperar, hubo un cierto volumen de bajas que se vincularon al empeoramiento de los síntomas de salud y/o a hospitalizaciones.

La implicación y participación mostró ser positiva en los resultados de evaluación por participante. De facto, tras la sesión 0 se mantuvieron la casi totalidad de las familias participantes hasta el final de la aplicación del programa. La mayor parte de participantes pidieron una segunda versión de PCF-U-Auto por los resultados que identificaron en sus hogares y familias. Los centros residenciales pidieron adaptar el programa a las necesidades de las residencias para poder disponer del programa en un futuro.

La evaluación de la adherencia, mostró la necesidad de implementar estrategias para incentivar la realización de las prácticas para casa, dado que constituyen una parte importante de la asimilación de contenidos del programa. Los resultados de satisfacción mostraron ser muy positivos.

En esta tesis doctoral, se definieron las técnicas de implicación familiar aplicadas en intervenciones familiares de prevención de riesgos. Los resultados de las revisiones sistemáticas indicaron la necesidad de considerar técnicas de implicación relativas a las familias, al formador, al programa y a la organización, para garantizar la eficacia de los resultados de los programas familiares, en relación a la participación y mantenimiento de las familias a lo largo de las sesiones de los programas. Estos resultados se demuestran en las dos primeras revisiones sistemáticas publicadas en Octaedro y en *Social Work and Social Sciences Review*.

Por otro lado, se adaptó el Programa de Competencia Familiar, en su versión universal, a las necesidades de las familias con adultos mayores, con el objetivo de promover su autonomía, envejecimiento activo y calidad de vida. Para la adaptación, se realizó, previamente, un estudio observacional descriptivo, dirigido a definir las variables sociodemográficas, de salud, de apoyo social, de dependencia y las relativas a la interacción entre cuidador-adulto mayor.

Se aplicó el análisis de conglomerados para definir los perfiles de la población dependiente y adaptar el diseño del programa conforme a las necesidades definidas en el estudio. Paralelamente, se realizó un vaciado de planes, programas, protocolos, guías y documentos oficiales de las diferentes autonomías españolas y de los principales entes internacionales en materia de envejecimiento y dependencia, para identificar (1) las variables familiares que promueven la autonomía (2) medidas de promoción de autonomía implementadas. Una vez, definido (1) el perfil de adultos mayores con dependencia, (2) las variables familiares que inciden sobre la autonomía de los adultos mayores y (3) las medidas de promoción de autonomía implementadas, se diseñó el Programa de Competencia Familiar-Auto y se procedió a realizar un primer pilotaje.

En cuanto al procedimiento seguido para el pilotaje, un total de 16 trabajadoras sociales de la *Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència y de Promoció de l'Autonomia Personal de les*

Illes Balears - Direcció General de Dependència fueron formadas (10h.) por profesorado de la Universidad en los contenidos –fundamentación teórica y práctica- del PCF-U-Auto. Durante dos semanas, se seleccionaron un conjunto de personas beneficiarias de la *Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar* (PECEF) del Gobierno Balear, por parte de las Trabajadoras Sociales de referencia habilitadas para aplicar el PCF-U-Auto; el principal requisito de cribado fue que hubieran recibido la valoración de Grado I dentro de los 6 meses inmediatamente anteriores a la selección.

El objetivo era evitar incluir en la muestra a personas cuyas valoraciones requirieran de actualización al haber contraído más síntomas de dependencia. La muestra por el pilotaje se constituyó de 5 grupos de ± 15 familias por grupo: un grupo en Manacor, uno en Inca y tres en Palma –Santa Catalina/Son Espanyolet, Ciutat Antiga y Son Cladera- conformando una muestra inicial de 75 familias. Del análisis de un primer pilotaje, se identificó como determinados factores sociales y familiares incluyen, de manera significativa, ($p \leq 0.05$) sobre las situaciones de dependencia, permitiendo delimitar propuestas de intervención para aplicar en el Programa de Competencia Familiar-Auto.

Destacaron los cambios significativos en la dinámica familiar (funcionalidad familiar (APGAR), $t = -2,426$, $p = 0,018^*$, $d = 0,307$; resiliencia familiar, $t = -2,283$, $p = 0,026^*$, $d = 1,007$) y los cambios significativos en los adultos mayores (recursos sociales (OARS): $t = -2,032$, $p = 0,046^*$, $d = 0,445$; valoración situación social: $p = 0,055^*$; valoración relaciones sociales: $p \leq 0,05$ en relación con los nietos y con los vecinos).

Conclusivamente, queda demostrada la efectividad del PCF-Auto en la respuesta a la necesidad de medidas de promoción de autonomía y de envejecimiento activo en adultos mayores, indicada por los principales entes nacionales e internacionales, leyes y estudios sobre envejecimiento y dependencia. El PCF-Auto confirma su validez como herramienta preventiva de situaciones de dependencia mediante el trabajo sobre el ámbito familiar.

RESUM

Validació del Programa de Competència Familiar Universal Auto (PCF-U-Auto): implicació familiar per a la promoció de l'autonomia individual d'adults majors

La promoció de l'autonomia personal, s'estableix com a element clau per a garantir l'envelliment actiu. La família és sovint el sistema social encarregat d'atendre als adults majors quan aquests no poden valer-se per si mateixos; proporciona vincles afectius, relacionals i emocionals necessaris per a garantir el benestar de l'adult major.

Per a garantir la qualitat de vida en l'adult major, s'hauran de considerar tant les atencions a la seva salut, com les atencions que facilitin el manteniment de l'estabilitat familiar. És per això, per la qual cosa aquest sistema, requerirà d'habilitats relacionals i socials que els permetin afrontar amb èxit els canvis de l'envelliment; canvis que impactaran sobre la convivència, les relacions entre els seus membres i sobre cadascun dels membres en si.

Per a fer costat a les persones i famílies al fet que mantinguin un paper actiu en la promoció de l'autonomia i de la salut dels seus membres, s'emfatitzarà en l'apoderament, procés pel qual s'encoratja a desenvolupar les habilitats de cura individual, familiar i social. En aquest sentit, els estils d'afrontament adaptatiu, han demostrat ser el motor de millora de l'adaptabilitat als canvis de l'envelliment, possibilitar l'adequada gestió de conflictes i potenciar la resiliència familiar.

Els programes de competències familiars basats en l'evidència han demostrat ser una estratègia eficaç i efectiva per a desenvolupar les habilitats de relació familiar promotores de la resiliència. No obstant això, entre els principals punts febles per a l'eficàcia de la implementació d'aquesta mena de programes, s'identifiquen les dificultats per a mantenir la implicació familiar al llarg del procés; es refereix tant a les dificultats per a la captació i retenció familiar a l'inici del procés, per al manteniment del compromís familiar al llarg de les sessions i de les dificultats per a salvar les barreres per a la participació.

Aquesta tesi doctoral neix en el marc del Projecte de Recerca "Validació del Programa de Competència Familiar Universal 10-14 a Espanya (EDU2016-79235-R - I+D relativa a les Ciències Socials finançada amb FGU)". La present tesi doctoral es va dirigir, inicialment a avaluar quines són les tècniques que donen millors resultats d'adherència al programa, en resposta a l'objectiu 4 del Projecte de Recerca que s'operativitza en "Avaluar l'adherència de les famílies participants, al llarg de les sessions que componen el programa".

Atès que l'evidència indica que el treball sobre les habilitats de comunicació, habilitats socials, les estratègies d'afrontament familiar, les competències en cuidadors i adults majors relacionades amb les cures eficaces, l'autoestima o autoeficàcia, entre altres destreses sobre les quals treballa el Programa de Competència Familiar, promouen l'autonomia i ajuden a prevenir les situacions de dependència, es va decidir realitzar una adaptació dels seus continguts, perquè el Programa de Competència Familiar, s'orienta a la intervenció socioeducativa amb i entre progenitors i menors d'edat. Fins al moment no s'havia definit una intervenció socioeducativa que permetés el treball preventiu de potencials dinàmiques familiars disfuncionals vinculades a l'aparició de situacions de dependència i cronicitat.

Les versions anteriors del Programa de Competència Familiar han demostrat la seva eficàcia a llarg termini en els principals factors que componen la dinàmica familiar positiva (resiliència, comunicació, organització i cohesió familiar, disciplina positiva i altres factors) (Orte et al., 2015) i donades les variables sobre les quals treballa, les característiques -pràctica basada en l'evidència- i les evidències següents:

1. La relació entre la manca de suport social i familiar, de relacions socials, problemes de comunicació i la influència de l'entorn sobre els processos de pèrdua d'autonomia i acceleració de l'avançament cap a formes de dependència severa.
2. La manca de garantia del dret recollit a l'article 1 de la Llei 39/2006, de disposar de recursos de promoció d'autonomia i la manca d'atenció a les recomanacions nacionals i internacionals quant a d'envelliment actiu.

Es va procedir a adaptar el Programa de Competència Familiar donats els seus resultats provats en la millora de les estratègies d'afrontament familiar, la millora de les dinàmiques familiars i dels factors de protecció tant familiar com individual en cadascun dels seus membres.

El Programa de Competència Familiar Universal-Auto es va dissenyar entorn de les mateixes eines i estructura que el Programa de Competència Universal. Es va prendre com a referència el mateix objectiu genèric - treballar sobre les pautes de comunicació i de relació familiar-, encara que amb un objectiu final diferent: aconseguir promoure les dinàmiques familiars que permetin un funcionament òptim de cadascun dels seus membres, en el seu cas, per a promoure l'envelliment actiu.

Mitjançant un conjunt d'intervencions socioeducatives aplicades en l'àmbit familiar, es promou la permanència de la persona en situació de dependència en el seu entorn familiar baix condicions de benestar i qualitat de vida. A més, es reforcen les mesures de prevenció primària i secundària de les situacions de dependència en dirigir-se a famílies amb adults majors sense dependència o amb símptomes incipients d'aquesta.

Es va dissenyar el programa i els seus materials, es va formar a un conjunt de treballadores socials del Pla Individual d'Atenció (PIA) de la *Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de la Direcció General de Dependència del Govern Balear*, per a la seva implementació i es va aplicar, en 2019 sobre una mostra de 75 famílies de diferents espais territorials de Palma. Es va iniciar un segon pilotatge en 2020, novament sobre una mostra de 75 famílies, que va haver de veure's interromput arran de la declaració de l'estat d'alarma per la COVID-19, el 14 de març de 2020.

L'estudi va comptar amb un disseny quasiexperimental amb avaluacions pre-post dels participants en el programa. Els instruments de mesurament dels efectes del programa sobre les famílies objecte d'estudi i intervenció, es va realitzar mitjançant qüestionaris validats per a la seva aplicació sobre aquesta població. Es van adaptar a les característiques de la població objecte de recerca i, previ a l'inici del programa es va informar els participants sobre els seus drets i se'ls va facilitar una fulla de consentiment informat.

Específicament els instruments van ser: el *Qüestionari de Pfeiffer*, per a identificar els símptomes de demència no diagnosticats en cribratge inicial, l'*Escala de Recursos Socials (OARS)*, per a avaluar els nivells de suport social, el *Qüestionari de Funció Familiar (APGAR)* per a avaluar la dinàmica i funcionament familiar, el *Qüestionari de Qualitat de Vida en la Vellesa en els Diferents Contextos*, per a avaluar els nivells de qualitat de vida de les persones majors participants, l'*Escala de Depressió Geriàtrica – Test de Yesavage*, per a avaluar els nivells de depressió en adults majors, els *Qüestionaris de satisfacció de participants*, per a avaluar el nivell de satisfacció de les famílies amb els continguts, formadors i resultats del programa i el *Qüestionari d'avaluació i seguiment* perquè les formadores poguessin avaluar la idoneïtat dels continguts del programa per a la seva implementació i evolució dels participants en cadascuna de les sessions.

Es van redissenyar els instruments d'avaluació, preparant un únic qüestionari amb les principals informacions i escales d'avaluació de resultats, adaptant les informacions als seus

destinatari i amb les mesures d'avaluació pertinents per a cada col·lectiu d'avaluació, formant un qüestionari per a familiars, un per a adults majors, un qüestionari d'avaluació de progrés dels participants, un qüestionari d'avaluació de les sessions de les famílies, un qüestionari per a avaluar les sessions de cuidadores, un altre per a l'avaluació de les sessions d'adults majors i un qüestionari de satisfacció.

L'anàlisi de les dades quantitatives es va centrar en els resultats dels factors i escales considerats per a cadascun dels instruments, d'acord amb les hipòtesis de la recerca. L'anàlisi es va realitzar amb SPSS 25. Es va realitzar una anàlisi descriptiva de cadascuna de les escales considerades, d'acord amb els protocols establerts per instrument, establint els resultats grupals i diferenciant els resultats per variable. Es va realitzar una anàlisi de diferències de mitjanes (t-test) i proves no paramètriques (O de Mann-Whitney), comprovant diferències (pre-post, entre grup quasiexperimental i control i la variable sexe mitjançant comprovacions basades en l'anàlisi de variància: MANOVA), reproduint la seqüència d'anàlisi per a cadascuna de les etapes de presa de dades.

D'altra banda, es van analitzar els resultats de les estratègies de captació, identificades en les revisions sistemàtiques i aplicades en el primer pilotatge de PCF-Auto, l'anàlisi de l'adherència, mitjançant el control de l'assistència i la participació, analitzant el seguiment de les indicacions i recursos conductuals introduïts pel programa, mitjançant el seguiment de les recomanacions per part dels participants a curt i mitjà termini, es va analitzar la fidelitat de les formadores en l'aplicació del programa, i es va analitzar la valoració del programa i la satisfacció participant. Es van contrastar les hipòtesis inicials per mitjà de l'estudi de les variables dependents, segons la resta de variables considerades, realitzant un estudi individual i relacional de les variables explicatives.

Els resultats mostren la consecució adequada de la validació del contingut del programa, encara que es requereixen unes certes modificacions identificades en les avaluacions. L'avaluació de l'eficàcia del programa en l'evitació o retard de riscos mostra ser positiva en les diferents àrees de relació avaluades, encara que estadísticament significativa ($p < 0.05$) en algunes d'elles. En relació a l'eficàcia del programa en el desenvolupament de competències familiars i de relació social, s'identifica també una millora estadísticament significativa en les escales APGAR i OARS relatives a la relació i suport social.

S'observen millores en els resultats de l'escala de cohesió familiar, encara que es requereix l'ampliació dels temps en els quals s'imparteixen els continguts de la sessió 3 per a millorar l'assimilació dels continguts relatius a la cohesió familiar. També s'identifica una millora dels recursos d'afrontament familiar, fonamentals per a millorar l'autonomia dels seus membres. Aquests resultats són avaluats per l'escala de resiliència, la qual mostra canvis estadísticament significatius ($p < 0.05$).

Els resultats de l'adherència no van ser positius atès que es va perdre aproximadament el 50% de la mostra després de la primera sessió. És probable que com s'indiquen entre els canvis recomanats pels formadors, es requereixi que les Treballadores Socials citin a domicili als potencials participants per a facilitar els qüestionaris prèviament a donar inici al programa. En la primera sessió els participants van mostrar símptomes de cansament en haver d'emplenar els qüestionaris d'avaluació pre, requerint aproximadament 1 hora per a realitzar-los.

Molts d'ells mostraven manca de destreses de lectura i escriptura i requerien que els formadors dediquessin un temps exclusiu per a cadascun dels participants, la qual cosa va suposar problemes després per a poder donar reeixidament els continguts necessaris a impartir en la sessió 0. Un altre problema identificat quant a la citació telefònica va ser el fet de cometre errors en la captació. En la sessió 0 es van identificar perfils de persones que no

complien amb les característiques inicialment previstes i necessàries per a l'adequat aprofitament dels continguts del programa (persones que havien desenvolupat símptomes prou importants de demència com per a suposar una limitació en l'adquisició de continguts, persones amb problemes d'hipoacúcia que requerien d'un formador constantment al seu costat per a captar les pautes del formador i que mostraven dificultats per a interactuar amb la resta de participants...).

Després, i com era d'esperar, va haver-hi un cert volum de baixes que es van vincular a l'empitjorament dels símptomes de salut i/o a hospitalitzacions. La implicació i participació va mostrar ser positiva en els resultats d'avaluació per participant. De fet, després de la sessió 0 es van mantenir la gairebé totalitat de les famílies participants fins al final de l'aplicació del programa. La major part de participants van demanar una segona versió de PCF-Auto pels resultats que van identificar en les seves llars i famílies. Els centres residencials van demanar adaptar el programa a les necessitats de les residències per a poder disposar del programa en un futur. L'avaluació de l'adherència, va mostrar la necessitat d'implementar estratègies per a incentivar la realització de les pràctiques per a casa, atès que constitueixen una part important de l'assimilació de continguts del programa. Els resultats de satisfacció van mostrar ser molt positius.

En aquesta tesi doctoral, es van definir les tècniques d'implicació familiar aplicades en intervencions familiars de prevenció de riscos. Els resultats de les revisions sistemàtiques van indicar la necessitat de considerar tècniques d'implicació relatives a les famílies, al formador, al programa i a l'organització, per a garantir l'eficàcia dels resultats dels programes familiars, en relació a la participació i manteniment de les famílies al llarg de les sessions dels programes. Aquests resultats es demostren en les dues primeres revisions sistemàtiques publicades en *Octaedro* i en *Social Work and Social Sciences Review*.

D'altra banda, es va adaptar el Programa de Competència Familiar, en la seva versió universal, a les necessitats de les famílies amb adults majors, amb l'objectiu de promoure la seva autonomia, envelliment actiu i qualitat de vida. Per a l'adaptació, es va realitzar, prèviament, un estudi observacional descriptiu, dirigit a definir les variables sociodemogràfiques, de salut, de suport social, de dependència i les relatives a la interacció entre cuidador-adult major. Es va aplicar l'anàlisi de conglomerats per a definir els perfils de la població dependent i adaptar el disseny del programa conforme a les necessitats definides en l'estudi.

Paral·lelament, es va realitzar un buidatge de plans, programes, protocols, guies i documents oficials de les diferents autonomies espanyoles i dels principals ens internacionals en matèria d'envelliment i dependència, per a identificar (1) les variables familiars que promouen l'autonomia (2) mesures de promoció d'autonomia implementades. Una vegada, definit (1) el perfil d'adults majors amb dependència, (2) les variables familiars que incideixen sobre l'autonomia dels adults majors i (3) les mesures de promoció d'autonomia implementades, es dissenya el Programa de Competència Familiar-Auto i es va procedir a realitzar un primer pilotatge.

Quant al procediment seguit per al pilotatge, un total de 16 treballadores socials de la *Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal dels Illes Balears - Direcció General de Dependència* van ser formades (10h.) per professorat de la Universitat en els continguts –fonamentació teòrica i pràctica– del PCF-Auto. Durant dues setmanes, es van seleccionar un conjunt de persones beneficiàries de la Prestació Econòmica per a Cures en l'Entorn Familiar (PECEF) del Govern Balear, per part de les Treballadores Socials de referència habilitades per a aplicar el PCF-Auto; el principal requisit de garbellat va

ser que haguessin rebut la valoració de Grau I dins dels 6 mesos immediatament anteriors a la selecció.

L'objectiu era evitar incloure en la mostra a persones les valoracions de les quals requerissin d'actualització en haver contret més símptomes de dependència. La mostra pel pilotatge es va constituir de 5 grups de ± 15 famílies per grup: un grup a Manacor, un a Inca i tres a Palma –Santa Catalina/Son Espanyolet, Ciutat Antiga i Son Cladera- conformant una mostra inicial de 75 famílies. De l'anàlisi d'un primer pilotatge, es va identificar com determinats factors socials i familiars inclouen, de manera significativa, ($p \leq 0.05$) sobre les situacions de dependència, permetent delimitar propostes d'intervenció per a aplicar en el Programa de Competència Familiar-Auto.

Van destacar els canvis significatius en la dinàmica familiar (funcionalitat familiar (APGAR), $t = -2,426$, $p = 0,018^*$, $d = ,307$; resiliència familiar, $t = -2,283$, $p = 0,026^*$, $d = 1,007$) i els canvis significatius en els adults majors (recursos socials (*OARS): $t = -2,032$, $p = 0,046^*$, $d = ,445$; valoració situació social: $p = 0,055^*$; valoració relacions socials: $p \leq 0,05$ en relació amb els néts i amb els veïns).

Conclusivament, queda demostrada l'efectivitat del PCF-Auto en la resposta a la necessitat de mesures de promoció d'autonomia i d'envelliment actiu en adults majors, indicada pels principals ens nacionals i internacionals, lleis i estudis sobre envelliment i dependència. El PCF-Auto confirma la seva validesa com a eina preventiva de situacions de dependència mitjançant el treball sobre l'àmbit familiar.

ABSTRACT

Validation of the Universal Family Competence Program Auto (PCF-U-Auto): family involvement for the promotion of individual autonomy of older adults

The promotion of personal autonomy is established as a key element to guarantee active aging. The family is often the social system in charge of caring for older adults when they are unable to fend for themselves; provides affective, relational and emotional bonds necessary to guarantee the well-being of the elderly.

To guarantee the quality of life in the elderly, both health care should be considered, as well as care that facilitates the maintenance of family stability. That is why this system will require relational and social skills that allow them to successfully face the changes of aging; changes that will impact on coexistence, the relationships between its members and on each of the members themselves.

To support individuals and families to maintain an active role in promoting the autonomy and health of their members, emphasis will be placed on empowerment, a process by which individual, family and social care skills are encouraged. In this sense, adaptive coping styles have proven to be the engine for improving adaptability to aging changes, enabling proper conflict management and enhancing family resilience.

Evidence-based family competencies programs have proven to be an efficient and effective strategy for developing resilience-promoting family relationship skills. However, among the main weaknesses for the effectiveness of the implementation of this type of programs, the difficulties to maintain family involvement throughout the process are identified; It refers both to the difficulties for family recruitment and retention at the beginning of the process, for the maintenance of family commitment throughout the sessions and the difficulties to overcome the barriers to participation.

This doctoral thesis was born within the framework of the Research Project "Validation of the 10-14 Universal Family Competence Program in Spain (EDU2016-79235-R - R&D related to Social Sciences financed with FGU)". This doctoral thesis was initially aimed at evaluating which are the techniques that give the best results of adherence to the program, in response to objective 4 of the Research Project that is operationalized in "Evaluating the adherence of participating families, throughout the sessions that make up the program".

Since the evidence indicates that the work on communication skills, social skills, family coping strategies, skills in caregivers and older adults related to effective care, self-esteem or self-efficacy, among other skills that the Program works on of Family Competence, promote autonomy and help prevent dependency situations, it was decided to adapt its contents, since the Family Competence Program is oriented towards socio-educational intervention with and between parents and minors. Until now, a socio-educational intervention had not been defined that would allow the preventive work of potential dysfunctional family dynamics linked to the appearance of situations of dependency and chronicity.

Previous versions of the Family Competence Program have demonstrated its long-term effectiveness in the main factors that make up positive family dynamics (resilience, communication, family organization and cohesion, positive discipline and other factors) (Orte et al., 2015) and given the variables on which it works, the characteristics - evidence-based practice - and the following evidence:

1. The relationship between the lack of social and family support, social relationships, communication problems and the influence of the environment on the processes of loss of autonomy and acceleration of progress towards forms of severe dependency.
2. The lack of guarantee of the right included in article 1 of Law 39/2006, to have resources to promote autonomy and the lack of attention to national and international recommendations regarding active aging.

We proceeded to adapt the Family Competence Program given its proven results in improving family coping strategies, improving family dynamics and both family and individual protection factors in each of its members.

The Universal-Auto Family Competence Program was designed around the same tools and structure as the Universal Competence Program. The same generic objective was taken as a reference - to work on communication and family relationship patterns - although with a different final objective: to promote family dynamics that allow an optimal functioning of each of its members, where appropriate, to promote active aging.

Through a set of socio-educational interventions applied in the family environment, the permanence of the person in a situation of dependency in their family environment is promoted under conditions of well-being and quality of life. In addition, primary and secondary prevention measures for dependency situations are reinforced by targeting families with older adults without dependency or with incipient symptoms of it.

The program and its materials were designed, a group of social workers from the Individual Care Plan (PIA) of the *Fundació d'Atenció i Suport a Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal* of the General Directorate of Dependency of the Govern Balear, for its implementation and it was applied, in 2019 on a sample of 75 families from different territorial areas of Palma de Mallorca. A second pilot was started in 2020, again on a sample of 75 families, which had to be interrupted as a result of the declaration of the state of alarm by COVID-19, on March 14, 2020. The study had a quasi-experimental design with pre-post evaluations of the participants in the program.

The tools for measuring the effects of the program on the families under intervention were carried out using validated questionnaires for their application on said population. They were adapted to the characteristics of the population under investigation and, prior to the start, participants were informed about their rights and provided with an informed consent form.

Specifically, the instruments were: the *Pfeiffer Questionnaire*, to identify the symptoms of dementia not diagnosed in the initial screening, the *Social Resources Scale (OARS)*, to evaluate the levels of social support, the *Family Function Questionnaire (APGAR)* to evaluate the dynamics and family functioning, the *Questionnaire of Quality of Life in Old Age in Different Contexts*, to evaluate the levels of quality of life of the elderly participants, the *Geriatric Depression Scale - Yesavage Test*, to evaluate the levels of depression in older adults, the *participant satisfaction questionnaires*, to evaluate the level of satisfaction of families with the contents, trainers and results of the program and the evaluation and *follow-up questionnaire* so that the trainers could evaluate the suitability of the contents of the program for their implementation and evolution of the participants in each of the sessions.

The evaluation of the tools were redesigned, preparing a single questionnaire with the main information and results evaluation scales, adapting the information to its recipients and with the pertinent evaluation measures for each evaluation group, forming a questionnaire for relatives, one for adults, a questionnaire for evaluating the progress of the participants, a questionnaire for evaluating the family sessions, a questionnaire for evaluating the caregiver sessions, another for evaluating the sessions for the elderly, and a satisfaction questionnaire.

The analysis of the quantitative data focused on the results of the factors and scales considered for each of the instruments, in accordance with the research hypotheses. The analysis was carried out with SPSS 25. A descriptive analysis of each of the scales considered was carried out, according to the protocols established by instrument, establishing the group results and differentiating the results by variable. A mean difference analysis (t-test) and non-parametric tests (Mann-Whitney U) were performed, checking differences (pre-post, between quasi-experimental group and control and the sex variable by means of checks based on the analysis of variance: MANOVA), reproducing the analysis sequence for each of the data collection stages.

The results of the recruitment strategies, identified in the systematic reviews and applied in the first piloting of PCF-Auto, the analysis of adherence, through the control of attendance and participation, analyzing the follow-up of the indications and behavioral resources introduced by the program, by following the recommendations by the participants in the short and medium term, the fidelity of the trainers in the application of the program was analyzed, and the evaluation of the program and satisfaction were analyzed competitor.

The initial hypotheses were contrasted by means of the study of the dependent variables, according to the rest of the variables considered, carrying out an individual and relational study of the explanatory variables. The results show the adequate achievement of the validation of the content of the program, although certain modifications identified in the evaluations are required. The evaluation of the adherence, showed the need to implement strategies to encourage the realization of practices at home, since they constitute an important part of the assimilation of program content. The satisfaction results proved to be very positive.

In this doctoral thesis, family involvement techniques applied in family risk prevention interventions were defined. The results of the systematic reviews indicated the need to consider involvement techniques related to the families, the trainer, the program and the organization, to guarantee the effectiveness of the results of the family programs, in relation to the participation and maintenance of families throughout the program sessions. These results are demonstrated in the first two systematic reviews published in *Octaedro* and in *Social Work and Social Sciences Review*.

On the other hand, the Family Competence Program, in its universal version, was adapted to the needs of families with older adults, with the aim of promoting their autonomy, active aging and quality of life. For the adaptation, a descriptive observational study was previously carried out, aimed at defining the sociodemographic, health, social support, dependency variables and those relating to the interaction between the caregiver and the elderly. Cluster analysis was applied to define the profiles of the dependent population and adapt the program design according to the needs defined in the study.

At the same time, a drafting of plans, programs, protocols, guides and official documents of the different Spanish autonomies and of the main international entities on aging and dependency was carried out, to identify (1) the family variables that promote autonomy (2) measures to promote autonomy implemented. After defining (1) the profile of dependent older adults, (2) the family variables that affect the autonomy of older adults, and (3) the implemented measures to promote autonomy, the Family Competency Program was designed. The first piloting was carried out.

Regarding the procedure followed for the piloting, a total of 16 social workers from the *Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència y de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears - Direcció General de Dependència* were trained (10h.) By University professors in the contents –theoretical and practical foundation- of the PCF-U-Auto. During two weeks, a

group of beneficiaries of the Economic Benefit for Care in the Family Environment (PECEF) of the Balearic Government were selected by the reference Social Workers authorized to apply the PCF-U-Auto; the main screening requirement was that they had received the Grade I assessment within the 6 months immediately prior to selection.

The goal was to avoid including in the sample people whose assessments required updating due to having contracted more symptoms of dependence. The pilot sample consisted of 5 groups of ± 15 families per group: one group in Manacor, one in Inca and three in Palma – Santa Catalina / Son Espanyolet, Ciutat Antiga and Son Cladera- forming an initial sample of 75 families. From the analysis of a first piloting, it was identified how certain social and family factors include, in a significant way, ($p \leq 0.05$) on dependency situations, allowing to define intervention proposals to apply in the Family-Auto Competence Program.

Significant changes in family dynamics (family functionality (APGAR), $t = -2.426$, $p = 0.018$ *, $d = 0.307$; family resilience, $t = -2.283$, $p = 0.026$ *, $d = 1.007$) and significant changes in older adults (social resources (OARS): $t = -2.032$, $p = 0.046$ *, $d = 0.445$; assessment of social situation: $p = 0.055$ *; assessment of social relationships: $p \leq 0.05$ in relation to grandchildren and with the neighbors). Conclusively, the effectiveness of PCF-Auto in responding to the need for measures to promote autonomy and active aging in older adults is demonstrated, indicated by the main national and international entities, laws and studies on aging and dependency. The PCF-Auto confirms its validity as a preventive tool for situations of dependency through work on the family environment.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS Y SIGLAS

A de C: Antes de Cristo
A: Ambiente
ABVD: actividades básicas de la vida diaria
af: actividades familiares
AM: adultos mayores
APGAR: aspecto, pulso, irritabilidad (*grimace*), actividad y respiración
av: variable adulto mayor
AWBZ: servicio de seguridad
BGS: British Geriatrics Society
BVD: Baremo de Valoración de Dependencia
C: Competencia
CD: compact disc
CEAFA: Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias
CES: Consejo Económico y Social
CNE: Comisión Nacional de la Especialidad
cv: variable cuidador
D de C: Después de Cristo
DGAJ: Dirección General y de Asesoría Jurídica
DGD: Dirección General de Dependencia
DISDEP: Direcció General d'Atenció a la Dependència a partir de datos del Sistema de Gestió de la Dependència
EDAH: exposición, debates, actividades y prácticas para el hogar
EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica
et al.: del latín, et alii, significa “y otros”
FCEM: family centered empowerment model
FGC: Family Group Conference
FV: variable familia
GIFES: Grupo de Investigación y Formación Educativa y Social
HICAP: Health insurance counseling and advocacy program
IC: intervalo de confianza
IDO: indicador de objetivo
IMSERSO: instituto de mayores y servicios sociales
INE: Instituto Nacional de Estadística
LAAD: Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia
LTC: long term care
NIDA: National Institute on Drug Abuse
Ns/Nc: No se/no contesta
o: objetivo específico
O: objetivo general
OARS: Older Americans Resource & Services Group
OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OJJDP: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONU: Organización de las Naciones Unidas
P: Presión ambiental
p: significación

PCF-U: Programa de Competencia Familiar Universal
PECEF: Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar
PIA: Plan Individual de Atención
Post-test: prueba posterior
PPA: plan personalizado de atención
PQOL: perceived quality of life scale
Pre-test: prueba preliminar
SAAD: Sistema para la Atención a la
SEGG: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología
SFP: Strengthening Families Program
SHARE: the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SISAAD: Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
SJR: Scimago Journal Rank
SMAF: Sistemas más amplios que la familia
SOC: Selección, Optimización y Compensación
SPI: Scholarly Publishers Indicators
t: t de Student
vd.: usted
WHO: World Health Organization
 χ^2 : chi cuadrado de Pearson

INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

Los avances de la ciencia, el desarrollo de las políticas sociales o las mejoras en la calidad de la sanidad pública son algunos de los factores que han conducido a que la vida se alargue. Estos avances a su vez, han traído un incremento de la probabilidad de que las familias tengan que afrontar las cotidianidades de la morbilidad vinculada a la enfermedad, cronicidad y dependencia. También convivirán con ellas más tiempo, pues con el aumento de la esperanza de vida se ha favorecido el envejecimiento poblacional. Nos ubicamos en una sociedad caracterizada por el desarrollo, que nos enfrenta a una realidad demográfica que demanda acciones de convivencia, integración y bienestar.

Con el envejecimiento, las personas vemos reducida nuestra red social por la pérdida progresiva de contactos sociales a raíz de muertes de personas allegadas, jubilación, cambios en los espacios de ocio frecuentados, dolencias, entre otras diversas razones. De este modo, nuestra red social muestra la tendencia a concentrarse cada vez más en nuestros familiares y personas más allegadas, a menudo, de convivencia. Esta abstracción se produce tanto en *cantidad*, por volumen de personas que la comprenden, como en *calidad*, por la intensidad que ganan estos vínculos afectivos establecidos, por nivel de demanda social para el bienestar personal que sostienen cada vez más cuanto mayor es el avance de la edad (Yanguas *et al.*, 2019).

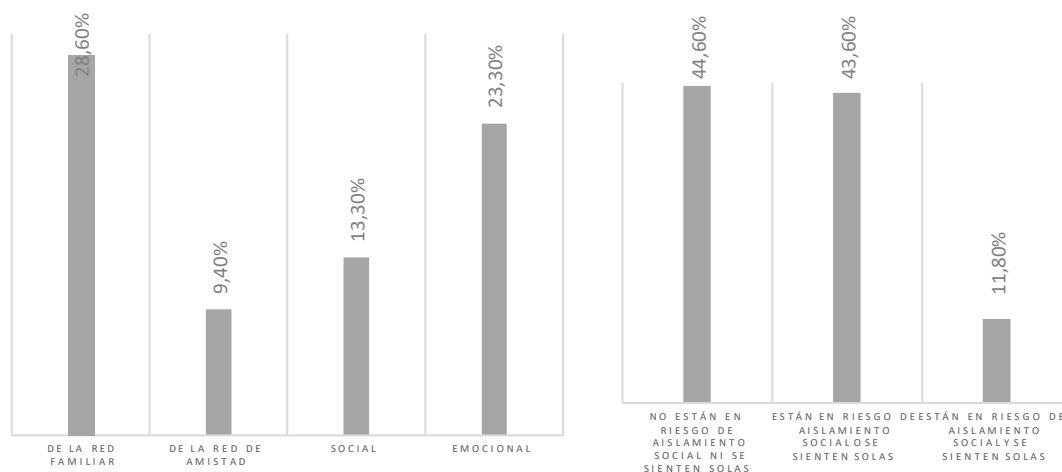


Figura 1; Figura 2. La gráfica de la izquierda representa los resultados dados ante la pregunta “¿A cuántas personas afecta la soledad y el riesgo de aislamiento social?” realizada sobre una muestra de 1.688 personas de ocho municipios españoles. La gráfica de la derecha presenta los resultados de la pregunta “¿Cuántas personas se sienten solas o están en riesgo de aislamiento social?” (Yanguas *et al.*, 2019).

La soledad es un problema social y de salud de primer nivel (ver Figuras 1 y 2). Afecta el bienestar psicológico y se relaciona con peores niveles de salud y con un mayor riesgo de mortalidad (Holt-Lundstad *et al.*, 2015). El análisis de la soledad es complejo. Requiere diferenciar la percepción de soledad, el *sentirse solo*, de la falta de contactos sociales en la *red familiar* o en la *red de amistades* o *aislamiento social*. La *soledad social* define el concepto en relación a echar de menos la compañía; sufrida por el 13,3% de las personas del estudio. Los datos del estudio de “La Caixa” sobre una muestra española indican que la percepción de soledad y el aislamiento social afectan a 1 de cada 4 personas en nuestro país. De la combinación de los datos de percepción de soledad y aislamiento social se extrae que el 43,6% de los participantes se sentían solos o encontraba en riesgo de aislamiento social (Yanguas *et al.*, 2019).

La falta de red de amistad se acentúa a partir de los 65 años, coincidiendo con la jubilación. Más de $\frac{1}{4}$ de personas mayores de 65 años están aisladas de la red de amistades y casi $\frac{1}{2}$ de las personas de 80 y más años. La soledad tiende a ser mayor en hombres y en personas sin estudios y crece con la edad (Yanguas *et al.*, 2019).

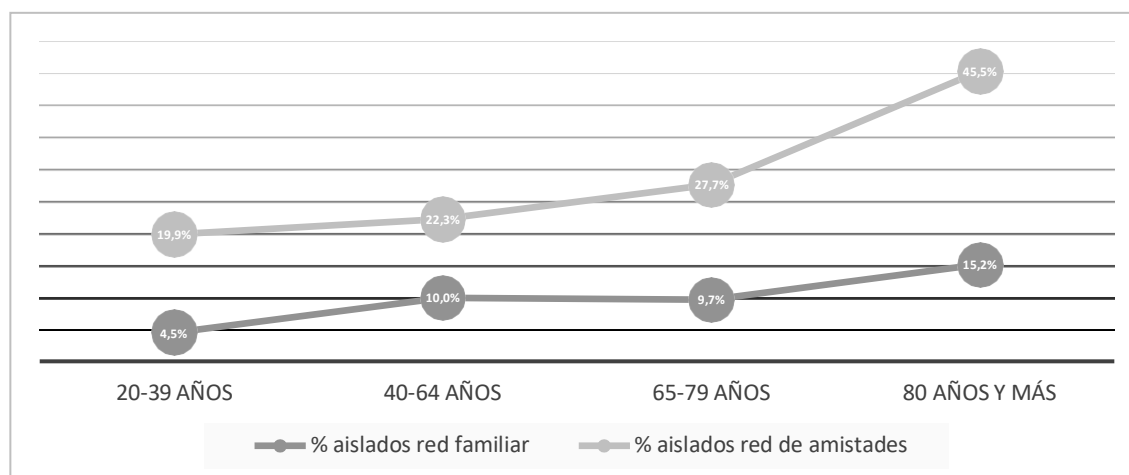


Figura 3. La gráfica representa el porcentaje de personas aisladas de la red de amistad según edad. La red que experimenta una mayor reducción a medida que avanza la edad es la red de amistades. La red familiar tiende a mantenerse más estable con el paso de los años. Mientras el 4,5% de las personas de 20-39 años están aisladas de la red familiar, el 9,7% de las personas de 65-79 años y el 15,2% de las de 80 o más sufre aislamiento de la red familiar, el 19,9% de las personas de 20-39 años sufre aislamiento de la red de amistad; cifra que aumenta al 27,7% en personas de 65-89 años y más notablemente, de las personas de 80 y más años; el 45,5% de las mismas sufre aislamiento en relación a su red de amistades (Yanguas *et al.*, 2019).

En paralelo al aumento de las personas que manifiestan sentirse solas o no tener con quien relacionarse, se identifica un número creciente de personas que viven solas. Los datos de la Encuesta Continua de Hogares del INE (2017), indican que el 25,4% de la población española del estudio vive en hogares unipersonales. Los datos de Eurofound (2016) y de Eurostat (2017), muestran que el 2,2% de las personas piensan que no tienen a nadie con quien hablar, el 3,1% considera no poder pedir ayuda a nadie y el 6% declara sentirse solo de manera abierta. La perspectiva de la soledad que requiere de atención social, psicológica, sanitaria y política no es la de la falta de compañía o la que se enfoca en quienes viven solos. Es percibir que no se dispone de alguien a quien recurrir o confiar en caso de necesitarlo; el 23,3% de la muestra del estudio de “La Caixa” definió sentir o percibir la soledad en este sentido (Yanguas *et al.*, 2019).

La soledad y el aislamiento social en personas mayores (ver Figura 3) son dos de los riesgos de mayor gravedad para la salud pública; incrementa el riesgo de demencia y de otras afecciones graves (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2020). Según el informe de las Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina (NASEM) más de $\frac{1}{3}$ de las personas mayores de 45 años o más, sienten estar solos, mientras $\frac{1}{4}$ de las personas mayores de 65 años están aislados socialmente.

El riesgo de soledad en personas mayores es mayor por la exposición a factores como la pérdida de personas significativas de su entorno, el padecimiento de enfermedades crónicas o el vivir solas. El aislamiento social se ha asociado a un incremento del 50% del riesgo de demencia y se ha asociado a la muerte prematura, al tabaquismo, obesidad e inactividad física. Por otro lado, la falta de relaciones sociales, vinculadas al aislamiento y a la soledad, se ha asociado al incremento del 29% del riesgo de padecimiento de una enfermedad cardíaca y al aumento del 32% del riesgo de accidente cerebrovascular.

Por su parte, la soledad se ha asociado a mayores tasas de ansiedad, de depresión y de suicidio, a un incremento de 4 veces el riesgo de muerte por insuficiencia cardíaca y al aumento del 68% de riesgo de hospitalización (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020; CDC, 2020).

La red familiar se define como la red social más estable a medida que avanza la edad. Probablemente, la mayor parte del apoyo social y de los aportes que requerimos las personas al envejecer los proporcione la familia; los familiares más cercanos como puedan ser las hijas, los hijos o la pareja. No obstante, diversas investigaciones, por un lado, del ámbito social, han documentado la aparición de síntomas de “*sobrecarga*” en el cuidador, del *síndrome del cuidador quemado* o del *desgaste por empatía*, y por parte del ámbito de la salud, la aparición de síntomas vinculados a dolencias padecidas por las personas cuidadoras -muchas de ellas también mayores- de personas de edad avanzada con dolencias que dificultan su autonomía funcional.

Este desgaste y deterioro hace que, aunque la relación pueda seguir sosteniendo sus responsabilidades en cuanto a *apoyo material y físico* se refiere, no pueda abastecer del *apoyo afectivo y emocional* necesario para mantener su bienestar integral. Estas relaciones requieren, por tanto, destrezas que les permitan prevenir, precisamente, ese desgaste y deterioro de manera que siga siendo efectiva la transmisión de apoyo en todos sus niveles (Carrillo *et al.*, 2021; Saavedra *et al.*, 2020).

A lo largo del año 2018 y tras una exhaustiva búsqueda documental, se reunieron las evidencias que indican la necesidad de promover la autonomía en adultos mayores desde el ámbito familiar (Carstensen *et al.*, 2015; Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García, 2014; Ortiz, 2007; Resende Mota-Pinto *et al.*, 2017; Sas *et al.*, 2017; entre otros). Decidimos, en el marco de las líneas de investigación de nuestro grupo de investigación GIFES (*Grupo de Investigación y Formación Educativa y Social*) relacionadas con envejecimiento y dependencia, diseñar un programa que permitiera a las familias de personas mayores sin dependencia o que sufren los primeros síntomas de dependencia proveerse de diferentes recursos.

Para las familias, de destrezas de relación en contextos de envejecimiento y dependencia. Para cuidadoras, destrezas de cuidado y de interacción asertiva con su familiar mayor y/o con dependencia. Y para el familiar mayor, destrezas de relación con la situación de dependencia y con las personas de su entorno. De manera global, un conjunto de herramientas para garantizar un apoyo familiar efectivo y promotor de la autonomía en el adulto mayor, dando lugar al Programa de Competencia Familiar-Auto (PCF-U-Auto). En este contexto del PCF-Auto se dirige a responder a la siguiente pregunta de estudio:

- ¿Mejora, efectivamente, la incidencia de los factores de protección de las situaciones de dependencia sobre la autonomía y calidad de vida individual y familiar, mediante la aplicación de un programa familiar diseñado para la promoción familiar de la autonomía personal?

Se entiende que el trabajo sobre las dinámicas familiares, mejorará la calidad del apoyo social y, por tanto, la mejora de la calidad de vida del adulto mayor, incidiendo sobre la percepción de su estado de salud y aparición de síntomas de dependencia. Por otro lado, se entiende que las destrezas de enfrentamiento permitirán un mejor abordaje de los cambios propios del envejecimiento, incidiendo en la aparición de síntomas de estrés familiar generadores de la aparición de respuestas y dinámicas individuales y familiares disfuncionales que conlleven a un estado psicológico familiar desadaptativo.

Finalmente, se pretende que los recursos de promoción de la autonomía permitan mejorar el asertividad familiar y el empoderamiento familiar reduciendo la posibilidad de aparición de los primeros síntomas de dependencia. El PCF-U-Auto supone una iniciativa pionera en el cambio de paradigma al término envejecimiento activo adoptado en 2002 (OMS, 2002); pasando del concepto envejecimiento saludable que hacía hincapié en un enfoque más bien basado en cubrir a las necesidades de las personas mayores, surge el concepto envejecimiento activo con un enfoque centrado en los derechos de las personas mayores, en la preservación de su dignidad.

La generalización de la estigmatización por edad que cuestiona la validez de las personas mayores, que asocia el aprendizaje a la juventud, la producción a la edad adulta y la jubilación y dependencia a la vejez provoca que, en gran parte de ocasiones, las personas de edad avanzada acepten o se resignen a asumir el rol social y cultural asignado; a pesar de querer seguir su vida en autonomía, aceptan la pérdida y sustitución en sus funciones, su progreso hacia la dependencia (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

En los últimos años se ha ido extendiendo el enfoque de trabajo centrado en el desarrollo de las personas mayores, el enfoque centrado en la persona. Este concepto incluye la defensa de la dignidad y de los derechos de las personas durante el envejecimiento; defiende el envejecimiento activo. La *atención centrada en la persona* se define por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un modelo de atención para mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia, situando el centro de atención en la persona (OMS, 2021).

La *calidad de vida*, se entiende como la ecuación entre: la percepción del individuo sobre su existencia, en el contexto de su cultura y sistema de valores en relación a sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes (1) y la influencia ejercida por la salud física, psicológica, su nivel de independencia, relaciones sociales y contextuales sobre los primeros elementos de la ecuación (2). La calidad de vida implica por tanto garantizar la continuidad en la autonomía de la persona, donde la dolencia incapacitante asume un rol externo a la persona y a su autonomía y por tanto afrontable. Este afrontamiento es personal, dado que puede darse desde diferentes perspectivas y de diferente modo, en función de los recursos de que disponga la persona afectada por las mismas (van Leeuwen *et al.*, 2019).

El programa presentado en esta tesis, es una apuesta por la mejora de la calidad de vida de las personas mayores sin dependencia o con signos incipientes de la misma. Se orienta a prevenir la dependencia influyendo sobre su dimensión social, la cuál incide en el proceso de envejecimiento de las personas. Se dirige a potenciar las destrezas, por un lado, de la persona mayor para que afronte con éxito el proceso de envejecimiento, y, por otro lado, de las personas del entorno para que puedan promover mediante sus interacciones cotidianas la autonomía en el adulto mayor.

Constituye una intervención de educación y trabajo social que pretende mejorar el bienestar y calidad de vida, tanto de las personas mayores como de las personas de su entorno. Al potenciar las interacciones generadoras de recursos se dirige a superar las barreras a la autonomía propias de las etapas primarias de desarrollo de la dependencia, discapacidad, enfermedad o pérdida normal de destrezas físicas, sociales o cognitivas, del envejecimiento. Constituye una estrategia dirigida a promover los factores de protección para reducir la incidencia de los riesgos que trae la vejez.

El PCF-U-Auto se dirige a:

- *Motivación:* Incrementar el conocimiento y la conciencia individual y familiar sobre la importancia de la comunicación, la dinámica familiar positiva y el funcionamiento autónomo.
- *Comunicación:* mejorar la calidad del apoyo social y calidad de vida del adulto mayor por medio del trabajo sobre la relación interpersonal con sus familiares y personas cercanas; puesta en práctica de transmisión de deseos, decisiones y emociones; toma de conciencia sobre el hecho de formar parte de una red social y familiar como medio para evitar el aislamiento; la estructuración de las obligaciones de la vida familiar; la potenciación de la atención familiar mediante el apoyo profesional, la educación y el entrenamiento; y el trabajo sobre estrategias comunicativas como factor de protección frente a los riesgos para la salud y autonomía.
- *Resolución de problemas:* incrementar la participación familiar para incrementar la autoestima, empatía, funcionamiento autónomo, asertividad, autocontrol y las habilidades de afrontamiento; mejorar la interacción con la red familiar y social y reducir los factores de riesgo para la autonomía y la salud de los miembros.
- *Planificación:* previo a la sesión final, se establece el plan de trabajo para promover el funcionamiento familiar facilitador de la autonomía y relación positiva, autónomo tras la finalización del programa.
- *Evaluación:* se realizan las evaluaciones pre-post sobre las variables/objetivos del programa y de satisfacción (adultos mayores y cuidadores), evaluación de sesión por participante y del transcurso de cada sesión (formador).

Metodología y Procedimientos

Esta investigación persigue la validación del Programa de Competencia Familiar-Auto (PCF-Auto). Para el diseño del programa, se efectuó:

- En primer lugar, una revisión sistemática sobre las técnicas de implicación familiar en programas familiares dirigidos a la prevención de riesgos (noviembre 2017-marzo 2018). A partir de los mismos artículos vaciados en las bases de datos seleccionadas, se realizó una meta-síntesis sobre las técnicas de implicación familiar en programas familiares, analizadas desde el enfoque de la intervención en trabajo social de casos (abril 2018 – agosto 2018).
- En segundo lugar, un estudio observacional descriptivo dirigido a definir el perfil de las personas con dependencia en relación al apoyo social, a la salud y a la interacción con su cuidador/a (febrero-mayo de 2018).
- En tercer lugar, se realizó una revisión de las medidas familiares de promoción de autonomía definidas en los planes, programas, proyectos, protocolos y guías nacionales e internacionales, revisados (septiembre 2018 – diciembre 2018).
- En último lugar, se procedió a diseñar el PCF-Auto sobre las necesidades definidas en el primer estudio y en un primer pilotaje, se aplicaron y evaluaron las técnicas de implicación familiar (diciembre 2018 – febrero 2020) y las medidas y variables familiares para la promoción de la autonomía.

Método revisión sistemática y meta-síntesis sobre técnicas de implicación familiar

Para la identificación de las técnicas de implicación familiar que resultaran más efectivas, se llevó a cabo una revisión de la literatura empírica sobre las técnicas de implicación familiar aplicadas en programas de prevención, para dilucidar cuáles son las técnicas que resultan más efectivas. En una primera revisión sistemática, con carácter exploratorio, se dirigió a identificar las técnicas más efectivas aplicadas en programas de prevención de riesgos en la familia.

En la segunda revisión sistemática, se enfatizó sobre las características de los estudios cuantitativos, tratando de identificar los estudios sobre factores familiares en los que la Trabajadora Social puede plantear intervenciones que aseguren la adherencia y el compromiso familiar durante el proceso de intervención. También se dirigió a señalar los factores familiares y comunitarios, en interacción con la profesional, de utilidad para mejorar el compromiso familiar y la formación de la profesional en el manejo de habilidades preventivas. Se siguieron los criterios de revisión indicados por Manchado *et al.*, (2009) para la elaboración de revisiones sistemáticas exploratorias, en cumplimiento con los criterios del grupo PRISMA (Moher *et al.*, 2009).

Se identificaron 958 artículos de revista en las bases de datos Web of Science, Ebscohost, Scopus y Cochrane. En la fase de cribado inicial, 218 documentos cumplieron con los criterios de inclusión, revisando en título y resumen. Tras ser revisados a texto completo 12 estudios cumplieron los criterios de inclusión temporal (2007-2017), temático (artículos sobre técnicas de implicación familiar en programas de prevención de riesgos similares al Programa de Competencia Familiar) y metodológico (experimentales, cuasi-experimentales o mixtos).

Método del estudio observacional descriptivo

El universo de referencia estaba constituido por N=11.807 personas beneficiarias de la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF) en 2018. La muestra empírica contó con 279 personas beneficiarias de la misma. Las dimensiones de la muestra seleccionada se calcularon a partir de los niveles de representación siguientes: para un nivel de confianza del 95,5% (2 sigmas) y P=20, el error es de $\pm 4,7$ para el conjunto de la muestra. A la hora de seleccionar la muestra se fijó como criterio de inclusión que llevaran como mínimo 1 año percibiendo la ayuda. De la lista de personas beneficiarias, mediante selección aleatoria se procedió a citar telefónicamente a las personas beneficiarias y familiares cuidadores para que posteriormente, el personal investigador y técnico de la Fundación pudieran realizar la entrevista a domicilio y cumplimentar los cuestionarios.

Tanto la edad, género como el grado de la muestra, representa en efecto al universo de estudio. Por género, el perfil del solicitante es mayoritariamente femenino (62,06%) en el conjunto Balear. Haciendo referencia a los beneficiarios de la PECEF supone ser el 63,15% del total. Dato similar al de la muestra, pues las mujeres representaron el 66,3%.

Las personas mayores de 65 años de edad constituían la mayor parte de la muestra (80%). En cuanto a la distribución por grados, se observa la predominancia del Grado I en la muestra (45,51%). A pesar de que en el universo de referencia predomine el Grado II (41,38%), la muestra resulta ser también representativa en el contexto de estudio. En los municipios de más de 20.000 habitantes predomina también el Grado I y es donde hay un mayor volumen de personas en situación de dependencia.

Para llevar a cabo el estudio, se decidió seleccionar una muestra dentro del universo de referencia -población en situación de dependencia- que cumpliera con ciertas características que permitieran valorar el apoyo social percibido cuando la persona dependiente se ubicara en el contexto familiar. De esta manera, se acordó unánimemente que la muestra que permitiría un mejor análisis sería la de personas beneficiarias de la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF). Dado que la naturaleza de la prestación se orienta a facilitar el apoyo a los hogares familiares para promover el mantenimiento de la persona en situación de dependencia dentro del contexto originario de convivencia y, en segundo lugar, por el hecho de que, de acuerdo con Pillemer & Holtzer (2016), la medición del apoyo social se verá influida por las características contextuales de las personas a las que se pretenda medir. Convenía pues asegurar ciertas características de homogeneidad en cuanto al contexto al que el estudio se orienta.

Instrumentos del estudio observacional descriptivo

Es posible definir los instrumentos usados para llevar a cabo el estudio mediante la clasificación en cuatro grandes bloques: datos socio-demográficos, dependencia, apoyo social y salud.

1. *Datos socio-demográficos*: al inicio del cuestionario creado mediante la herramienta *Lime Survey* se plantearon una serie de preguntas cerradas de opción dicotómica, nominal politémica, ordinal-politémica y continua sobre municipio, sexo, edad, grado de dependencia, estado civil, miembros de la unidad familiar, nivel de estudios, ocupación, entre otros, que, junto con el planteamiento de las cuestiones relativas a dependencia, salud y apoyo social, permitieron perfilar la muestra seleccionada.
2. *Dependencia*: para evaluar la dependencia, se sistematizaron los resultados del Baremo de Valoración de Grados y Niveles de Dependencia (BVD) establecidos por el Real Decreto 174/2011 del 11 de febrero por el que se aprueba el Baremo de Valoración de la situación de Dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia relativos a la ejecución de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).
3. *Apoyo social*: para las personas con dependencia, se escogió el *Medical Outcomes Study-Social Support Survey* (MOS-SSS). Esta herramienta da la oportunidad de examinar el rol del apoyo social en las dimensiones de: apoyo tangible-material; apoyo emocional y de naturaleza informacional; el apoyo afectivo relativo a sentirse amado; y finalmente, el relativo a la interacción social positiva. Dirigido originariamente a personas con enfermedades crónicas, plantea preguntas extrapolables, por las características sociales y de salud, a la población que presenta necesidad de cuidados de larga duración. Esta herramienta dispone de un total de 19 ítems hipotéticos para la medición de los tipos de apoyo mencionados (Gjesfjeld *et al.*, 2007; De la Revilla, Luna del Castillo, Bailón, & Medina, 2005; Yu *et al.*, 2004; Sherbourne & Stewart, 1991).
4. *Salud*: para evaluar el estado de salud de la población diana, se revisaron un total de 173 informes médicos -muerte experimental de 5 por no encontrarse en la base de datos gubernamental “Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia” (SISAAD)- facilitados por los Servicios de Salud Balear, disponibles en el SISAAD del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), los cuáles, junto con el planteamiento de la

cuestión -En general, considero que mi estado de salud es (siendo 1 muy malo y 4 muy bueno)- a la que tenían que responder en una escala ordinal de cuatro anclajes entre “muy bueno”, “bueno”, “malo” y “muy malo” de elección única. Análisis que nos permitió conocer tanto la situación como la percepción que los individuos tienen sobre su estado de salud.

El método de *clúster k-means* se utilizó para generar grupos, con base en variables estadísticamente significativas, con el fin de probar y detectar diferentes tipos de factores influyentes sobre el mayor o menor grado de dependencia, con base en los puntajes de los diferentes indicadores de dependencia, apoyo social, salud y en relación a las variables de descripción socio-demográfica. Para el análisis de los datos, se utilizó el paquete de software estadístico SPSS 25.0.

Método revisión de medidas de promoción de autonomía

Para que el diseño y contenidos del Programa de Competencia Familiar Universal-Auto se orientaran a la *promoción del envejecimiento activo* de las personas mayores, se realizó, en primer lugar, una revisión de las medidas de promoción de autonomía aplicadas en el ámbito nacional y, por otro lado, un vaciado documental a partir de 29 búsquedas de la literatura, en respuesta a los 29 objetivos planteados en el PCF-U-Auto, para identificar los estudios realizados en torno a la promoción de la autonomía. De cada uno de los documentos que fueron considerados útiles por responder a los criterios de revisión –descripción de *medidas de promoción de la autonomía personal*- se procedió al vaciado de medidas y a su adaptación –en formato- para encaje dentro del PCF-U-Auto (Nevot-Caldentey *et al.*, 2020):

- *Revisión de planes, programas, proyectos, protocolos, guías y manuales tanto nacionales e internacionales en materia de promoción de autonomía para personas mayores* (1): documentación oficial gubernamental en materia de promoción de autonomía de personas mayores publicada en las 17 comunidades autónomas (Andalucía (n=1), Aragón (n=1), Islas Baleares (n=1), Cataluña (n=0), Canarias (n=0), Cantabria (n=0), Castilla-La Mancha (n=0), Castilla y León (n=0), Comunidad de Madrid (n=0), Comunidad Foral de Navarra (n=0), Comunidad Valenciana (n=0), Extremadura (n=1), Galicia (n=0), País Vasco (n=0), Principado de Asturias (n=0), Región de Murcia (n=1) y La Rioja (n=0)) y en las 2 ciudades autónomas, Ceuta y Melilla (n=0), de España, manuales, guías, protocolos de promoción de la autonomía personal de ámbito nacional (n=1), europeo (n=5) e internacional (n=3). Sirvió para determinar la idoneidad de los objetivos planteados, así como para valorar la inclusión/exclusión de objetivos no contemplados con anterioridad y que tuvieran relación a los contenidos de promoción familiar de autonomía para su integración en las dinámicas de las sesiones y las variables sobre las que trabajar para la consecución de los objetivos.
- *Revisión sistemática exploratoria*, siguiendo el método descrito por Manchado et al. 2009, en SCOPUS para cada uno de los 28 objetivos específicos que constituyen el Programa de Competencia Familiar Universal-Auto (n=28): Sirvió para determinar la estructura de las sesiones y los procesos de trabajo sobre las variables en relación a los objetivos. En la Figura 4 se observa el árbol de cribado de la revisión.

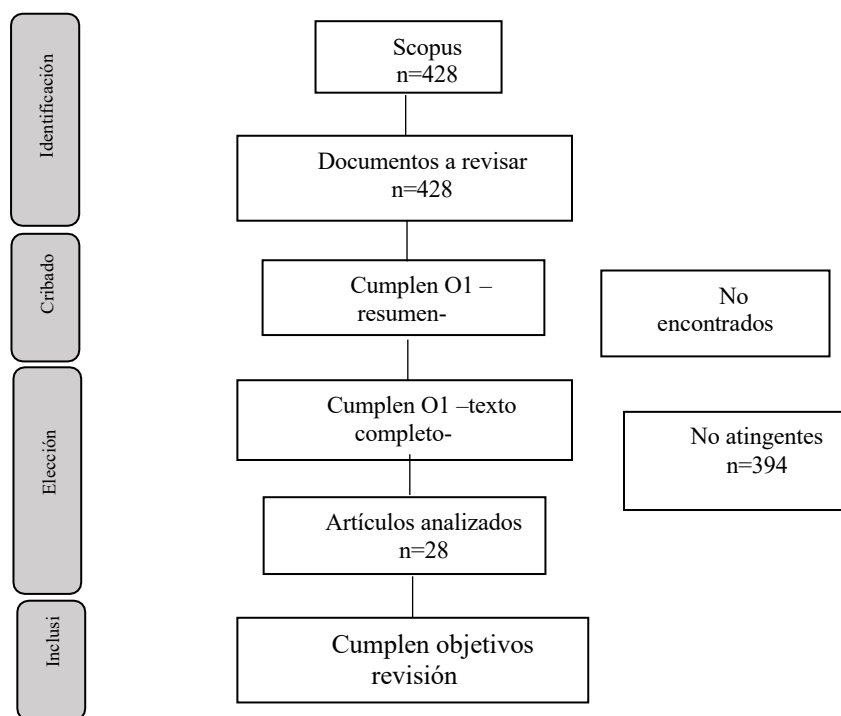


Figura 4. Árbol de cribado de la búsqueda en Scopus

Para identificar los estudios recientes y conocer las evidencias de efectividad disponibles y que versaran sobre el contenido de los objetivos del Programa de Competencia Familiar orientados a la mejora de la dinámica familiar en relación al envejecimiento activo, la revisión fue realizada en la base de datos Scopus.

Se escogió Scopus por diversas razones:

- Por constituir la mayor base de datos de citas y resúmenes de literatura revisada por pares: revistas científicas, libros y actas de congresos. Permitió garantizar la revisión bajo criterios de calidad científica.
- Por ofrecer una visión general de la producción mundial de investigación en los campos de la ciencia, la tecnología, la medicina, las ciencias sociales y las artes y humanidades. Permitió identificar los estudios a nivel mundial realizados en ciencias sociales y afines.
- Presenta herramientas inteligentes para rastrear, analizar y visualizar la investigación. Facilita la actualización periódica de estudios sobre el tema.

Se incluyeron cada una de las palabras clave representativas de cada uno de los objetivos. Como se identifica en la Figura 4, tras realizar las 28 búsquedas, de un total de 426 artículos identificados en la base de datos, se seleccionaron los 28 artículos que se ajustaron al objetivo de cada búsqueda para justificar la relación entre los objetivos, la mejora de la dinámica familiar y la mejora de la autonomía (ver las tablas del apartado “[objetivos del PCF-Auto](#)¹” donde aparece reflejada la relación). En apartados siguientes, se presentan los objetivos del PCF-Auto y la [síntesis temática de los contenidos](#) que fueron identificados por su utilidad y aportación para realizar la adaptación del Programa de Competencia Familiar para adultos mayores y sus familiares.

¹ Al clicar sobre los hipervínculos, se accede a las evidencias originales mencionadas en el párrafo en cuestión

Método para el análisis de resultados de cambio pre-post PCF-Auto

Contó con un diseño cuasi-experimental con evaluaciones pre y post de los participantes en el programa. Se esperó poder disponer de una muestra de un mínimo de 100 personas mayores (PM) y de un mínimo de un familiar de referencia (F) en cada caso. Se esperó realizar dos pilotajes; el primero para evaluar la eficacia del PCF-Auto en la mejora de los recursos familiares de promoción de autonomía y del segundo para validar los cambios realizados a partir de la primera aplicación.

La muestra para el primer pilotaje se constituyó de 5 grupos de ± 15 familias por grupo: un grupo en Manacor, uno en Inca y tres en Palma –Santa Catalina/Son Espanyolet, Ciutat Antiga y Son Cladera- conformando una muestra inicial de 75 familias. En febrero de 2019 tuvo lugar el inicio del primer pilotaje, el cuál finalizó la última semana de mayo (ver Tabla 1).

Tabla 1

Calendarización de procesos para el diseño, formación y implementación del PCF-Auto

Febrero 2019						
DL	DM	DX	DJ	DV	DS	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
		Preparación de materiales didácticos del PCF-Auto				
11	12	13	14	15	16	17
	Preparación de materiales didácticos del PCF-Auto y selección de la muestra					
18	19	20	21	22	23	24
	Curso de formación de formadoras y selección de la muestra de participantes					
25	26	27	28			
Selección de la muestra de participantes y evaluación PRE						
Marzo 2019						
DL	DM	DX	DJ	DV	DS	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
		Primera sesión PCF-Auto				
11	12	13	14	15	16	17
	Segunda sesión PCF-Auto					
18	19	20	21	22	23	24
	Tercera sesión PCF-Auto					
25	26	27	28	29	30	31
	Cuarta sesión PCF-Auto					
Abril 2019						
DL	DM	DX	DJ	DV	DS	D
1	2	3	4	5	6	7
	Quinta sesión PCF-Auto					
8	9	10	11	12	13	14
	Sexta sesión PCF-Auto					
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					
Evaluación	POST					
Mayo 2019						
DL	DM	DX	DJ	DV	DS	D
		1	2	3	4	5
			Evaluación	POST		
			n			
6	7	8	9	10	11	12
	Análisis de datos PCF-Auto					
13	14	15	16	17	18	19
	Análisis de datos PCF-Auto					
20	21	22	23	24	25	26
Preparación del informe final						

Nota. Elaboración propia

La muestra de participantes (grupos experimentales) fue seleccionada aleatoriamente en cada una de las cinco áreas territoriales. Se incluyeron las familias participantes con solicitudes de valoración de grado de dependencia o que contaran con el reconocimiento del Grado I. En total se esperó contar con un mínimo de 100 personas (50 PM y 50 F) en los grupos experimentales. Se esperaba poder disponer de un grupo control para probar la validez de los resultados. No obstante, el segundo pilotaje se inició en febrero de 2020, aunque no se llegó a finalizar. Se vio interrumpida su aplicación a raíz de la declaración del estado de alarma por la COVID-19, en la segunda quincena del mes de marzo de 2020.

Como criterios de exclusión se establecieron:

- La presencia de síntomas de *demencia* que imposibilitaran la consecución de los objetivos del programa para/con las familias.
- La presencia de dolencias físicas que imposibilitaran la adquisición de las destrezas previstas en el programa y/o dificulten el ritmo grupal. Pueda servir de ejemplo la *hipoacusia severa*.

Instrumentos para el análisis de resultados de cambio pre-post del PCF-Auto

Para la implementación del PCF-Auto, se llevó a cabo la formación de los formadores que, bajo la supervisión de GIFES, desarrollaron los contenidos y aplicaron los instrumentos de medición de los efectos del programa con las familias objeto de estudio e intervención. Para el análisis se trabajó con los cuestionarios validados para su aplicación sobre la población. Fueron adaptados a las características de la población objeto de investigación. Previo al inicio del programa, los participantes fueron informados acerca de sus derechos y firmaron una [hoja de consentimiento informado](#).

- *Cuestionario de Pfeiffer*: Short Portable Mental Status Questionnaire (Pfeiffer, 1975), (Martínez de la Iglesia *et al.*, 2001). Este cuestionario permitirá el cribado inicial de las personas que presenten síntomas de demencia.
- *Escala de Recursos Sociales (OARS)* Duke University Center (1978) (Older Americans Resource & Services Group) (Kane *et al.*, 1993), (Fernández- Ballesteros *et al.*, 1996), (Grau *et al.*, 1996). Este cuestionario permitirá evaluar los niveles de apoyo social.
- *Cuestionario de Función Familiar (APGAR)*: University of Washington (1978) (Smilkstein, 1978), (Smilkstein *et al.*, 1982), (Bellón *et al.*, 1996), (Suarez y Alcalá, 2014). Este cuestionario permitirá evaluar la dinámica y funcionamiento familiar.
- *Cuestionario Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*: Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Este cuestionario permitirá evaluar los niveles de calidad de vida de las personas mayores participantes.
- *Escala de Depresión Geriátrica - Test de Yesavage*: Stanford University School of Medicine (Yesavage, 1983), (Martínez de la Iglesia *et al.* 2002). Este cuestionario permitirá evaluar los niveles de depresión en adultos mayores.
- *Cuestionarios de satisfacción participantes*. Este cuestionario permitirá evaluar el nivel de satisfacción de las familias con los contenidos, formadores y resultados del programa.
- *Cuestionarios de evaluación y seguimiento* a realizar por los formadores del programa. Este cuestionario permitirá evaluar la idoneidad de los contenidos del programa para su implementación y la evolución de los participantes en cada una de las sesiones.

Por ende, se rediseñaron los instrumentos de evaluación, preparando un único cuestionario con las principales informaciones y escalas de evaluación de resultados (diseño provisional de los cuatro cuestionarios: [\(1\) Familiares](#), [\(2\) Adultos mayores](#), [\(3\) Evaluación de progreso de participantes](#), [Evaluación de las sesiones de familias](#), [Evaluación de las sesiones de cuidadores](#) y [Evaluación de las sesiones de Adultos Mayores](#) y un [\(4\) Cuestionario de Satisfacción](#).

Para identificar los efectos derivados de la mortalidad experimental sobre la inferencia de resultados, se compararon las puntuaciones obtenidas en el pre-test y el pos-test para conocer el volumen de participantes y el índice de deserción, con tal de valorar en qué medida la aplicación de cada una de las técnicas identificadas por su efectividad, generan la implicación familiar necesaria para la mejora del desarrollo del programa.

Procedimiento de análisis

El análisis de los datos cuantitativos se centró en los resultados de los factores y escalas considerados para cada uno de los instrumentos, de acuerdo con las hipótesis de la investigación. El análisis se realizó con SPSS 25. El plan de análisis para alcanzar los objetivos propuestos se dividió en tres partes.

1. *Análisis del resultado en las estrategias de captación.* Análisis de los procesos de aceptación por parte de los adultos mayores y familiares.
2. *Análisis de la adherencia.* (1) Análisis de la asistencia y participación activa durante las sesiones, (2) Análisis de seguimiento de las indicaciones y recursos conductuales introducidos por el programa, seguimiento de las recomendaciones por parte de los participantes (adultos mayores y familias) en el corto plazo (pre-post1) y medio (post2).
3. *Contraste de hipótesis.* Estudio de las variables dependientes, según el resto de variables consideradas, asumiendo el papel de variables independientes (estudio individual y relacional de las variables explicativas).

Los análisis básicos que realizados fueron los siguientes: (1) Análisis descriptivo de cada una de las escalas consideradas, de acuerdo con los protocolos establecidos en cada instrumento utilizado (atribuciones de puntuaciones, baremos, etc.), para cada uno de los sujetos, estableciendo los resultados grupales y diferenciando los resultados por la variable sexo en cada uno de los grupos; (2) Análisis de diferencias de medias (t-test) y pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney), comprobando diferencias (pre-post, entre grupo cuasi-experimental y control y la variable sexo mediante comprobaciones basadas en el análisis de varianza: MANOVA), reproduciendo la secuencia de análisis para cada una de las etapas de toma de datos (post test 1 y 2).

Estos análisis se realizaron detallando los cambios en los grupos, y en función de la variable sexo, a partir de la comparación entre la medición pre y post (final de la aplicación), de cada una de las dimensiones; estudiando los diversos factores concurrentes.

1. Análisis de la fidelidad de los formadores en la aplicación del programa.
2. Análisis de la valoración del programa y de la satisfacción de los participantes.

Objetivos

En este apartado se presentan los objetivos inicialmente marcados, previo al desarrollo de la tesis doctoral. Para la consecución de los objetivos de esta tesis doctoral, se efectuaron un conjunto de investigaciones diferenciadas en cuatro fases: Una vez consiguió:

1. Fase de diagnóstico: conocer las necesidades sociales de las personas mayores con dependencia y sus familiares para plantear estrategias de prevención de las situaciones de dependencia
2. Fase de revisión:
 - a. Conocer las principales variables de trabajo familiar para promover la autonomía personal de los adultos mayores que residen con sus familias
 - b. Conocer las principales técnicas de implicación y adecuarlas al Programa de Competencia Familiar
3. Adaptar el Programa de Competencia Familiar a partir de las necesidades identificadas en la población con dependencia y sus familiares y las variables de trabajo familiar para promover la autonomía personal, dando lugar al diseño del Programa de Competencia Familiar Auto (PCF-Auto).
4. Adaptar las técnicas de implicación familiar a partir de las estrategias identificadas en la literatura por sus evidencias de efectividad e implementarlas en el primer pilotaje del PCF-Auto para su validación.

Objetivos generales

1. Implicar a las familias en la promoción de la autonomía personal individual de personas mayores, mediante el diseño, pilotaje (2) y validación del *Programa de Competencia Familiar Universal-Auto* (PCF-U-Auto en adelante) para unidades de convivencia constituidas por adultos mayores y familiares.
2. Investigar sobre las estrategias que promuevan el empoderamiento individual de personas mayores y la resiliencia familiar de su entorno e identificar estrategias de promoción del envejecimiento activo desde el enfoque centrado en las familias, mediante estrategias de afrontamiento individual y familiar para implementarlas en el PCF-Auto.
3. Difundir los resultados del diseño, implementación y evaluación del PCF-Auto y del impacto generado sobre la intervención, a partir de la selección y aplicación de las técnicas de implicación familiar seleccionadas mediante revisiones sistemáticas en bases de datos sobre intervenciones anteriores, basadas en evidencias, y aplicadas en el PCF-Auto.

Objetivos específicos

1. Determinar las técnicas de implicación familiar de mayor eficacia para su aplicación en los Programas de Competencia Familiar.
2. Llevar a cabo una revisión de la literatura existente en materia de diseño y evaluación de programas de prevención. Actuaciones:

- Búsqueda, selección y diseño de técnicas de implicación familiar (didáctica de la prevención).
 - Definición del perfil sociodemográfico, de salud, de apoyo social y de dependencia de las personas con dependencia para adaptar el diseño del programa a sus necesidades.
 - Búsqueda, selección y diseño de variables de trabajo en la dinámica familiar para promover la autonomía individual.
3. Elaborar una selección y creación de incentivos para prevenir, reducir y controlar la pérdida de familias en el PCF-Auto y para asegurar la implicación de los profesionales (trabajadores sociales, formadores, otros equipos) en el PCF-Auto.
 4. Diseñar, implementar y evaluar el primer pilotaje del PCF-Auto.
 5. Participar en la difusión de los resultados para conseguir la implicación familiar en los Programas de Competencia Familiar y en la difusión de los resultados del diseño y validación del PCF-U-Auto como estrategia de implicación familiar para la prevención de las situaciones de dependencia.

Hipótesis

Esta tesis doctoral parte del planteamiento de dos hipótesis que dan lugar al planteamiento de los diferentes estudios necesarios para proceder a su aprobación o desaprobación. Una primera tiene que ver con el planteamiento del Programa de Competencia Familiar y sus garantías de eficacia y efectividad, y una segunda con el planteamiento de las variables de trabajo con personas mayores y familiares para promover la autonomía personal en el ámbito familiar.

H1. La aplicación de técnicas de implicación familiar, seleccionadas por haber demostrado evidencias de eficacia y/o efectividad, en los Programas de Competencia Familiar, mejorará la asistencia de las familias a las sesiones del programa, su implicación y, como resultado, la eficacia e impacto de la intervención.

H2. Mediante las variables de trabajo del Programa de Competencia Familiar-Auto (ver variables que aparecen en el apartado sobre “[Objetivos del PCF-Auto](#)” y tabla de relación entre las dimensiones de trabajo para cada uno de los cinco bloques de objetivos que se pretenden conseguir), se espera contar con una mejora de las dinámicas familiares positivas (bloque 1 de objetivos), de las competencias de fomento de la autonomía de sus miembros (bloque 2 de objetivos), de las habilidades conductuales y vitales (bloque 3 de objetivos), de las habilidades sociales (bloque 4 de objetivos), y la reducción efectiva de la pérdida de funciones, en relación a la toma de decisiones sobre las actividades básicas de la vida diaria [ABVD] (bloque 5 de objetivos).

Presentación de contenidos del cuerpo de la tesis doctoral

A principios de 2007 la *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia* (LAPAD) surge, de manera emergente, como medida de protección social para configurar el derecho subjetivo de atención y acceso a prestaciones, cubriendo aquellas situaciones de vulnerabilidad de las personas que requerían del apoyo de terceros para llevar a cabo las actividades básicas diarias.

Un hito en la ampliación del estado del bienestar español que hace historia, pues supone el reconocimiento explícito del “derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia” (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2020).

Esta Ley se diseña transfiriendo las competencias a las comunidades autónomas en materia de dependencia, planteándose en torno a las ayudas para las personas que residen en el hogar y para las personas que residen en entornos residenciales. En cualquier caso, en su diseño de incide en que deberá articularse por medio de “una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, que contemplará medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación, en su caso, de las Entidades Locales”.

Esta ley abastece, en la actualidad, con sus servicios y prestaciones a 1,1 millones de personas; un gran avance en el sistema de protección social. Entre el catálogo de servicios destacan los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal, los de teleasistencia, de ayuda a domicilio, centros de día y de noche y los residenciales.

Centrándonos en la dimensión familiar de las prestaciones por dependencia, y, por tanto, en las medidas para las personas que residen en el hogar habitual si bien, se identifican las ayudas económicas dirigidas a facilitar el afrontamiento de gastos por dependencia por parte de las familias; ayuda conocida como PECEF (Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar). Estas prestaciones, que, en principio, contaban con un *carácter excepcional*, han terminado sobrecargando el sistema de financiación del SAAD.

Tras sus primeras implementaciones, comienzan a emerger las consecuencias de un diseño desprovisto de especialización y bajo condiciones de emergencia social. Sus prestaciones presentaban y presentan un carácter asistencial, genera desigualdades territoriales importantes en la provisión de servicios y aparte comienza a presentar problemas para su financiación, fundamentalmente por el incremento en las solicitudes por dependencia y la predominancia de la PECEF como medida de apoyo familiar a la dependencia otorgada.

Teniendo en cuenta el carácter personal previsto en el diseño de las prestaciones por dependencia, en el sentido de diseñarse para mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen, al margen del apoyo que puedan requerir sus familiares, la PECEF se acaba configurando a modo de prestación que, en vez de servir para sufragar los gastos derivados de la dependencia para el mantenimiento de la persona en el hogar, actúa o bien, a modo de remuneración para el “apoyo informal” o bien como pequeña ayuda económica destinada a sufragar los gastos familiares derivados de la vida diaria.

En el capítulo primero se produce un acercamiento a la antesala numérica, teórica, científica y conceptual del Programa de Competencia Familiar Universal-Auto (PCF-Auto), una iniciativa de innovación social en promoción de autonomía que nace tratando de dar respuesta a diferentes recomendaciones políticas españolas, europeas y mundiales en materia de envejecimiento. Demandan acciones que permitan mantener o mejorar la autonomía de las personas en su proceso de envejecimiento.

En este capítulo se realiza un recorrido histórico que abarca desde los orígenes de los estudios sobre envejecimiento, pasando por los principales modelos teóricos que explican el envejecimiento, y que nos permiten delimitarla como etapa diferenciada del ciclo vital, y que alcanza los datos más actuales sobre envejecimiento, dependencia, enfermedad y soledad, también realizando un recorrido desde los datos estatales, hasta los datos autonómicos de Baleares, comunidad autónoma de interés por constituir la muestra de personas a las que se

aplicó el programa. Para acabar este capítulo primero, se realiza un repaso de los principales determinantes sociales que inciden sobre la autonomía y la salud, los argumentos que justifican la necesidad de trabajar en el ámbito familiar, se revisan las principales intervenciones internacionales que se orientan a la promoción de la autonomía y se procede, finalmente a realizar un resumen de las contribuciones teóricas que sustentaron los cimientos del PCF-Auto, así como su procedimiento de selección de contenidos y de adaptación del PCF-U, en su versión original, al PCF-Auto.

Dado que resulta más viable aplicar medidas que tempranamente permitan mantener la autonomía, que aplicarlas una vez ya se hayan dado las primeras pérdidas en destrezas, relaciones o capacidades en edades más avanzadas, se proponen un conjunto de intervenciones dirigidas a trabajar sobre las relaciones más cercanas con las que cuente la persona mayor con tal de dar lugar a la mejora de la calidad de sus relaciones, su participación, autoestima, capacidad de afrontamiento, entre otros factores que inciden sobre la salud y bienestar del individuo.

Por otro lado, se presenta un segundo capítulo, en el que aparecen todos los detalles acerca del diseño del Programa de Competencia Familiar Universal-Auto (PCF-U-Auto); sus objetivos, cómo se diseñó, cuál fue la selección de su estructura y cómo se realizó la adaptación de los contenidos para la promoción de la autonomía, y se realiza una breve síntesis temática de los contenidos que dieron lugar al mismo, y que fueron fruto de la revisión de medidas de promoción familiar de la autonomía personal en adultos mayores.

Es la versión completa de la síntesis del segundo capítulo publicado por la editorial Octaedro, *La promoción familiar y social de la autonomía en adultos mayores: el Programa de Competencia Familiar-Auto*, del libro *Educación familiar. Programas e intervenciones basados en la evidencia*. Finalmente, el capítulo termina con la presentación del diseño de la estructura del PCF-Auto y con los preparativos y diseño de la aplicación que se realizó en el primer pilotaje aplicado en Baleares, con la colaboración de la Dirección General de Dependencia del Govern Balear.

Luego, en un tercer capítulo se describe al detalle la implementación del PCF-Auto realizada en Baleares, para probar la validez del programa conforme los objetivos para los que se diseñó. Aparecen los detalles de la evaluación realizada, de sus instrumentos, del análisis estadístico que se aplicó, así como la presentación y evaluación de sus resultados, discusiones y conclusiones que se sacaron al respecto.

Se presenta un capítulo cuarto donde aparece el compendio de publicaciones que dio lugar a esta tesis doctoral; dos capítulos de libro publicados por la editorial Octaedro y tres artículos de revistas indexadas en *Scimago Journal Ranks* (SJR).

Para terminar, el capítulo cinco recoge el conjunto la discusión y las conclusiones de la tesis doctoral. Se define la relación de cada una de las partes desarrolladas con los objetivos de la misma, las limitaciones, implicaciones prácticas y políticas y el cierre de la tesis doctoral.

Se presentan las 334 referencias consultadas y vaciadas para formar parte de los contenidos de esta tesis doctoral y cuatro anexos con evidencias que complementan los contenidos que conforman el cuerpo de la tesis doctoral; un primer anexo con contenidos adicionales a los artículos de revista y capítulos de libro que constituyen la tesis doctoral, un segundo anexo donde se adjuntan los manuales que se diseñaron para su aplicación, un tercer anexo donde se aporta la transcripción del *focus group* realizado por las formadoras del PCF-Auto para dar lugar a su mejora tras la realización del primer pilotaje y, finalmente, un cuarto anexo con acceso a la galería de imágenes de las aplicaciones del PCF-Auto y que sirven a modo de evidencias de su aplicación.

**CAPÍTULO 1: FUNDAMENTOS
TEÓRICOS DEL PROGRAMA DE
COMPETENCIA FAMILIAR
UNIVERSAL-AUTO (PCF-U-AUTO)**

Orígenes de los estudios sobre envejecimiento

Para comprender el estado actual del envejecimiento y la dependencia asociada al mismo, así como los planteamientos de intervención existentes en torno a dichos conceptos, recurriremos a realizar una breve revisión histórica sobre los estudios de envejecimiento. Posteriormente, realizaremos una revisión de las principales teorías desde las que comprender el constructo y su evolución en el tiempo.

Si tratamos de buscar en qué momento histórico comenzaron los estudios sobre envejecimiento, es en las creencias, tradiciones o teorías de Platón y Aristóteles donde se pueden indicar las primeras evidencias acerca de las dos vertientes principales a partir de las que se ha dado el estudio del envejecimiento. La perspectiva platónica se ha caracterizado por mostrar una tendencia hacia el planteamiento positivo, mientras que, la perspectiva aristotélica, contrariamente, se ha visto definida por una marcada tradición más bien negativista. En una línea temporal, los principales precursores que han marcado las tendencias actuales sobre los estudios de envejecimiento se observan (Birren, 1996; Fernandez-Ballesteros, 2009; Limón y Ortega, 2011; Parra, 2017):

- *Platón (427-347 a. de C.):* Una visión positiva donde la persona envejece conforme ha vivido, dejando latente la necesidad de prepararse para el envejecimiento desde la juventud.
- *Aristóteles (384-322 a. de C.):* Indica la vejez como enfermedad natural, como última etapa de la vida humana.
- *Cicerón (106-43 a. de C.):* En *De senectute* el autor plantea el crecimiento de la virtud humana a partir de la edad; visión también positiva.
- *Séneca (4-65 d. de C.):* Centrada nuevamente en el deterioro mental y físico del envejecimiento.

En la actualidad se reflejan estas dos vertientes comprensivas en los modelos de atención al envejecimiento: por un lado, el *modelo médico tradicional o deficitario*, el cual conceptualiza la vejez por los cambios biológicos fruto de la involución y del déficit, y por otro, el *modelo de desarrollo o social*, que habla de envejecimiento activo; de la vejez como etapa diferenciada por las posibilidades que brinda (Limón y Ortega, 2011).

Los primeros estudios del envejecimiento

Podemos fechar los inicios de los estudios sobre envejecimiento y su relación con la dependencia en 1969, cuando, en el marco de las Naciones Unidas, se empieza a tomar conciencia sobre la necesidad de proteger a los más mayores. Se ponen en marcha diferentes resoluciones para dar garantía a sus derechos y bienestar (Observatorio de Personas Mayores, IMSERSO, 2003).

Con la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento celebrada en Viena en 1982, se aprueba el Plan de Acción, con directrices y recomendaciones para que los países más desarrollados incrementen sus políticas de protección. Cada país contó con su propio progreso, pero en general, mejoraron las infraestructuras para las personas mayores, los Servicios de Salud se especializaron, se desarrollaron planes, programas y estrategias de coordinación acerca del envejecimiento, aumentando la participación de las personas mayores en la sociedad (Parra, 2017).

Transcurridas dos décadas, se celebra la II Asamblea Mundial del Envejecimiento en Madrid (2002) en la que se introdujo el término envejecimiento activo y se aprobó el Plan de Madrid, que contemplaba la adopción de medidas para garantizar la habilitación de las personas mayores para que pudieran participar en el desarrollo, la impulsión de políticas para la salud y el bienestar en el envejecimiento y en la creación de entornos favorables para las condiciones de vida de las personas de edad, libres de abuso y maltrato, promoviendo una imagen positiva del envejecimiento

Con posterioridad, el desarrollo general de programas de atención a la población, los avances tecnológicos y las investigaciones en salud comienzan a mostrar resultados; se procede a un aumento progresivo de la esperanza de vida y, por ende, cambios en la estructura de la población, al verse favorecido el envejecimiento de la población (Naciones Unidas, 2003). Se observa un incremento de la población mayor de 65 años que se espera vaya en aumento hasta triplicar su cifra, pasando de los 600 millones que había en el año 2000 a suponer los 2.000 millones de personas mayores de 65 años que se predice haya en 2050 (Rodríguez, 2017).

Ciencias de estudio del envejecimiento: La gerontología y la geriatría

“Gerontología” constituye un concepto griego compuesto de los constructos “geron” que significa “viejo” y “logos”, “estudio”. Se trata del área encargada de los estudios sobre vejez, cuyo precursor fue Elie Metchnikoff (1845-1916), premio Nobel y profesor del Instituto Pasteur de París, a comienzos del siglo XX (Fernández-Ballesteros, 2004).

Durante los primeros 50 años, la Gerontología se encargó de estudiar el envejecimiento desde diferentes puntos de vista (bio-psico-social), la senescencia, entendida como envejecimiento normal, y la senilidad, comprendida como envejecimiento patológico. En ese periodo -1948- es cuando la OMS da un paso más en el concepto salud y completa su definición al referirse a la suma de bienestar físico, mental y social, dejando atrás la concepción simple de salud como ausencia de enfermedad. El mismo Schäfer (1975) citado en Parra (2017) indicó la importancia de añadir vida a los años, no años a la vida al afirmar que “*nuestra esperanza de vida depende de nuestro estilo de vida. Esperanza de vida no solo significa duración de la vida, sino también calidad de vida. No solo cuenta lo viejo que se llega a ser, sino también cómo se envejece*” (p. 66).

En 2015, la misma OMS definió la Gerontología como la ciencia que estudia el envejecimiento, la vejez y las personas mayores desde sus diversas disciplinas, enfoques y modelos (OMS, 2015). La necesidad de estudiar la vejez desde la multidisciplinariedad ha sido apoyada por diversos autores (Fernández-Ballesteros, 2000; Oliver *et al.*, 2016). Fernández-Ballesteros (2009), añade en su definición que la Gerontología se encarga de estudiar la vejez tratando de aportar ideas acerca de cómo mejorar las condiciones de vida de las personas mayores frente a los desafíos que implica la vejez. Se centra en el estudio del afrontamiento de los cambios que acaecen en la memoria, la atención, la percepción, el aprendizaje, los roles y de estructura social con el paso del tiempo.

La Gerontología se ha centrado en estudiar las condiciones patológicas de la vejez, las pérdidas y sus cambios. Mientras tanto, las principales recomendaciones políticas indican la necesidad de estudiar la resiliencia, el empoderamiento, todos aquellos

factores positivos que intervienen en la calidad de vida, como actitud preventiva y de promoción de la salud para conseguir una población más longeva en condiciones de salud y autonomía, que disponga de las herramientas necesarias para prevenir la dependencia, incapacidad o enfermedad (Fernández-Ballesteros, 2004).

De la mano de la *Gerontología* está la *Geriatría*, definida por la *British Geriatrics Society* (BGS) como rama de la medicina que se dedica al anciano y que se ocupa del diagnóstico y tratamiento de las dolencias agudas y crónicas, así como también de su rehabilitación funcional y reinserción social. Según la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) y la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG, 2001), es la ciencia que estudia los factores de preventivos, sociales, clínicos y terapéuticos de las enfermedades de las personas mayores.

También de etimología griega, *geron* que es *viejo* y *latrikos* que significa *tratamiento médico* (Morfi, 2007), ve su uso extendido a partir de 1914 con la obra de Ignatz Nasher (1983-1844), *Geriatrics: the diseases of old age and their treatment*.

Esta fue definida en 2015 por la OMS como la rama de la Medicina especializada en la salud y enfermedad de la vejez, que se encarga de prestar la atención y los servicios que sean requeridos conforme cada situación. Por lo tanto, mientras que la Gerontología define por su multidisciplinariedad, la Geriatría se centra en los aspectos Médicos del envejecimiento (OMS, 2015).

Modelos teóricos del envejecimiento

Hemos identificado que las principales perspectivas en las que se enmarcan los estudios sobre el envejecimiento se han dado en un doble sentido u orientación; por un lado, la perspectiva que aporta la visión positiva, la cuál da encaje a la teoría de la actividad de Havighurst de 1987 o a la teoría de la continuidad de Atchley de 1989 y 1999, y por otro lado, la perspectiva que destaca los aspectos negativos de envejecer, dentro de la que podemos encajar la teoría de la desvinculación de Cummings & Henry, nacida en 1961.

Los años 70 se marcaron por una mayor cantidad de estudios biomédicos sobre la vejez dados desde la perspectiva negativa o patológica, la cual se refuerza por vincularse a la enfermedad, la discriminación y el deterioro cognitivo. Aunque en este capítulo vayamos a describir tanto las teorías negativas como positivas del envejecimiento, resulta importante recalcar que la mayor parte de estudios se han centrado en la depresión, ansiedad y en la enfermedad, en general, en el envejecimiento, que sobre cómo mejorar en medidas de prevención y de promoción de la calidad de vida.

Además, la mayor parte de estudios se han centrado en aspectos biológicos de manera aislada, reforzando la imagen negativa de la vejez en la sociedad (Lupien & Wan, 2004). Esta visión negativa ha mostrado sus repercusiones en la sociedad puesto que ha reforzado las creencias y la profecía sobre los roles atribuidos al envejecimiento y a la dependencia en la edad avanzada; hecho que influye en los cuidados que reciben las personas mayores (Fernández-Ballesteros *et al.*, 2016). Dada la repercusión social que tiene esta visión del envejecimiento, tanto la OMS (1990) como la ONU (2002) han indicado que las políticas que se planteen en torno a las personas mayores, deberán ir precedidas de cambios en esta visión.

Aunque se hayan dado en menor medida, se identifican las teorías psicológicas (ver Figura 5), las cuales definieron los cambios en el sentido de crecimiento, estabilidad o de declive, que acontecen en la psicología humana con el tiempo y el cumplimiento de años. Las principales son:

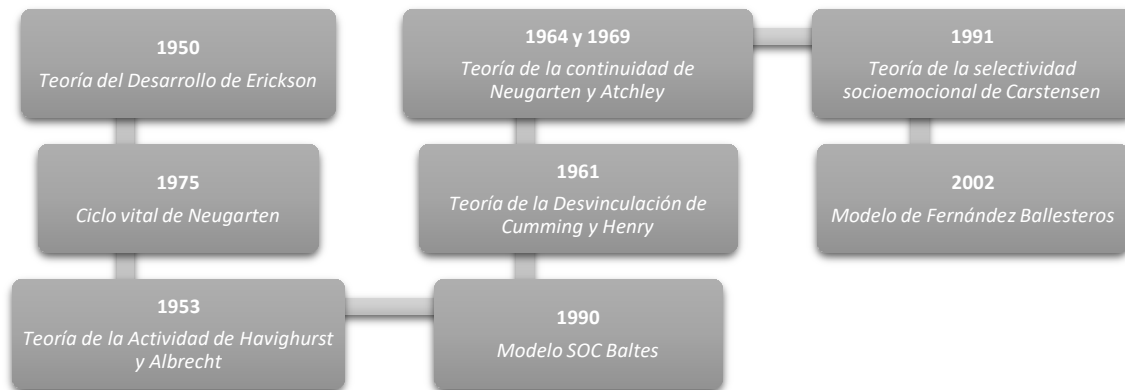


Figura 5. Se identifican las diferentes teorías psicológicas influyentes en el presente trabajo ordenadas cronológicamente. Fuente de elaboración propia (Parra, 2017).

Teoría del desarrollo de Erikson

En 1950 Erikson, basándose en un planteamiento evolutivo, ubica la vejez a partir de los 65 años, basándose en el proceso de desarrollo producido desde el nacimiento hasta la muerte. Indica que en cada etapa de desarrollo el individuo posee un conflicto y una virtud. Ubica la vejez en un continuo que va desde la integridad hasta la desesperación, donde destaca las virtudes de la prudencia y la sabiduría. Para Erikson el ser humano desarrolla en cada etapa del desarrollo competencias específicas que le ayudarán a resolver los retos y conflictos en otra etapa vital. Es en la resolución de conflictos donde el ser humano crece y se desarrolla a lo largo de su ciclo vital (Erikson, 1950; Erikson, 2000).

Teoría del ciclo vital de Neugarten

Contrariamente, para Neugarten (1975), el envejecimiento se da en un continuo, no diferencia etapas. Plantea su enfoque del ciclo vital a partir de los estudios de los años 50 “*Middle Age and Aging*” en los que se describe el ciclo vital a partir de los eventos (matrimonio, hijos, logros o del retiro) y de los roles que se van asumiendo y que cambian el autoconcepto e identidad personal.

De esta teoría resaltan los supuestos de que en la vida hay un balance entre crecimiento o ganancias y declive o pérdidas (1), que algunas funciones declinan con la edad, como la inteligencia mecánica o fluida, mientras otras se mantienen estables como la inteligencia pragmática o cristalizada (2), que con el ciclo vital aumenta la variabilidad interindividual (3), la posibilidad de compensar el declive mediante entrenamientos (4) y que el envejecimiento puede darse de manera normal, patológica o exitosa (Neugarten, 1950; Neugarten, 1964; Neugarten *et al.*, 1961 encontrado en Gallo, 2011). Vemos como el constructo “calidad de vida” parte de la teoría del ciclo vital desde la perspectiva del envejecimiento exitoso o activo (Fernández-Ballesteros, 2009).

Esta perspectiva se basa en la percepción de la última etapa del ciclo vital como un cúmulo de ganancias (Villar *et al.*, 2010). Por lo tanto, vemos como esta teoría enfatiza en el potencial del crecimiento y de la adaptación (Stowe & Cooney, 2014): fundamentos de la prevención de la dependencia.

Teoría de la actividad de Havighurst y Albrecht

En 1953 emerge uno de los modelos más extendidos en los estudios sobre envejecimiento activo y exitoso, pues ubica la actividad como fundamento del envejecimiento saludable. Indica que las personas más adaptadas son las que sobreviven más años con mejor calidad de vida. Precisamente son las personas que realizan más actividades. Sostiene que el bienestar de los adultos mayores se ubica en el “enganche” activo, traducido en el sentimiento de utilidad material, de productividad, de estilo de vida activo, lleno de roles.

Permite al individuo asumir nuevos roles y actividades y mantenerse así social y psicológicamente adaptado. Havighurst y Albrecht fueron los primeros investigadores que conceptualizaron el envejecimiento exitoso. En 1963 Havighurst distinguió entre el envejecimiento “externo” fundamentado en las funciones sociales y “interno” basado en la adaptación o satisfacción con la vida (Havighurst & Albrecht, 1963, encontrado en Merchán y Cifuentes, 2014).

Teoría de la continuidad de Neugarten y Atchley

En 1964 surge la teoría que defiende el desarrollo del individuo como su capacidad adaptativa a situaciones externas negativas, a pesar de los cambios significativos que ocurren en su salud, funcionamiento y circunstancias sociales. Indican que las personas mostramos una constancia en patrones de pensamiento, perfiles de actividad y relación social a través del tiempo. Estos autores indican que justo en esa continuidad está presente el proceso de adaptación al cambio (Atchley, 1989).

El envejecimiento no se conceptualiza como cambio repentino, sino como como el cúmulo de valores, actitudes, hábitos, conductas y metas desarrollados en el avance vital; se determina por el estilo de vida previo. En esta teoría vemos reflejada la necesidad de adquirir destrezas en etapas previas al alcance de la dependencia. La adquisición de recursos y destrezas previas al acontecimiento de la enfermedad o acontecimiento por el que se requiera del apoyo de terceros en ciertas formas de actividad, permitirá mantener al individuo resiliente en el resto de actividades en las que pueda continuar manteniendo la conducta y pensamiento autónomo (Atchley, 1999).

Teoría de la desvinculación de Cumming y Henry

Una de las teorías con mayor connotación negativa; indica la necesidad de aceptación de que el individuo, con el envejecimiento, vaya progresivamente desconectándose de la sociedad, vaya perdiendo roles y funciones, productividad, para permitir a otros todavía en estadios vitales de productividad, asumir dichas funciones, manteniendo así una estabilidad y funcionamiento social cohesivo.

Por el contrario, estos autores indican que precisamente la falta de aceptación de esta desvinculación natural, tiende a larvar en el propio individuo a nivel psicológico, y por la influencia del ambiente sobre el mismo. También supone la aceptación de la pérdida de lazos afectivos, la aceptación de la reducción en la interacción con las personas de su entorno, familiares y no familiares, de la afectividad y la despreocupación por uno mismo.

La aceptación de la desvinculación permitirá un buen estado emocional y envejecimiento satisfactorio. El principal reto indicado por esta teoría, es el de demostrar que la edad no presupone necesariamente enfermedad y dependencia, sino que los individuos deben ser capaces de realizar una vida activa e independiente en el envejecimiento (Cumming & Henry, 1961, encontrado en Merchán y Cifuentes, 2014).

Modelo de Optimización Selectiva por Compensación (SOC) de Baltes y Baltes

En los 90 surge este modelo, destacado en el estudio del envejecimiento activo y exitoso, centrado en el control de la dinámica de ganancias y pérdidas a lo largo de la vida. Destacan los procesos de selección, optimización y compensación en la adaptación con éxito en la vejez, como propuestas de valor para el comportamiento adaptativo y la calidad de vida en la adultez. Explica cómo las personas mayores pueden afrontar con éxito las pérdidas vinculadas a la edad, aplicando mecanismos de compensación (Baltes & Baltes, 1990). Este proceso indica la existencia de procesos que generan ganancias, seleccionándolos y optimizándolos, aunque también procesos que contrarrestan pérdidas y que ocurren de manera inevitable. Actúan como mecanismos de compensación.

Con la disminución de recursos individuales, la selección se torna un mecanismo adaptativo y la optimización refiere la adquisición de la aplicación e integración de recursos para conseguir un nivel elevado de funcionamiento (Jopp & Smith, 2006). La compensación aquí es fundamental, dado que refiere cómo las pérdidas se reemplazan por los recursos de que sí dispone el individuo. Permite el afrontamiento adaptativo de problemas, la aplicación de estrategias para gestionar la propia vida y el desarrollo de funciones protectoras que determinarán el envejecimiento activo y el bienestar (Weiland *et al.*, 2011; García y García, 2013).

Teoría de la selectividad socioemocional de Carstensen

En 1991 surge esta teoría, recalando la importancia de los cambios dados en la motivación social, en las emociones y en la autorregulación dada a lo largo del ciclo vital. La predisposición positiva inherente al procesamiento de la información, es resaltada por el autor; que el adulto mayor se centre en lo realmente valioso (Notthoff *et al.*, 2016). Con la edad, la percepción del tiempo se vuelve importante. Se tienden a seleccionar las relaciones y objetivos sociales.

Entonces, la percepción del tiempo impacta a escala socioemocional y motivacional dado que la interacción social es fundamental para la supervivencia, el ser humano es quien planifica sus objetivos futuros y la selección de las relaciones sociales es un proceso fundamental para la adaptación en la vejez. Carstensen resalta que con el envejecimiento las personas vamos regulando las emociones y concentrándolas en las relaciones con los demás (Carstensen *et al.*, 2003; Werher & Lipsky, 2015).

Teoría de la optimización del control primario y secundario de Heckhausen y Schulz

Toma como eje central el control primario, dirigido a cambiar el ambiente y el secundario, entendido como adaptación psicológica a las condiciones ambientales a lo largo de la vida conforme a los recursos de que dispone el individuo y, por otro lado, a la optimización, como proceso para regular y afrontar los cambios del envejecimiento (Heckhausen & Schulz, 1993).

Según esta teoría, planteada por los mismos autores citados en el párrafo que precede, ante la pérdida normal de capacidades del envejecimiento, el control secundario selectivo le permite aumentar y potenciar sus recursos para satisfacer sus necesidades. El control primario compensatorio refiere cuando son los otros los que reemplazan a la persona en la satisfacción de sus necesidades. En caso de pérdida, actúa el control secundario compensatorio, como forma de adaptación del individuo a los cambios en sus objetivos y necesidades.

Teoría de la proactividad correctiva y preventiva de Kahana y Kahana

Resaltan la influencia del contexto histórico en el repertorio de conducta humana. Por envejecimiento positivo definen el afrontamiento humano frente a situaciones estresantes. Distinguen entre los recursos internos -esperanza y autoestima- y recursos externos -apoyo económico, social, disponibilidad tecnológica, de servicios sociales, sanitarios, adaptación proactiva en la substitución de roles, el mantenimiento de actividades agradables y las relaciones valiosas-, para el enfrentamiento de cambios y adaptaciones comportamentales que permiten reducir el impacto de los eventos estresantes sobre la calidad de vida, el bienestar, para mantener las actividades y relaciones (Kahana & Kahana, 1996; Kahana & Kahana, 2003; Martín *et al.*, 2014).

Teoría del modelo multidimensional multinivel de envejecimiento exitoso de Fernández Ballesteros

Se basa en la influencia de factores distales o condiciones sociales e históricas o longitudinales que acompañan al individuo y proximales, que son las condiciones determinantes con valor explicativo del envejecimiento activo. Representa el modelo de envejecimiento exitoso de Europa desde una perspectiva positiva (Petretto *et al.*, 2016). Los factores distales, proximales, el contexto y el individuo se pueden agrupar en sistemas o niveles de nivel macrosocial, mesosocial y microsocioal.

A lo largo de la historia del individuo, familia y comunidad son factores distales del contexto o nivel intermedio con los que la persona interactúa. Determinan su crecimiento y desarrollo biopsicosocial. Esta teoría contempla los elementos teóricos de Baltes y Baltes de selección, optimización y compensación, en el ciclo vital, tomando como resultado final, el envejecimiento entendido como proceso de adaptación, donde se alcanza la salud, forma física y un nivel de funcionamiento cognitivo, emocional, motivacional y social óptimo.

Dado que el ser humano opera en diferentes sistemas de funcionamiento bio-psico-social, los estudios del envejecimiento han de contemplarse desde todas sus dimensiones (Fernández-Ballesteros, 2009), pues el funcionamiento psicológico se determina por la interacción entre organismo, repertorio comportamental y entorno sociocultural (Bandura, 1986).

Modelo de los efectos del afecto positivo e influencia del afecto positivo en la salud de Pressman y Cohen

En 2005 estos autores proponen dos modelos para analizar el envejecimiento: los efectos del afecto positivo y su influencia en la salud. Estas dos líneas, se basan en la formación para la promoción de hábitos saludables. Se orientan a conocer la influencia de las variables psicológicas sobre la salud y la forma en que las personas percibimos la satisfacción con la vida, en relación a la salud y a la calidad de vida. Bajo estos modelos, prevenir la enfermedad y discapacidad, pasará por mejorar el bienestar y calidad de vida de las personas mayores, alcanzando un (1) desarrollo físico óptimo, incluyendo la salud, (2) psicológico, relativo al funcionamiento cognitivo y a la autorregulación emocional, y (3) social del individuo (Vázquez *et al.*, 2009).

Encaje teórico del PCF-Auto en las teorías del envejecimiento

El Programa de Competencia Familiar Universal-Auto es contenedor de varios ejes teóricos:

- *La teoría del desarrollo de Erikson*, al contemplar el desarrollo temprano de competencias para el afrontamiento exitoso de conflictos y retos que puedan devenir en etapas posteriores del ciclo vital. El PCF-U-Auto se plantea desde la perspectiva de prevención universal, dirigiéndose al conjunto de la población asintomática, para desarrollar las competencias individuales, familiares y sociales necesarias que permitan afrontar el impacto de los cambios del envejecimiento (Erikson, 1950; Erikson, 2000).
- *La teoría del ciclo vital de Neugarten*, al contemplar la posibilidad de compensar el declive mediante entrenamientos y tomando el crecimiento y sobretodo la adaptación como pilares para el envejecimiento exitoso. El PCF-U-Auto se plantea en torno a un conjunto de sesiones constituidas de exposiciones, debates y actividades tanto intra-sesión como inter-sesión que permiten el entrenamiento individual y familiar de estrategias de afrontamiento para que individuos y familias adquieran mayor capacidad de adaptación a los cambios (Neugarten 1950; Neugarten, 1964; Neugarten *et al.*, 1961 encontrado en Gallo, 2011).
- *La teoría de la actividad de Havighurst y Albrecht* al definir la actividad y el ejercicio de roles sociales como los fundamentos para el envejecimiento exitoso. Entendiendo que los individuos más adaptados serán quienes consigan vivir con mejor calidad de vida, el Programa de Competencia Familiar Universal-Auto, dota tanto a la persona mayor como a sus familiares de habilidades sociales y de comunicación, para potenciar sus relaciones familiares y sociales, entendiendo

que las mismas repercutirán sobre la calidad de vida de cada uno de sus miembros y a su vez, sobre cada miembro de manera individual, sobre sus interacciones y dinámicas y calidad afectiva (Havighurst & Albrecht, 1963, encontrado en Merchán y Cifuentes, 2014).

- *Teoría de la continuidad de Neugarten y Atchley*, al dirigirse a desarrollar aquellos valores, actitudes, hábitos, conductas y metas, y, en definitiva, el conjunto de destrezas en etapas previas al desarrollo de la dependencia como eje de trabajo para su prevención (Atchley, 1999).
- *Teoría de la desvinculación de Cumming y Henry*, dado que el PCF-U-Auto pretende garantizar la autonomía de cada uno de los miembros de la familia. El desarrollo de destrezas para mejorar la relación con uno mismo y con el entorno permitirán desarrollar relaciones afectivas que mejoren la calidad de vida de cada uno de sus miembros. La dependencia no se conceptualiza como característica del individuo, ni como “con-fusión” con las y los cuidadoras de su entorno. Plantea a las miembros del sistema familiar como agentes promotores del cambio y bienestar que requieren ciertas destrezas para las que pueden requerir apoyo externo para su desarrollo y funcionamiento óptimo (Cumming & Henry, 1961, encontrado en Merchán y Cifuentes, 2014).
- *Modelo de Optimización Selectiva por Compensación (SOC) de Baltes y Baltes* al entender que las pérdidas individuales pueden ser compensadas por los recursos de que dispone el individuo. Por lo tanto, la selección y optimización de destrezas y competencias permitirá el afrontamiento exitoso de los cambios propios del envejecimiento (Baltes & Baltes, 1990).
- *Teoría de la selectividad socioemocional de Carstensen* dado que la adecuada regulación emocional de los individuos de la familia permitirá interacciones saludables generadoras de bienestar y calidad de vida (Carstensen *et al.*, 2003; Werher & Lipsky, 2015).
- *Teoría de la optimización del control primario y secundario de Heckhausen y Schulz*, pues ante la pérdida normal de capacidades que se da en el envejecimiento, el control secundario selectivo permitirá aumentar y potenciar los recursos para satisfacer las necesidades. Todos los seres humanos requerimos de las relaciones sociales para satisfacer nuestras necesidades; no es solo ante la situación de dependencia cuando el individuo requiera de su entorno. El PCF-U-Auto contempla la potenciación de los recursos individuales para su uso óptimo en la relación familiar (Heckhausen & Schulz, 1993).
- *Teoría de la proactividad correctiva y preventiva de Kahana y Kahana* al contemplar la necesidad de desarrollar recursos internos y externos como estrategia para adaptarse exitosamente a los cambios del envejecimiento (Kahana & Kahana, 1996; Kahana & Kahana, 2003; Martín *et al.*, 2014).
- *Teoría del modelo multidimensional multinivel de envejecimiento exitoso de Fernández Ballesteros* al entender el individuo en funcionamiento e interacción bio-psico-social; la calidad en las relaciones con los otros y con uno mismo repercutirán sobre la salud biológica y psicológica, sobre los síntomas generadores de dependencia (Fernández-Ballesteros, 2009).

- *Modelo de los efectos del afecto positivo e influencia del afecto positivo en la salud de Pressman y Cohen* dado que el PCF-U-Auto entiende que la prevención de la enfermedad y discapacidad, pasará por mejorar el bienestar y calidad de vida de las personas mayores, alcanzando un desarrollo físico óptimo, incluyendo la salud, la psicología, en términos de funcionamiento cognitivo, y a la autorregulación emocional, y social del individuo (Vázquez *et al.*, 2009).

Envejecimiento activo para la promoción de la autonomía

En el último periodo del siglo XX, varios autores han complementado los estudios sobre vejez hablando de un concepto centrado en aspectos positivos. Aunque este concepto se haya operativizado en varios términos (envejecimiento activo, satisfactorio, saludable u óptimo), todos han apuntado en una misma dirección, haciendo referencia a bajos niveles de dependencia, discapacidad o enfermedad, y a altos niveles de funcionamiento social, psicológico y funcional (IMSERSO, 2011; Alguacil, 2019).

Limón (2018) indica que es a partir de los años 60 cuando se comienza a entender que, para envejecer de manera óptima, es fundamental la actividad. Se inicia un largo proceso para forjar el significado Envejecimiento Activo.

Esta conceptualización es propuesta por la OMS y aceptada por los países participantes en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento (OMS, 2002, p. 75), donde se define el Envejecimiento Activo como *el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen*. Con esta nueva definición, la atención al envejecimiento requiere contemplar no solo la vertiente sanitaria, sino también la social (Dean, 2006).

También añade que el envejecimiento: *es el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona: protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia* (OMS, 2002, p. 79). Indica que el envejecimiento activo requiere dar continuidad a la participación en el mercado laboral y/o en actividades productivas no remuneradas y vivir de forma independiente.

El número creciente de población de edad avanzada es un fenómeno mundial que preocupa al conjunto de la sociedad. La capacidad funcional y el envejecimiento saludable son el resultado de la interacción multidimensional entre la salud física, la salud mental, la independencia en la vida diaria, la integración social, el apoyo familiar y la independencia económica. El proceso de envejecimiento activo y saludable preserva las funciones sociales, cognitivas, personales y la relación del individuo con su familia y la comunidad (Carstensen *et al.*, 2015, Fernández-Ballesteros, 2011; Ferreira, 2015; Araujo *et al.*, 2017).

El papel de los responsables políticos, los profesionales y del conjunto de la sociedad debe destacar mediante la estimulación de los paradigmas del envejecimiento activo y saludable, todo buscando mejorar la calidad de vida de las personas mayores, cuando su integridad física, psicológica y/o social pueda empezar a ser vulnerable (Fernández-Ballesteros, 2011; Ferreira, 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) y la Comisión Europea (European Commission, 2012) consideran que todas las medidas, políticas y prácticas que contribuyen al envejecimiento saludable son de gran importancia. En el Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud de la OMS publicado en 2015 se introducen mejoras en la definición de envejecimiento saludable utilizada en los últimos quince años. Pone énfasis en el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional para garantizar el bienestar y autonomía en la vejez (OMS, 2015).

Varias áreas han colaborado en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores; mientras los servicios de salud trabajan para prevenir la aparición de enfermedades o disminuir su severidad (Franco *et al.*, 2012), los servicios sociales indagan en los modos de desarrollar servicios para promover la autonomía, actuando sobre la actividad física, las funciones cognitivas o la socialización, entre otras áreas (Oliveira *et al.*, 2010; OMS, 2015). Proyectos relevantes para dar lugar al desarrollo de iniciativas de prevención y de promoción de la autonomía.

El proceso de envejecimiento ha sufrido cambios conceptuales, como se ha indicado, y también demográficos. El envejecimiento demográfico es un fenómeno global progresivo. Las proyecciones apuntan a que la población europea con más de 65 años se duplicará, al final del primer medio siglo, en 2050, un periodo en el que el número de ciudadanos mayores de 80 años parece que se triplicará. La esperanza de vida media europea ha aumentado exponencialmente, mientras que el número de nuevos nacimientos se ha mantenido en niveles inferiores a la tasa de reproducción de la población, lo que crea las condiciones para que predomine la población mayor (Díaz *et al.*, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (2002), que participó en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento y aportó el Modelo de los determinantes del Envejecimiento, recalca la necesidad de prevención, pues la investigación ha indicado que los orígenes de un riesgo mayor de cronicidad comienzan en la primera infancia. La salud es entendida como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad. Dicho modelo recoge la influencia de diversos factores en interacción o “determinantes” que rodean a las personas y que afectan al proceso de envejecimiento e impactan en el logro de un envejecimiento activo:

- Determinantes transversales como pueden ser la cultura y el género: pues se entiende que la cultura determina la forma en que envejecemos porque influye sobre todos los demás determinantes del envejecimiento activo. La cultura hace referencia a los valores, pautas y normas compartidos de una sociedad. Se transmite a través del proceso de socialización de la persona (en la familia, en la escuela, en otros espacios socioeducativos, etc.); en cuanto al género, hay que decir que en muchas sociedades las mujeres tienen una situación social de inferioridad y de menor acceso a recursos (alimentación, educación, trabajo o a servicios sanitarios).

Vidriales *et al.*, (2016) señalan: *el género es una construcción social que influye en la manera que cada grupo social determina las funciones, (...) que se asignan a los hombres y mujeres en cada sociedad, a partir de las diferencias biológicas (sexo)* (p.17). Tanto el género como la cultura están ligados a factores sociales; condicionan a la persona a lo largo de su vida.

- Determinantes relacionados con los servicios de salud y los servicios sociales, son fundamentales para dar respuesta a las necesidades de la población mayor y fomentar el envejecimiento activo y la longevidad. Y es necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración de calidad. Chan (2015, p. 4) señala: *el enfoque recomendado ante el envejecimiento de la población (...), requiere transformar los sistemas de salud del modelo curativo a la prestación de cuidados integrales, centrados en las necesidades de las personas mayores.*
- Determinantes conductuales, son importantes pues la adopción de estilos de vida saludables y la participación activa en el autocuidado son necesarios en todas las etapas del curso vital. Promueven una vida más larga y pueden evitar la discapacidad y el declive funcional y mejorar la propia calidad de vida. Uno de los mitos sobre el envejecimiento gira en torno a la idea de que, en la vejez, ya es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable.
- Determinantes relacionados con los factores personales y psicológicos, que son específicos de la persona, hacen referencia a la biología y la genética de los sistemas corporales y las funciones del organismo, incluyendo los procesos cognitivos y factores psicológicos, que influyen en gran medida en cómo envejece una persona; estos últimos, como la inteligencia y la capacidad cognoscitiva son calificados por Smith (1999) como potentes predictores del envejecimiento activo y la longevidad.
- Determinantes relacionados con el entorno físico; no cabe duda que vivir en entornos físicos adaptados o adaptables puede establecer grandes diferencias. El ambiente físico hace referencia al espacio en el que se desarrolla la vida de las personas y más en concreto de las personas mayores (Torío y García-Pérez, 2017). Es preciso, que se ajuste a las características y necesidades funcionales de estas, para que se desenvuelvan en un entorno libre de barreras, inclusivo y promotor de la vida independiente (espacios públicos abiertos, diseños urbanos, transporte, edificaciones, etc.).

También, hay que tener en cuenta cuestiones relacionadas con la seguridad de la vivienda (relacionando la cuestión con las probabilidades de lesionarse por una caída). Es importante llevar a cabo talleres de cómo acondicionar la vivienda de una persona mayor, a fin de prevenir las caídas. La OMS añade la importancia del acceso al agua limpia, al aire puro y a alimentos sanos.

- Determinantes relacionados con el entorno social, el apoyo social, las oportunidades para la educación y el aprendizaje continuo durante toda la vida, la paz y la protección frente a la violencia y el abuso, son factores fundamentales del entorno social que mejoran la salud, la participación y la seguridad a medida que las personas envejecen.

La soledad, el aislamiento social, el analfabetismo y la falta de educación, el abuso contra las personas de edad avanzada y la exposición a situaciones de conflicto aumentan enormemente los riesgos de discapacidad y muerte prematura en las personas mayores.

- Determinantes económicos son aquellos que influyen en la salud, seguridad y en las oportunidades que tiene la persona de participar de una manera activa en la sociedad. La OMS señala tres aspectos del ámbito económico que tienen un efecto especialmente significativo sobre el envejecimiento activo: los ingresos, el trabajo y la protección social.

Todos los factores enunciados ponen de manifiesto la necesidad de lograr una cultura de envejecimiento activo, que ha de venir de la mano de un cambio de actitud de la sociedad frente al envejecimiento. Es necesario hacer partícipes a las personas mayores en todos los ámbitos, evitando su aislamiento y exclusión social. Paralelamente, el envejecimiento activo ha de llegar a todos los grupos de edad. Se plantea como un nuevo paradigma educativo, que tiene que estar presente desde la infancia, para trabajar desde la prevención, potenciando una educación gerontológica.

En conjunto, se postulan los cuatro pilares básicos del envejecimiento activo: *Participación, Salud, Seguridad y Aprendizaje Permanente*. Se requiere de inversión en procesos formativos que permitan reforzar las competencias y capacidades en las personas mayores a fin de favorecer el empoderamiento de las mismas.

Señala Martínez (2006) que, envejecer bien, activamente, implica tres condiciones: envejecer teniendo un rol social (1), envejecer con salud (2) y envejecer con seguridad (3). Si importante son estos pilares, más importante aún es el significado que demos al término “activo” y a las implicaciones que ello conlleva. Brevemente podemos señalar que el término activo (Pinazo *et al.*, 2010):

- Expresa la idea de la participación de las personas en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, sin centrarse sólo en la capacidad para estar física o laboralmente activo.
- Establece un nuevo modelo de sociedad, en el que las personas han de tener la oportunidad de envejecer, siendo protagonistas de su vida, en un quehacer pro-activo y no como meras receptoras de productos, servicios o cuidados.
- Su dinamismo inherente ha de tomar forma de modo diferente en cada persona mayor, atendiendo a los significados íntimos que cada uno le atribuye, que hacen que se pueda ser activo de diferentes maneras.
- Implica un enfoque comunitario, en el que los ciudadanos mayores han de tener oportunidad de participar en todo lo que le es propio, entendiendo por ello, no sólo lo circunscrito a los recursos para mayores, sino a cualquier esfera relativa a su comunidad.
- Requiere que la sociedad garantice que los ciudadanos mayores puedan continuar informados, a la vez que vela porque sean reconocidos todos sus derechos.
- Asume un enfoque intergeneracional al reconocer la importancia de las relaciones y de la ayuda que se ofrecen entre sí los miembros de una familia y las diferentes generaciones.
- Desafía la perspectiva tradicional de que el aprendizaje es cuestión de niños y jóvenes, de que el trabajo es cuestión de adultos y la jubilación es cuestión de la vejez. Promueve el desarrollo de la persona hasta el final de sus días. La formación debe ser una constante a lo largo de la vida de esta.

- Requiere un enfoque integral pues ofrece una visión más completa y global de las personas y de su proceso de envejecimiento. Es imprescindible una revisión de todos los ámbitos y factores que afecten al desarrollo del envejecimiento activo.

El constructo “activo” se define mediante la *participación* de la persona en las cuestiones personales y sociales del contexto del que forma parte, mediante el *protagonismo* en la toma de decisiones sobre las acciones que desarrolla y en las que se encuentra implicada, mediante la *individualización*, pues cada “plan de actividad” se definirá conforme los intereses, expectativas y formas de vida personales de cada individuo.

Mediante el *enfoque comunitario* que deberá incluir posibilidades de ejercer los roles de cada uno de los miembros que la conforman, mediante la garantía de la dignidad de sus integrantes y del ejercicio de los *derechos* humanos, del reconocimiento de la importancia que las *relaciones* y sobretodo de la familia en el bienestar individual. Mediante las posibilidades de *desarrollo*, tomando la formación como constante vital y mediante una visión completa y global de los *ámbitos y factores* que afecten al desarrollo del envejecimiento de las personas. Por lo tanto, el constructo “envejecimiento activo” es definido por una serie de características eminentemente personales, sociales, relacionales y, de manera global, participativas.

Todas estas características, se definen por influir en el proceso individual de envejecimiento, pero también en la construcción de las sociedades. El paradigma del envejecimiento activo beneficia tanto a personas mayores, como a todos los ciudadanos a su integración, coherencia, inclusión y comprensividad. Difiere de la mecánica de servicios que gira en torno a las personas mayores; más bien caracterizada por la fragmentación en sus servicios y por la desconexión entre las acciones que se dan en cada uno de los ámbitos y esferas que le atañen.

La adecuada aplicación del envejecimiento activo cuenta con el potencial de ayudar a las personas a mantener, por más tiempo, su independencia y autonomía, pudiendo ejercer en todas las etapas vitales los roles pertinentes, dado que tanto la juventud, como adultez y vejez cuentan cada una de ellas con su potencial humano en, con y para la sociedad. Construye una sociedad integradora y reconocedora de los valores y derechos de todas las personas.

Mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece es un objetivo primordial tanto para los individuos como para las políticas. El concepto de envejecimiento activo se refleja en los *Principios de las Naciones Unidas* de: independencia, dignidad, participación, asistencia y realización de los deseos (United Nations, 2019).

Sustituye la planificación estratégica que parte de las necesidades y que asume a las personas mayores como “sujeto pasivo” a la planificación basada en los derechos, que reconoce la igualdad de oportunidades y de trato, y los derechos de las personas en el envejecimiento. Respalda su responsabilidad de participar en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria. Pérez (2016) identifica cinco elementos clave en el paradigma de envejecimiento activo:

- El significado de la *noción de actividad* que comprende todas las actividades significativas para el bienestar de la persona, su familia, comunidad y sociedad. Actividad significa implicación.

- Otro elemento es la *perspectiva del ciclo vital* que pone de relieve la importancia de las oportunidades y decisiones a lo largo de la vida en términos de su influencia sobre las condiciones de vida en el transcurso del envejecimiento. En esta dirección, el ciclo vital se concreta desde una vertiente preventiva y dirigida a todos los grupos de edad.
- A la vez, se despliega en otra vertiente, la que concierne a la *interacción y solidaridad* entre las diferentes generaciones en cada periodo. Indica un tercer elemento que se basa en el enfoque de la *planificación*, cuyo principio rector es la concepción de las personas mayores como actores con obligaciones y derechos sociales que deben implicarse junto con los cuidadores en la planificación, seguimiento y evaluación de políticas y programas.
- El cuarto elemento es la *concepción de la discapacidad* que engloba a todas las personas mayores, sin excluir a las personas con limitaciones funcionales, pues pueden ser sujetos activos de varias maneras y con diferentes intensidades.
- El último elemento lo enuncia como la *orientación multisectorial*, que trae consigo la ampliación de los sectores involucrados. No solo de los servicios sociales y del sector sanitario, sino también por la aportación de otros sectores como: vivienda, transporte, seguridad, la economía... La ampliación de sectores es coherente con el enfoque global que el paradigma plantea.

La Unión Europea (2012), también indicó que, en la *Estrategia de Crecimiento de la Unión Europea (UE)*, el Envejecimiento Activo es una parte esencial de Europa 2020. El compromiso de la UE con las acciones del envejecimiento activo se basa en los valores fundamentales que se definen en los Tratados. Por un lado, el Tratado de Lisboa, en el año 2009, confirmó que la UE se fundamenta en los valores de respeto a la dignidad humana, libertad, democracia, igualdad, Estado de Derecho y respeto de los derechos humanos, y la lucha contra la exclusión social, discriminación y fomento de la justicia y protección social, igualdad entre mujeres y hombres y solidaridad intergeneracional (Agencia Estatal, BOE 286, 2009).

Por otro lado, la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE incluye el capítulo sobre igualdad, relacionado estrechamente con la agenda del envejecimiento activo. La igualdad de género, la seguridad social, la atención sanitaria y la educación son algunos de los derechos adicionales vinculados a los objetivos del envejecimiento activo (European Union Law, 2012).

También, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, abarca la autonomía individual, la no discriminación, la participación plena y efectiva en la sociedad, la igualdad de oportunidades y la accesibilidad; cuestiones fundamentales para el envejecimiento activo de las personas con discapacidad (United Nations, 2006).

Finalmente, cabe mencionar el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos humanos y de las Libertades Fundamentales, del Consejo de Europa, establecido por el Tribunal Europeo de los Derechos Humanos dado que el Tratado de la Unión Europea se compromete, en su artículo 2, a adherirse al mismo (Council of Europe, 2010).

El empoderamiento de las personas mayores como facilitador del envejecimiento activo

El empoderamiento en la vejez nos remite a una concepción de la persona como ser social, con potencialidades por desarrollar. Se centra en el análisis de fortalezas y capacidades y en donde el aprendizaje permanente es un valor imprescindible y necesario (Limón y Chalfoun, 2017). Podemos definir el empoderamiento como (Vaca, 2016, p. 187): *el proceso mediante el cual las personas fortalecen sus capacidades, confianza, visión y protagonismo en cuanto que forman parte de un grupo social, para impulsar cambios positivos en las situaciones en las que viven.*

Está directamente vinculado a la promoción de la persona, a su desarrollo integral, al ejercicio de sus derechos y a su calidad de vida. Persigue aumentar el poder personal, social y/o político de modo que los individuos, las familias y las comunidades puedan actuar para mejorar sus situaciones vitales. En el ámbito de la Gerontología, el empoderamiento se vincula, principalmente, a promover y defender la autonomía y participación activa y efectiva de las personas mayores en la gestión de los diferentes aspectos que conciernen directamente con su vida, además de las relaciones con el cuidado de su salud.

Hablar de empoderamiento requiere referirse tanto al empoderamiento de las personas (esfera individual, ya sean usuarios o profesionales), de los recursos (esfera organizacional) y de los grupos sociales (esfera comunitaria).

Resulta importante identificar aspectos determinantes en cada una de estas esferas que puedan estar afectando, en positivo o negativo, a los procesos de empoderamiento de las personas mayores. Es necesario ahondar en los logros o resultados, es decir, en el efecto que los procesos de empoderamiento intencionados deberán tener en las vivencias, cogniciones y emociones de las personas empoderadas. Se considera oportuno reflejar las ideas que Úcar (2014) expuso en la presentación del *Monográfico sobre Evaluación participativa y empoderamiento* y que aportan una visión actualizada sobre esta temática:

- Las personas somos protagonistas de nuestras propias vidas.
- Las personas aprendemos, crecemos y nos redefinimos a nosotras mismas haciendo.
- Las relaciones interpersonales son mediadoras en nuestros aprendizajes. Las personas aprendemos con los otros y a través de los otros.
- El empoderamiento transforma realidades, transformándonos a nosotros mismos, haciéndonos partícipes de estilos de vida y de modelos de desarrollo alternativos.

El proceso de empoderamiento dirige a las personas mayores hacia un desarrollo saludable buscando la realización plena de sus potencialidades. Se basa en la idea de que las personas mayores tienen mayor éxito en su vida cuando identifican y usan sus fortalezas, habilidades y activos; y también asume que los seres humanos tienen la capacidad de crecer y cambiar. Este crecimiento puede vincularse al concepto de aprendizaje permanente –cuarto pilar de envejecimiento activo–.

En este sentido, Úcar (2014) señala que *“las relaciones interpersonales son mediadoras en nuestros aprendizajes. Las personas aprendemos con los otros y a*

través de los otros (...) el empoderamiento transforma realidades, transformándonos a nosotros mismos, haciéndonos partícipes de estilos de vida y de modelos de desarrollo alternativos” (p. 16); refiere las bases del concepto de envejecimiento activo y las claves por el desempeño de las recomendaciones europeas en materia de envejecimiento.

Algunas propuestas de aprendizaje permanente para las personas mayores de Limón (2018) son los programas socioeducativos para enriquecer las buenas prácticas con personas mayores o los programas orientados a desarrollar las capacidades de análisis, creatividad, juicio crítico, “*aprender a aprender*” (Limón y Crespo, 2002; Limón, 2018). Úcar (2014) añade que las ofertas de programas socioeducativos van enriqueciendo las buenas prácticas con personas mayores. Entre las propuestas, indica las siguientes:

- Programas orientados a desarrollar las capacidades de análisis, creatividad, juicio crítico, “*aprender a aprender*”.
- Integrar a los mayores en proyectos y grupos de investigación.
- Cursos de idiomas y programas que fomenten el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) a fin de superar la brecha digital.
- Acciones formativas que promuevan y favorezcan la salud física, mental y social a través de grupos de debate (Limón y Crespo, 2002).
- Participación en actividades y centros de enseñanza, fomentando el aprendizaje Intergeneracional.
- Movilidad de las personas mayores para participar en actividades formativas, en centros nacionales y extranjeros.
- Taller de caligrafía mediante el arte de la escritura. Es necesario redescubrir “los tesoros” que guarda la caligrafía desde el punto de vista pedagógico y socioemocional y que hemos desterrado al desván del olvido. Implican aprendizajes y valores como: la curiosidad, observación, paciencia, concentración, confianza, expresión, arte, esfuerzo, autoestima (Fernández, 2015).
- Talleres que fomenten el humor como área estratégica para trabajar con mayores (Fernández y Limón, 2012).
- Talleres de abuelidad, es importante la formación de los abuelos y abuelas en relación con la atención y cuidado de los nietos y de ellos mismos.
- Programas que profundicen en la inteligencia emocional y en los procesos de educación socioemocional (Limón, 2018).

En la sociedad, la familia es a menudo responsable de proporcionar los cuidados y servicios necesarios para el adulto mayor cuando este no puede valerse por sí mismo. Para garantizar el bienestar de la familia, no solo se deben considerar las atenciones a la salud de la persona mayor, sino de mantener la estabilidad familiar. Requieren así destrezas que les permitan afrontar exitosamente las situaciones que alteren la cotidianidad. Situaciones propias de la convivencia, la relación y de los cambios propios del envejecimiento (Masoudi *et al.*, 2010; Vaca, 2016; Limón y Chalfoun, 2017).

Para ayudar a las personas y familias a tener un papel activo en el fomento de la autonomía y, por tanto, mantenimiento de la salud de cada uno de sus miembros, se debe enfatizar el empoderamiento, entendido como proceso de alentar y desarrollar las habilidades para el cuidado individual, familiar y social (Heydari *et al.*, 2009; Hoseini 2009).

Los profesionales de la comunidad juegan un papel importante en la prevención y control de la aparición de síntomas de dependencia. Como personas de contacto primario con las personas y familias, sobre todo con aquellas familias con adultos mayores, pueden tener vínculo con las familias, apoyarlas, transmitir pautas de educación familiar y velar por su bienestar (Wood *et al.*, 2007). Por lo tanto, los profesionales de la comunidad pueden ser las figuras que implementen un *plan de empoderamiento centrado en la familia*, como elemento vital para conseguir comportamientos preventivos.

La familia como principal fuente de apoyo social al envejecer

La familia proporciona vínculos afectivos, emocionales y relacionales necesarios para el bienestar y la satisfacción de la persona mayor. Si se mantiene esa relación, y se mejoran estos contactos, se reducen los niveles de vulnerabilidad frente a diferentes factores estresantes físicos y mentales (Ortiz, 2007; Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García, 2014; Carstensen *et al.*, 2015).

Aparte de una reducción en los niveles de vulnerabilidad, la investigación de Törnbohm *et al.*, (2018) identificó una relación significativa entre la mejora de las relaciones familiares y sociales, y el grado de autonomía logrado por medio de la participación social de la persona mayor (Wilkins & DPhill, 2018; Berenschot & Grift, 2019). Lowenstein (2007) señala que el apoyo intergeneracional recíproco y el control de las actividades de la vida diaria por parte del adulto mayor y los miembros de la familia predicen la calidad de vida.

La cohesión familiar aparece como factor influyente en el bienestar psicológico en la vejez e incluso en la longevidad. La comunicación abierta, la cohesión familiar y la competencia adaptativa influyen positivamente en una mejora de las estrategias de afrontamiento y subsiguiente afrontamiento adaptativo. El apoyo social actúa como anti-estrés reduciendo el impacto negativo de una enfermedad (Kotkamp-Mothes *et al.*, 2005).

Se trata de incidir en la mejora de la convivencia de las familias con las que se trabaje, de favorecer relaciones de calidad (Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies, 2009). En este sentido, la Planificación Centrada en la Persona, será uno de los enfoques que permitan trabajar los procesos de planificación familiar desde la educación. Sobre todo considerando que la mayor parte de las personas mayores se mantiene y cuenta con la posibilidad de mantenerse activa y de que manifiestan en su mayoría que su principal deseo o preferencia se centra en continuar ejerciendo sus derechos como ciudadanos y de participar en los asuntos que sean de su incumbencia. Desean continuar siendo autónomas e independientes por el mayor tiempo posible, aunque con el avance de la edad se requieran de determinados apoyos e implicación, mayormente familiar, para garantizar la misma.

La organización y planificación en la familia permite trabajar desde la prevención (Rogers, 1980; Gobierno del Principado de Asturias, 2017). Se trata de posibilitar que las familias que así lo deseen mantengan un papel activo en sus cuidados y sentar las bases facilitadoras de la cooperación para atender integralmente a las personas de edad avanzada (Fernández-Ballesteros, 2011; Ferreira, 2015; Araujo *et al.*, 2017). En este sentido, la actitud de los profesionales favorecerá su colaboración o será una barrera para la implicación familiar (Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García, 2014; Nevot *et al.*, 2018; Nevot *et al.*, 2019).

Factores de protección y factores de riesgo para la autonomía del adulto mayor

Con el aumento de la edad, el volumen de contactos sociales tiende a reducirse mientras la intensidad de los vínculos con familiares próximos tiende a aumentar (Lowe, 2010; Orte *et al.*, 2017; Fiori *et al.*, 2019). Por lo tanto, la mayor fuente de apoyo social en las personas mayores tiende a concentrarse en el ámbito familiar; al apoyo familiar.

En la sociedad española, la familia es a menudo responsable de proporcionar los cuidados y servicios necesarios para el adulto mayor cuando este no puede valerse por sí mismo. Para garantizar el bienestar de la familia, no solo se deben considerar las atenciones a la salud de la persona mayor, sino de mantener la estabilidad familiar. Requieren así destrezas que les permitan afrontar exitosamente las situaciones que alteren la cotidianeidad. Situaciones propias de la convivencia, la relación y de los cambios propios del envejecimiento (Masoudi *et al.*, 2010).

Las personas mayores muestran dificultades particulares para adaptarse a nuevos roles, situaciones y cambios. Con la edad, se muestran más dificultades para gestionar los conflictos y las relaciones sociales (Martin-Joy *et al.*, 2017). En este sentido, los autores Martin-Joy *et al.* (2017) y Kim *et al.* (2017), destacan que los estilos de afrontamiento adaptativos mejoran el enfrentamiento al proceso de envejecimiento, posibilitan una adecuada gestión de los conflictos y promocionan una mayor resiliencia. Los bajos niveles de autonomía y funcionamiento, los problemas psicológicos y somáticos, el conflicto familiar y social o la pertenencia frustrada, el conflicto social y la carga percibida fueron factores atribuidos al comportamiento suicida en adultos mayores en el estudio de Van Orden *et al.* (2015).

Epidemiología del envejecimiento: actualidad sobre envejecimiento, dependencia, enfermedad y soledad

En este apartado se aportan datos recientes sobre envejecimiento y dependencia. también se aporta información acerca de las proyecciones de la población, por edad, crecimiento absoluto y relativo de la población, así como la pirámide poblacional española. También datos aportados por diferentes fuentes documentales sobre esperanza de vida y estructura por edades, sexo y convivencia, cronicidad y dependencia en el estado español. Finalmente, se procede a facilitar una panorámica de la situación del envejecimiento y la dependencia en las islas Baleares, por ser el contexto en el que tuvo lugar la selección muestral y aplicación del primer pilotaje del PCF-Auto.

Envejecimiento y dependencia

España es un país en el que cumplir un siglo ha dejado de ser un suceso inusual (11.229 personas mayores de 100 años en España en 2019); presenta uno de los índices más elevados de envejecimiento no solo dentro de la Comunidad Europea, sino a nivel mundial (Abellán *et al.*, 2019). Según los datos estadísticos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero de 2018 hay 8.908.151 personas mayores, un 19,1% sobre el total de población (46.722.980) (datos definitivos publicados el 22-01-2019). Siguen aumentando tanto en número como en proporción (Figura 5). La edad media de la población, se sitúa en 43,1 años; en 1970 era de 32,7. Sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios, quienes representan el 6,1% de toda la población (Abellán *et al.*, 2019).

El Informe sobre Envejecimiento Europeo de 2018 predice que la proporción de la población total de la UE, hasta 2070, disminuirá un 4,5%, y que los porcentajes de dependencia serán los más altos del mundo (European Commission, 2018). Vemos como la clave ya no es solamente llegar a los 100 años, sino hacerlo con calidad de vida (Limón, 2018).

Proyecciones

Las proyecciones del INE (2018-2068) indican que en 2068 podría haber más de 14 millones de personas mayores de 65 años, lo que supondría el 29,4% del total de una población que alcanzaría los 48.531.614 habitantes. Durante las décadas de los 30 y 40 se registrarían los mayores incrementos, con la llegada de las voluminosas cohortes nacidas durante el *baby boom*.

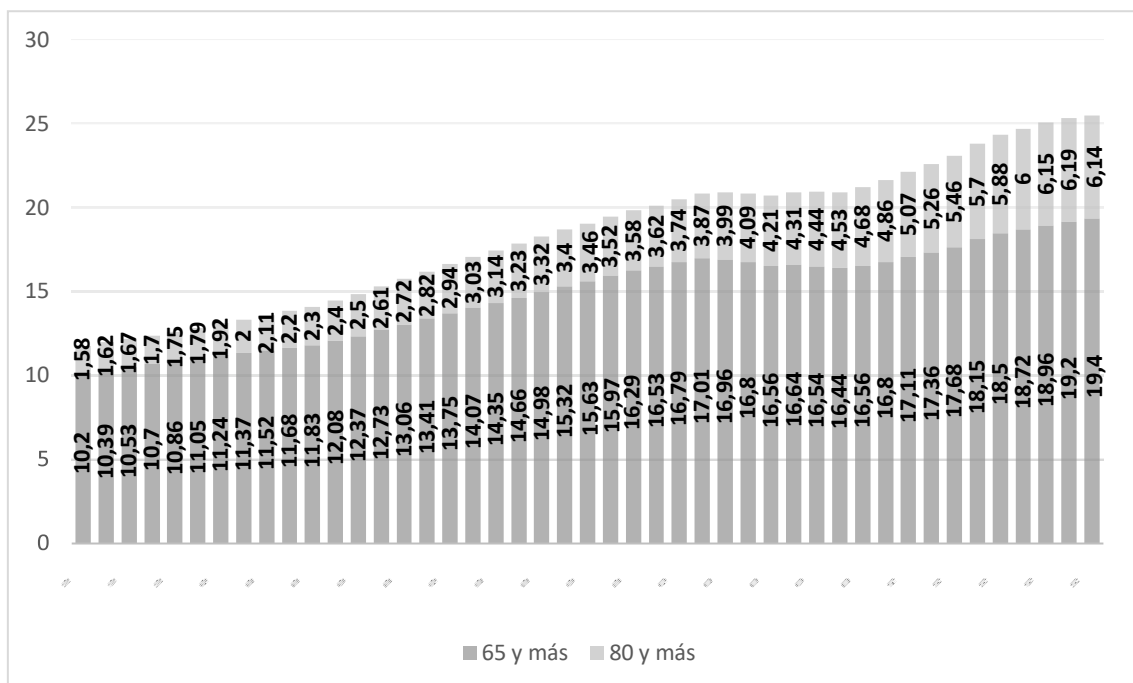


Figura 6. Evolución de la población de 65 y más años / 80 y más años. España, 1975-2019. (INE, 2020).

Seguendo el informe “*Proyecciones de Población 2018*” del INE (2018) España ganaría casi 2,4 millones de habitantes en los quince próximos años si se mantuvieran las tendencias actuales en cuanto a fecundidad, mortalidad y migraciones. La población de 65 y más años (Figura 6) supondría el 25,2% del total en el año 2033. Por Comunidad Autónoma, los mayores incrementos relativos se registrarían en Illes Balears (21,7%), en las Islas Canarias (16,7%) y en la Comunidad de Madrid (13,2%) (ver crecimiento absoluto, relativo y pirámide poblacional en Figuras 7, 8 y 9).

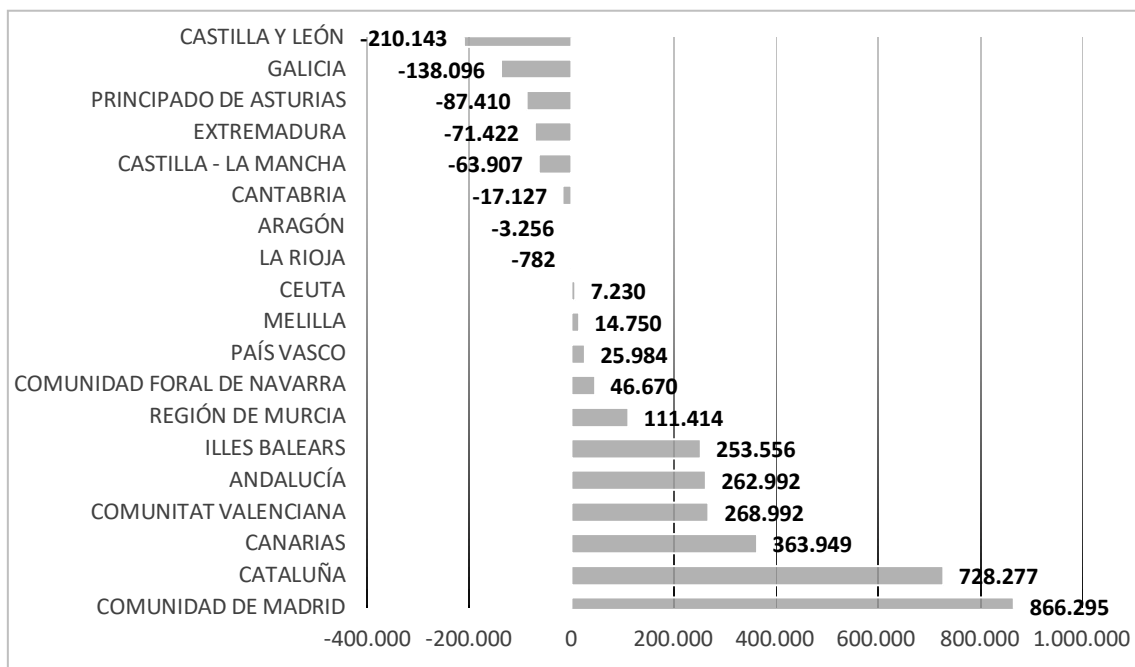


Figura 7. Crecimiento absoluto de la población proyectado por CCAA 2018-2033. (Abellán, et al. 2019)

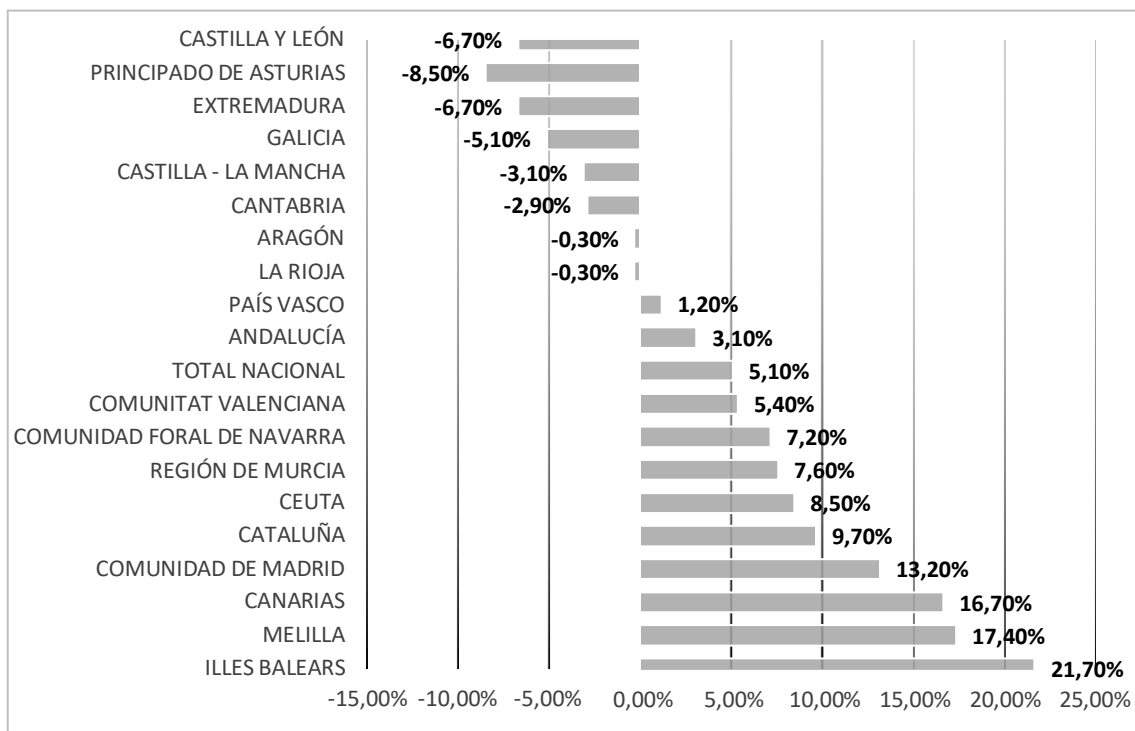


Figura 8. Crecimiento relativo de la población proyectado por CCAA 2018-2033. (Abellán, et al. 2019)

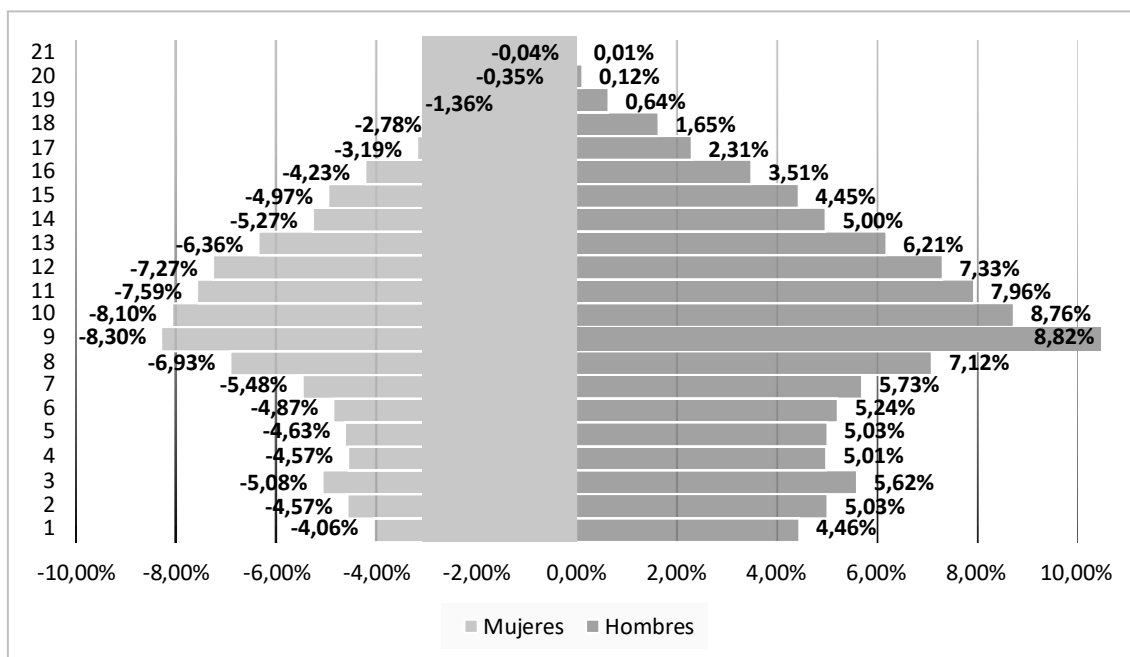


Figura 9. Pirámide de población de España, 2020. (Population Pyramid, 2020)

Esperanza de vida y estructura por edades

Según el último informe de la OCDE (2017) España con 83 años de esperanza mediana de vida, lidera con Japón (83,9 años) la lista de los países más longevos. Por primera vez, la longevidad mediana, en los países de la OCDE, supera los 80 años. La estructura por edades de la población cambiará en el futuro. Hacia 2050 las personas mayores casi habrán duplicado sus efectivos actuales. La población en edad laboral (16-64) y los niños (0-15) habrán reducido su peso. Los mayores duplicarán la cifra de niños. La pirámide habrá desarrollado una forma de “*pilar de población*”. La generación del *baby boom* iniciará su llegada a la jubilación en torno al año 2024. La presión sobre los sistemas de protección social continuará aumentando y será muy notable en la década de los 40.

En el VII Congreso Dependencia y Calidad de Vida, celebrado en Barcelona en 2019 el Dr. Bengoa indicaba que, en el año 2020, por primera vez en la historia universal habría más personas de 65 años que menores de 25. Contamos con una sociedad envejecida, con elevada prevalencia de cronicidad, y un volumen elevado de personas mayores en situación de vulnerabilidad viviendo solas en sus casas (Bengoa, 2019).

Sexo y convivencia

Según datos del INE (2018) las mujeres son mayoritarias en la vejez, superando en un 32,0% (5.068.440) a los hombres (3.839.711); principalidad aún más acentuada cuanto más avanzada sea la edad. Sin embargo, nacen más hombres que mujeres, y este exceso se mantiene durante muchos años, hasta que la mayor mortalidad diferencial masculina elimina esa ventaja inicial. Ahora se alcanza el equilibrio entre sexos hacia los 50 años, gracias a las mejoras de la supervivencia general.

En términos de convivencia, a lo largo de la vejez aumenta la probabilidad de vivir en soledad (ver Figura 10). Se ha observado en los últimos años un incremento de los hogares unipersonales en personas de 65 y más años, aunque las proporciones son todavía menores que en otros países europeos. La proporción es mayor entre mujeres que entre hombres (2017: 29.9% frente a 17.7%) pero en estos ha habido un aumento notable en los últimos años, relacionado con una mayor supervivencia, o llegada a la vejez ya en soledad u otros motivos (INE, 2018; OCDE, 2017).

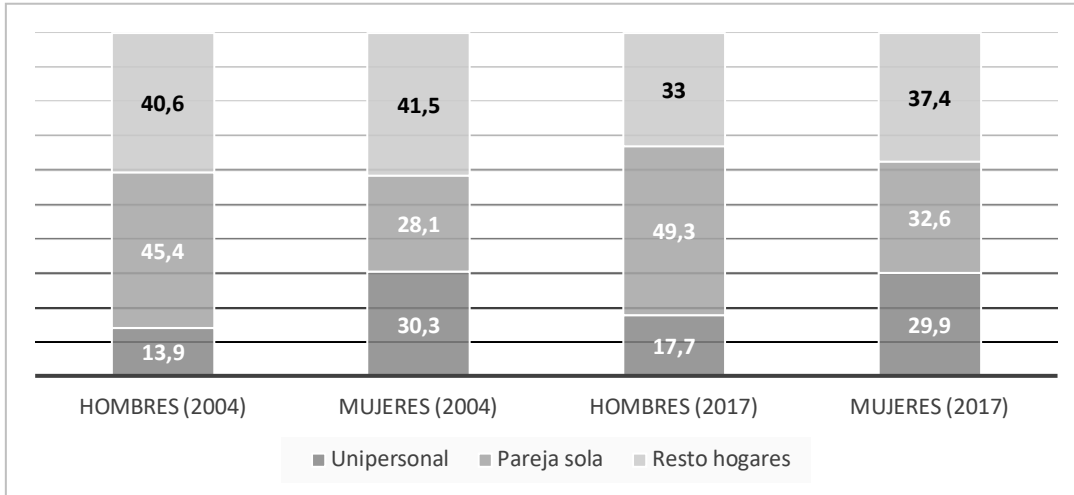


Figura 10. Formas de convivencia de las personas de 65 y más años, 2004-2017. (Abellán, et al. 2019)

Cronicidad

En relación a los datos sobre *cronicidad*, se identifica como, a la vez que incrementa la esperanza de vida, Sanidad afronta uno de los mayores desafíos. El aumento de las personas que pasan más años de su vida conviviendo con enfermedades.

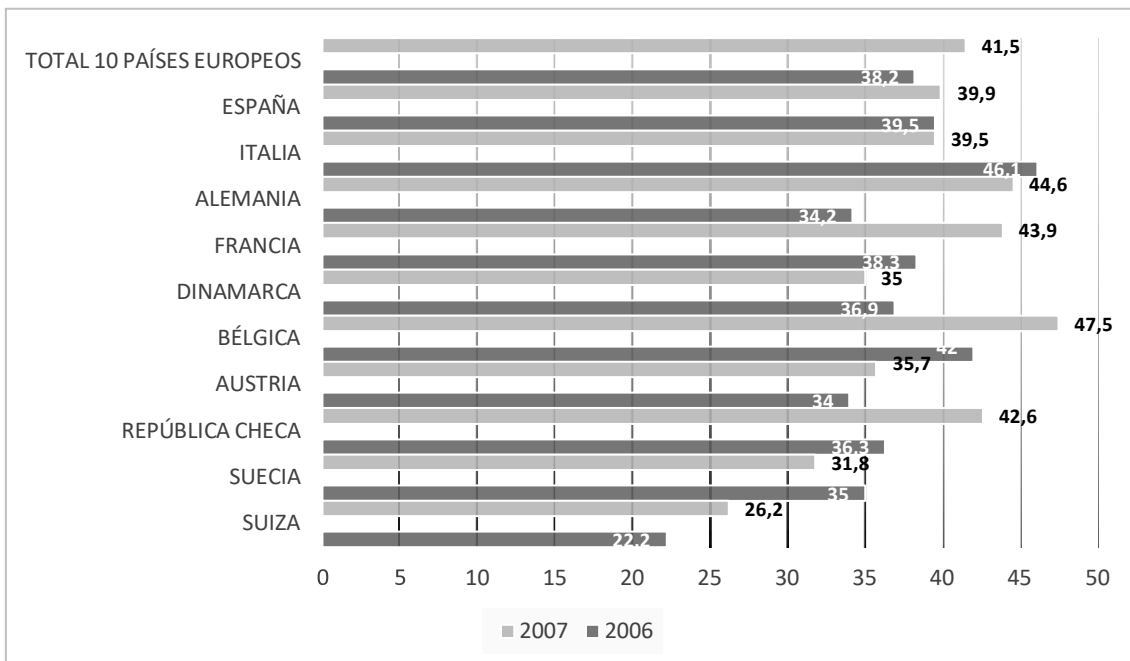


Figura 11. Mayores de 50 años con dos o más enfermedades en Europa (en porcentaje) (Palladino et al., 2019)

En España el 39,9% de los españoles mayores de 50 años conviven con 2 o más enfermedades (ver Figura 11), según el último estudio publicado por *Health Affairs* (2019) a partir de los datos de cerca de 7000 personas incluidas en la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE) y que ha estudiado distintos condicionantes de salud como problemas cardiovasculares, hipertensión, ictus, diabetes y problemas de azúcar, enfermedades crónicas pulmonares, artritis y reuma, cáncer, úlceras, Parkinson, cataratas, fracturas de cadera y fémur, alzhéimer y otras demencias, y depresión (Palladino *et al.*, 2019).

En los últimos años la cronicidad ha vuelto a aumentar por el envejecimiento de la población, el aumento de la esperanza de vida y la mejora de los servicios sanitarios. Ha convertido en crónicas enfermedades que eran letales. Se considera una enfermedad crónica a la patología de larga duración y, generalmente, de presión lenta. Aunque no haya un consenso con respecto a la duración para su consideración crónica, se consideran en su mayoría que debe ser superior a los 6 meses (Sevilla, 2019).

Con independencia de la edad, aproximadamente 1/3 de la población padece una enfermedad crónica, lo que supone $\frac{3}{4}$ partes del coste sanitario. Entre el 70 y 80% de las personas atendidas por el médico de familia son patologías crónicas. Además, en España, las personas mayores concentran el 70% del gasto sanitario y según el *informe de Antares* de 2014, nuestro país está a la cola en plazas de hospital para enfermos crónicos (Sevilla, 2019).

Entorno a 19 millones de personas en España sufren, al menos, una enfermedad crónica, la cuál, supone el 63% de las muertes en el mundo; el 45% de la población española mayor de 16 años. La enfermedad crónica más frecuente en España es la hipertensión arterial, la cual es sufrida por el 20,13% de los españoles adultos y el 50% de mayores de 55 años; causante del 45% de los fallecimientos por cardiopatía y en un 51% de los causados por accidente cerebrovascular.

Esta se encuentra seguida del dolor de espalda (lumbar) que afecta al 19,76% de los mayores de 18 años (2ª), artritis, padecida por el 18,3% de los españoles (3ª), colesterol alto, sufrido por el 18,03% de la población adulta y por un potencial 50%, según los expertos, sin diagnosticar (4ª), alergia crónica, al 25% de la población (5ª); dolor de espalda (cervical), que afecta al 15,78% de los adultos españoles (6ª); varices en las piernas, que afecta al 11,5% de los adultos españoles (7ª); cefaleas, al 9,47% de los españoles (8ª), diabetes, al 7,8% y a un potencial 14% de los adultos sin diagnosticar; causante de 25 mil muertes al año en España (9ª) y ansiedad crónica, la cuál, por encima de la depresión, también frecuente en la población española, afecta al 7,6% de los españoles de manera crónica (10ª) (Sevilla, 2019).

Resulta de interés profundizar algo más en los datos sobre “*demencia*”. Se define por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2017, como:

“término genérico para referirse a varias enfermedades, en su mayoría progresivas, que afectan a la memoria, a otras capacidades cognitivas y al comportamiento, y que interfieren notablemente en la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades cotidianas. La forma más común de demencia es la *enfermedad de Alzheimer*, que puede representar entre un 60% y un 70% de los casos. Otras formas frecuentes son la *demencia vascular*, la *demencia por cuerpos de Lewy* y un grupo de enfermedades que contribuyen a la *demencia frontotemporal*” (OMS, 2017).

La *demencia es la enfermedad crónica que más dependencia genera*, con un 88,67% de personas en esta situación, según el estudio realizado por la Fundación del Cerebro, organización sin ánimo de lucro creada bajo el apoyo científico e institucional de la Sociedad Española de Neurología (Villarejo-Galende *et al.*, 2019). Supone el 10,5% de las tasas anuales de institucionalización de este colectivo. En España la prevalencia está entre el 4% y el 9%, llegando a alcanzar el 31-54% en las personas mayores de 90 años. La prevalencia es mayor en mujeres en casi todos los grupos de edad. Se estima que en España haya entre 500.000 y 600.000 casos.

Se proyecta que en 2050 se alcance 1 millón de casos, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2020). Siguiendo los datos sobre la *demencia de Alzheimer*², se observa, según las estimaciones en 2018, en España la enfermedad afectaba aproximadamente al 5% de la población mayor de 60 años, a alrededor del 20% de los mayores de 80 años y al 30% de los mayores de 90 años (Sevilla, 2019).

El *alzhéimer* tiene un efecto devastador y genera graves impactos para quienes padecen la enfermedad y para sus familiares cuidadores. La familia sigue siendo el principal provisor de atención a la persona con alzhéimer, y es quien ejerce las funciones de cuidado principal. Sufre a menudo sobrecarga y desestructuración en diferentes ámbitos de su vida personal, social y laboral. Los cuidados de una persona con alzhéimer pueden afectar a la salud física y social de la cuidadora o cuidador, así como a su bienestar y relación social. El 30% de los y las cuidadoras ha tenido que realizar ajustes en su vida para combinar la actividad laboral y familiar. Mayormente, reduciendo el tiempo de trabajo y en el 12% de los casos, dejando de trabajar. Se observan dos efectos perversos; la reducción de la capacidad económica de la familia y la dificultad para reincorporarse al mercado laboral cuando los cuidados dejan de ser necesarios. Ambos, redundan negativamente en el bienestar de la persona enferma, de la familia y por tanto, en la calidad de los cuidados.

A la pérdida de ingresos se le suma el coste de atención social y sanitaria para las personas que sufren la enfermedad y para sus familiares. los costes relacionados con el alzhéimer son asumidos en un 85% por la familia y en un 15% por los sistemas sociales y sanitarios (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019). El estudio realizado por CEAFA, indica que el coste anual del cuidado de una persona con alzhéimer ronda los 31.890 euros; ¼ parte son los costes directos de la enfermedad -pruebas diagnósticas, visitas médicas, hospitalizaciones, medicamentos y cuidados a largo plazo en el domicilio o residencia- y el resto son costes indirectos -formación personal apoyo, pérdida de productividad, de tiempo, de oportunidades de empleo y de sueldo asociado a la atención- (CEAFA, 2014; OMS, 2017).

Los programas de atención específica para personas con alzhéimer están, en su mayoría, desactualizados (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019; Martínez-Lage *et al.*, 2018). Las vías de atención crónica para personas enfermas y sus cuidadores, tienden a ser fragmentarias e inexistentes en muchos casos. Los servicios de atención a la dependencia del *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia* (SAAD) no siempre se adaptan a la especificidad de las necesidades de las personas con alzhéimer y de sus familiares cuidadores, constatando el déficit en la formación, apoyo y asesoramiento que requieren las familias cuidadoras (OMS, 2017).

² Se escribirá en mayúsculas cuando refiera la demencia en específico; en minúsculas cuando refiera la enfermedad.

Dependencia

La *dependencia*, entendida como la población que requiere apoyos para desarrollar algunas de las ABVD (actividades básicas de la vida diaria), afecta al 3% de los españoles; 1.385.037 personas con dependencia reconocida y 159.000 que se encuentra pendiente de valoración: en un 65% de los casos son mujeres y en un 35% hombres, el 72,6% tiene más de 65 años y en un 54,2% de los casos tiene más de 80 años. El 42% de las personas sin atender son dependientes de Grado III o II, por lo que requieren apoyo extenso y en muchos casos, continuado.

El sistema estatal de atención a la dependencia, es el único de los recortes de la crisis económica que todavía no ha sido recuperado; desde 2012 la pérdida de recursos económicos asciende a los 5.864 millones de euros, incluyendo la supresión de las cotizaciones de los y las cuidadoras familiares, la supresión del nivel acordado y la reducción del nivel mínimo de dependencia. En 2019, ha supuesto un coste directo de 8.891 millones de euros; 7.050 millones aportados por las administraciones públicas (el 20% por la administración general del estado y el 80% por las autonomías) y 1.840 millones por parte de los usuarios en forma de copago regulado (el 20,7% del total).

En 2019 el Sistema de Atención a la Dependencia generó 263.024 empleos directos; 16.00 más que el año anterior, lo que supone un impacto de 37,3 puestos de trabajo por cada millón de euros. En el mismo año citado, aumentaron las personas atendidas, aunque en un 39% menos con respecto al año 2018; 99.444 beneficiarios en 2018 y 60.904 en 2019. Aunque el plazo máximo establecido para resolver la tramitación de la dependencia sea de 180 días, la media estatal se sitúa en 426 días con importantes diferencias autonómicas. Solo Ceuta y Melilla, con 70 y 170 días de media, el País Vasco con 137 días de media, Navarra con 155 y Castilla y León con 191 se encuentran por debajo de o cercanos al margen establecido. Canarias, Extremadura, Andalucía y Cataluña tardan de media 785, 675, 621 y 576 días de media respectivamente. En Baleares, la media se ubica en los 300 días (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2020).

De acuerdo con la misma Asociación citada, se estima que cerca de 100.000 personas requieren apoyo en alguna o algunas de las actividades de la vida diaria y se les reconocería un grado de dependencia en caso de ser valoradas; personas potencialmente dependientes. Las personas valoradas como dependientes son aquellas que precisan de la atención de otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o de otros apoyos para su autonomía personal en alguno de los tres supuestos que aparecen en la Figura 12:

<i>Al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal</i>	<i>Dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal</i>	<i>Varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal</i>
GRADO I	GRADO II	GRADO III
467.298 (26,93%)	515.590 (29,71%)	402.149 (23,17%)

Figura 12. Definición de los tres grados de dependencia y volumen de personas con reconocimiento de cada grado de dependencia en España (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2020).

En relación a ciertas características culturalmente asociadas a las personas con dependencia se identifica que (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2020):

- *No toda la población dependiente requiere de alguien continuamente:* Se observa como las personas que requieren apoyo varias veces al día o quizás de manera continuada constituyen solo el 23,17% de la población en situación de dependencia.
- *No toda la población dependiente pertenece al colectivo de adultos mayores:* del total de personas con dependencia y por tanto no todas, forman parte de colectivo de personas mayores de 65 años de edad el 72,6%.
- *El tener reconocida la dependencia no implica la pérdida de la autonomía:* en la mayor parte de los casos, implica la necesidad de disponer de algún tipo de apoyo para realizar algunas de las ABVD.
- *El apoyo requerido no implica sustitución:* este apoyo tampoco supondrá necesariamente la sustitución directa en la actividad, dado que puede referir tanto la necesidad de *supervisión*, en el sentido de requerir un tercero para que mediante su presencia física guíe a la persona en la actividad cuando esta lo precise, *físico parcial*, que implica la intervención de un tercero en parte de la ejecución de la actividad o, en efecto, de sustituir a la persona en la actividad, casilla que prevé el Baremo de Valoración de Grados y Niveles de Dependencia (BVD) español, como *sustitución máxima* conforme a la tipología de apoyo que presuntamente requiera la persona valorada por el o la técnico valorador/a de dependencia.
- *La dependencia no implica cronicidad, es posible recuperarse:* además, aunque la mayor parte de situaciones de dependencia se agraven con el tiempo, cuentan con la posibilidad de remitir en los síntomas por los que se procedió a tramitar el reconocimiento de dicha situación.

Envejecimiento y dependencia en el contexto Balear

Los indicadores de envejecimiento de la población española presentados en esta tesis, han venido indicando que las personas mayores constituyen un sector importante y creciente de la población (INE, 2018; Bengoa, 2019). Si centramos el punto de mira sobre los datos de envejecimiento y dependencia Balear, se identifican unas tendencias similares.

Los datos del INE (2018) mostraban como en Baleares había 240 personas mayores de 100 años, de las que 190 eran mujeres. Ha habido un aumento del 60% en el volumen de población centenaria desde 2010. El índice de envejecimiento ha incrementado un 3%, alcanzando en la actualidad (datos noviembre 2019), el 99.70 (% de mayores de 65 por cada 100 menores de 15 años), el máximo histórico (INE 2018; INE 2019).

Según los datos de la Conselleria d'Afers Socials i Esports – Direcció General d'Atenció a la Dependència que se reflejan en las Tablas 2 y 3 y la Figura 13, la situación de la dependencia actual muestra:

Tabla 2. Situación dependencia. Información actual. Nivel de agregación: isla. Fecha: octubre 2019. Dirección General de Atención a la Dependencia de las Islas Baleares

Isla	Solicitudes	Solicitantes con dictámenes	Solicitantes con derecho a prestación	Solicitantes con prestación	Solicitantes con derecho sin prestación
Mallorca	26.514	25.402	20.050	16.793	3.257
Menorca	3.085	2.984	2.597	2.198	399
Eivissa	2.744	2.616	2.616	1.803	813
Formentera	187	177	177	138	39
Illes Balears	32.530	31.179	25.440	10.932	4.508

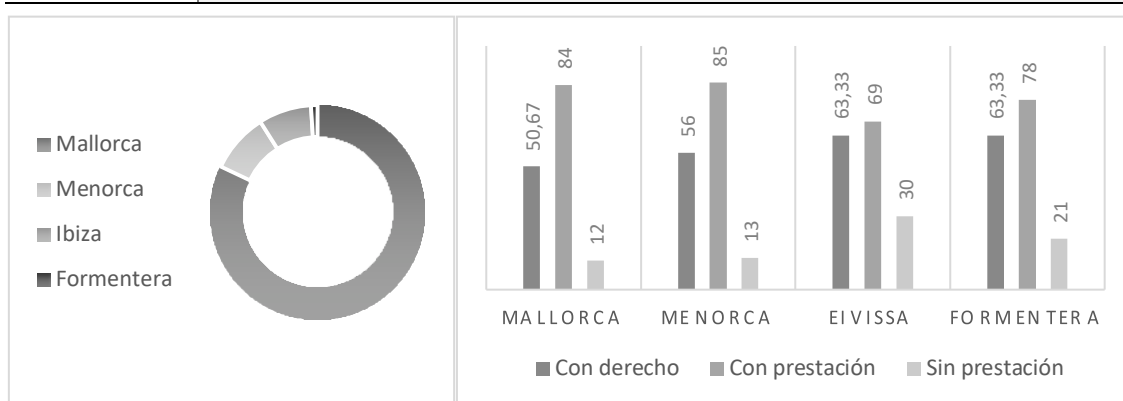


Figura 13. Situación dependencia. Información actual solicitudes, solicitantes con derecho a prestación; solicitantes con derecho a prestación y con prestación; solicitantes con derecho a prestación sin prestación. Nivel de agregación: isla. Fecha: octubre 2019. Dirección General de Atención a la Dependencia de las Islas Baleares. Fuente de elaboración propia (Direcció General d'Atenció a la Dependència a partir de datos del Sistema de Gestió de la Dependència (DISDEP))

De 32.530 solicitudes, 31.179 cuentan con dictamen de dependencia, 25.440 cuentan con el derecho a prestación y 20.932 disponen efectivamente de una prestación. Por lo tanto, 4.508 personas no tienen cubierto el derecho a prestación por dependencia, a pesar de contar con un dictamen (ver Tabla 3 y Figura 14, izquierda).

Tabla 3.

Situación dependencia por islas. Relación entre población y solicitudes. Información actual. Nivel de agregación: isla. Fecha: octubre 2019. Dirección General de Atención a la Dependencia de las Islas Baleares

Isla	Población	Solicitudes	%
Mallorca	880.113	26.514	3,01
Menorca	91.920	3.085	3,36
Eivissa	144.659	2.744	1,90
Formentera	12.216	187	1,53
Illes Balears	1.128.908	32.530	2,88

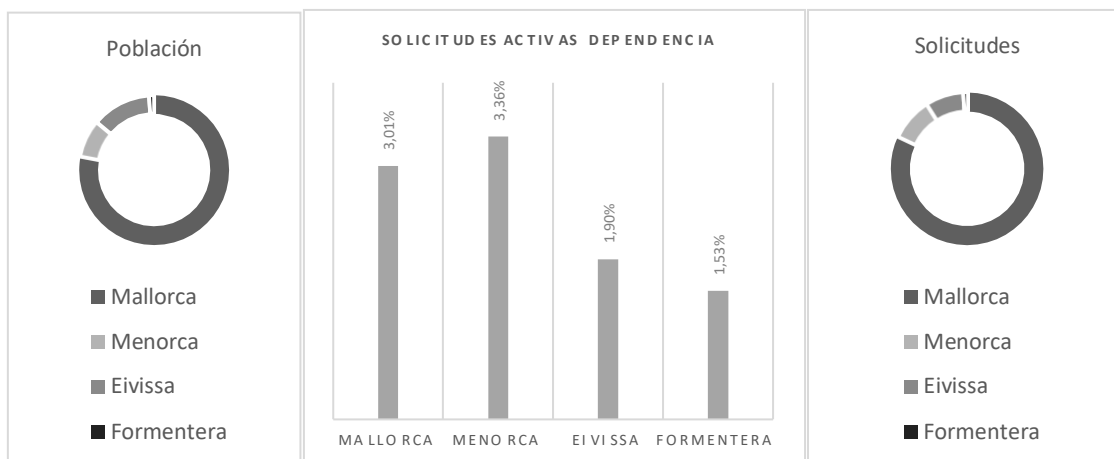


Figura 14. Situación dependencia por islas. Relación entre población y solicitudes. Información actual. Nivel de agregación: isla. Fecha: octubre 2019. Dirección General de Atención a la Dependencia de las Islas Baleares

Por islas (ver Figura 14 derecha), se observa como el 2.88% de la población balear (1.128.908hab.), ha realizado una solicitud de reconocimiento de su situación de dependencia. En relación al perfil del solicitante: de 32.530 solicitudes de dependencia el 51,74% tiene 80 y más años (16.831), el 22.8% entre 65 y 79 años (7.416) (Tabla 4).

Tabla 4.

Situación de dependencia. Perfil del solicitante. Información actual. Nivel de agregación: isla. Fecha: octubre 2019. Dirección General de Atención a la Dependencia de las Islas Baleares. Fuente de elaboración propia (Direcció General d'Atenció a la Dependència a partir de datos del Sistema de Gestió de la Dependència (DISDEP))

	De 0 a 2 años	De 03 a 18 años	De 19 a 30 años	De 31 a 45 años	De 46 a 54 años	De 55 a 64 años	De 65 a 79 años	De ≥ 80	Total
Mallorca	216	1.301	920	2.269	1.198	1.908	6.023	13.679	26.514
Mujer	98	464	351	545	559	958	3.518	9.827	16.320
Hombre	118	837	569	724	639	950	2.505	3.852	10.194
Menorca	10	133	74	152	143	241	703	1.629	3.085
Mujer	2	57	29	65	56	135	464	1.157	1.965
Hombre	8	76	45	87	87	106	239	472	1.120
Eivissa	13	157	84	127	113	175	652	1.423	2.744
Mujer	6	54	39	48	56	80	357	970	1.610
Hombre	7	103	45	79	57	95	295	453	1.134
Formentera	-	14	5	5	10	15	38	100	187
Mujer	-	5	1	1	3	6	20	65	101
Hombre	-	9	4	4	7	9	18	35	86

Tabla 4 continuada

	De 0 a 2 años	De 03 a 18 años	De 19 a 30 años	De 31 a 45 años	De 46 a 54 años	De 55 a 64 años	De 65 a 79 años	De ≥ 80	Total
ILLES BALEARS	239	1.605	1.083	1.553	1.464	2.339	7.416	16.831	32.530
Mujer	106	580	420	649	674	1.179	4.359	12.019	19.996
Hombre	133	1.025	663	894	790	1.160	3.057	4.812	12.534

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de DISDEP (2019)

Por sexo, se observa que, del total de solicitantes, el 61,47% son mujeres y el 38,53% hombres. Por edad y sexo, los datos indican que, de la población de 80 y más años, el total de mujeres asciende al 71,41% (28,59% hombres).

Incidencia de los determinantes sociales sobre la autonomía y la salud

La carga genética no consigue explicar más del 25% de la salud futura de cada individuo (Mora, 2009). El 75% restante depende del estilo de vida y de los hábitos de cada uno. Los hallazgos de la comunidad empírica experta en el campo, no hablan de genes ni de telómeros para explicar la longevidad, sino de sus peculiares hábitos de vida, de sus relaciones y participación social (Berzosa, 2017). Dos estudios longitudinales -uno primero de Fernández-Ballesteros *et al.* (2010) y un segundo de Teófilo *et al.* (2011)- evidenciaron, a su vez, que el 70% de los factores que influyen sobre el envejecimiento son causa directa del medio ambiente y de los hábitos de vida; solo el 30% tienen que ver con los aspectos de carácter genético (Limón y Ortega, 2011).

De este modo, se identifica como cada vez se dan más indicadores y medios para anticipar la dependencia y, por consiguiente, para promover la autonomía. Lehr (2008), en su estudio, enuncia una serie de factores que se asocian a una supervivencia más larga. Entre los mismos indica el estado de ánimo positivo, los contactos sociales, la actividad (en general) y el humor. Pone de manifiesto la necesidad de promover una educación para la salud en todas las etapas de la vida, no solo en la vejez.

Es posible ver así que el estado de salud de las personas se mide mejor en términos de capacidad de funcionamiento que en términos de presencia de dolencia (OMS, 2010). El esquema clásico presentado por la Organización Mundial de la Salud (*Dolencia → Impedimento → Discapacidad → Hándicap*) queda obsoleto por la carencia de criterios que evidencien su operatividad. Los determinantes sociales de la salud constituyen, de facto, un enfoque fundamental de la WHO y un área prioritaria del 12.º programa general de trabajo de la WHO 2014-2019. Entre los mismos, el apoyo social se identificó como determinante clave de las comisiones (OMS, 2010).

Los efectos del apoyo social sobre los síntomas de salud, y sus beneficios sobre la evolución de enfermedades de origen diverso como la depresión, artrosis, diabetes o la hipertensión arterial, han sido definidos por diversas investigaciones desde los años 90 hasta la actualidad (Paykel, 1994; Liao *et al.*, 2019). Años atrás, ya se identificaba una relación significativa entre la insuficiencia de apoyo social y el mayor riesgo de muerte (Hoffman & Hatch, 1996).

En este sentido, las personas con relaciones sociales adecuadas tienen una mayor probabilidad de supervivencia, (50%), cuando se comparan con aquellas que cuentan con relaciones sociales pobres (Holt-Lunstad *et al.*, 2010; Waldinger & Schulz, 2016). En relación a los cambios del envejecimiento, cabe considerar que en general, con el aumento de la edad, la mayoría de los contactos sociales se reducen y tienden a ganar intensidad los vínculos con familiares próximos (Lowe, 2010; Orte *et al.*, 2017; Fiori *et al.*, 2019). La mayor fuente de apoyo social de las personas mayores suele concentrarse en el ámbito familiar.

La familia y a los aportes de este sistema son resaltados por Alavi & Jannatifard (2012), quienes califican la seguridad, el amor, la autoestima, el sentido de pertenencia y la autorrealización como necesidades individuales fundamentales. Definen el cumplimiento de todas ellas como el estado total de bienestar. En los últimos 15 años se ha demostrado que la autoestima es uno de los factores psicológicos de mayor repercusión sobre la salud y la calidad de vida.

Alavi & Jannatifard (2012) definen la autoconfianza y la autoestima como elementos clave para tener buenas relaciones sociales y salud. Shakeri (2012), señalaba ya en su estudio que los problemas de salud vinculados al envejecimiento conducían a muchos otros problemas como la depresión, el estrés, la baja autoestima e incluso la muerte. En este sentido, Karademas (2006), señala que el entorno familiar y social puede tener un efecto considerable en el fomento de las capacidades y en la mejora de los niveles de salud, autoeficacia y autoestima del adulto mayor.

Necesidad de promoción de autonomía en el ámbito familiar

La mayoría (90%) de las personas españolas con dependencia funcional reside en el entorno familiar (Mosquera *et al.*, 2019; Hernández *et al.*, 2019; Orte *et al.*, 2020). A largo plazo, los consumidores principales de recursos por situaciones de dependencia no solo son las personas mayores sino también sus cuidadores, a menudo familiares (Rocco & Marc, 2012; Milte *et al.*, 2019).

El apoyo familiar es el objetivo principal, por tradición, de la legislación española. Las disposiciones establecidas por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAAD, en adelante) instauraron al 2006 el objetivo que habla de la promoción de la autonomía personal y, por otro lado, de la atención a las situaciones de dependencia.

Aun así, tanto la legislación como el conjunto de prestaciones establecidas en el Sistema para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas en situación de Dependencia (SAAD), demuestran la carencia de cobertura del principal objetivo reflejado al artículo 2 de la LAAD, vinculado a prevenir la aparición o agravación de dolencias y promover condiciones de vida saludables y programas específicos de carácter preventivo para personas mayores (Junta de Andalucía, 2016).

Por el desempeño de la mencionada finalidad, el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, acordó en la sesión del 16 de enero del año 2013 el conjunto de criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que tendrían que cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaborarán las Comunidades Autónomas (Junta de Andalucía, 2016).

El artículo 15 de la misma Ley, en referencia al catálogo de servicios incluye en el apartado 1 a) los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal. A nivel europeo paralelamente, el Consejo de Europa, en su Recomendación n.º (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros, propuso en términos de dependencia, preconizar la prevención primaria y reductora de la dependencia y beneficiar, mediante el conjunto de prestaciones, tanto a las personas en situación de dependencia que residen en el domicilio (...) recomienda favorecer la permanencia en el domicilio (Consejo Económico y Social de la Comunidad de Castilla y León, 2010).

La promoción de la autonomía personal demanda un enfoque proactivo. Mientras tanto, el actual procedimiento de acceso establecido por la Ley es reactivo, porque limita la acción protectora a quienes ya sufren de dependencia y actúa en base a estos. El Consejo Económico y Social (CES) entiende que la prevención tendría que desarrollarse cómo uno de los ejes principales del SAAD, con la condición de retrasar en el tiempo el volumen de personas con dependencia (Liao *et al.*, 2019). Se trata de plantear intervenciones preventivas orientadas a fomentar la adquisición de competencias para que los diferentes miembros de la familia puedan adaptarse a los cambios exitosamente (Schröder-Butterfill & Fithry, 2014).

Revisión de intervenciones orientadas la promoción de autonomía

Si se revisan las intervenciones de prevención de cuidados de larga duración en personas mayores, se identifican intervenciones diversas realizadas desde enfoques que difieren del enfoque orientado a la prevención familiar y social de la dependencia. Por citar algunos ejemplos: en Japón disponen de proyectos de prevención que trabajan sobre la función motora y las actividades de la vida diaria de la gente mayor (Wada *et al.*, 2015) y, junto con Alemania, cuentan a su vez con programas de prevención de accidentes cardiovasculares y demencia (Kamegaya & Yamaguchi, 2016).

En Malta implementan un programa de aprendizaje con un enfoque geragógico crítico para personas que acuden a centros de adultos mayores orientado a mejorar los niveles de empoderamiento personal y social (Formosa & Galea, 2020). En California, el Departamento de Envejecimiento del Estado de California facilita un conjunto de programas orientados a profesionales, personas mayores y cuidadores (*Family Caregiver Services, Medicara Counselling (HICAP), Legal Services, Senior Employment Training*, entre otros, (State of California, 2019).

En los Países Bajos, siendo el país pionero en la introducción de una amplia gama servicios de atención a largo plazo (LTC) mediante un esquema de seguridad social y de salud universal obligatorio (Ley General de los Gastos Excepcionales de Enfermedad - Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten [AWBZ]), tampoco se observan medidas de prevención familiar de la dependencia, a pesar de la relevancia que adquieren los cuidados informales en este país (Igualdad, Justicia y Políticas Sociales, Salud, 2020).

En Irán se identifica un modelo de intervención familiar destinado a la promoción de la salud. Aunque no se orienta al trabajo sobre la dinámica familiar en contextos previos a la aparición de los signos de dependencia, se orienta a promover los recursos individuales de los miembros de la familia para que mejoren la calidad de vida en contextos de cronicidad.

El Modelo de Empoderamiento Centrado en la Familia (*Family-Centered Empowerment Model* - FCEM) se centra en la comprensión de los factores de riesgo, la autoeficacia y la autoestima. El resultado del ensayo controlado aleatorizado de Farzami *et al.*, (2017) así como los resultados de una revisión sistemática y meta-análisis (Vahedian-Azimi *et al.*, 2018; Tabari & Pedram, 2018) indicaron la eficacia y efectividad del FCEM en la mejora de la calidad de vida de pacientes mayores con enfermedades crónicas.

El FCEM, entiende por empoderamiento el ayudar a la familia a que ella misma sea capaz de cambiar (capacidad de afrontamiento) frente a los problemas derivados de la enfermedad (o discapacidad/dependencia en el caso del PCF-U-Auto) (Vahedian-Azimi *et al.*, 2018). No obstante, el FCEM se dirige explícitamente a promover la salud, y el PCF-U-Auto a promover la autonomía y envejecimiento activo. Además, el PCF-U-Auto cuenta también con la función preventiva de las situaciones de dependencia (universal), mientras que el FCEM se ha visto hasta el momento aplicado en contextos donde ya ha aparecido la enfermedad (selectivo). Los cambios indirectos del FCEM probablemente sean la mejora en los niveles de autonomía personal y familiar, mientras que en el PCF-U-Auto, lo sean probablemente la mejora en los niveles de salud, aparte de social y familiar, biológica y cognitiva (Tabari & Pedram, 2018).

Por otro lado, el FCEM trabaja de manera individual enfermera-familia mientras que el PCF-U-Auto trabaja de manera grupal; es multicomponente, al trabajar familiares-adultos mayores separadamente en una primera hora, y con formadores distintos para cada sesión, mientras que en una segunda hora trabajan de manera conjunta para practicar los contenidos adquiridos en una primera hora -en capítulos posteriores se define la estructura del PCF-U-Auto con mayor profundidad-. El enfoque iraní, trata de establecer una relación de responsabilidad y cooperación entre la enfermera y la familia, como el Trabajador Social en el PCF-U-Auto (Borhani *et al.*, 2011).

El FCEM surge en 2007 creado por Heydari *et al.* (2007) para prevenir la deficiencia de hierro padecida por anemia en niñas adolescentes trabajando sobre el empoderamiento del niño enfermo y su familia, reduciendo factores de riesgo e incrementando los de protección (conocimientos, conciencia, autoestima, autoeficacia, control...) para afrontar los efectos directos e indirectos de la enfermedad y tener mayor control para conseguir tener una vida con la mejor calidad posible.

El PCF también tiene sus inicios en menores y familias. Surge en los años 90 como iniciativa de Kumpfer y el resto de miembros de su equipo investigador (*Strengthening Families Program* – SFP en versión original), en su caso, para reducir los problemas presentados por las familias que sufrían problemas de consumo de tóxicos, de comportamiento o de delincuencia para reducir los factores de riesgo potenciando los de protección (conocimientos, conciencia, habilidades sociales y de comunicación...) y conseguir así una dinámica familiar positiva.

Ambos confluyen en el hecho de haber sido adaptados también para su aplicación con personas mayores. El FCEM cuenta con resultados positivos probados, como el PCF-U-Auto los ha demostrado en la tesis doctoral que se encuentra en curso. El FCEM se constituye de entre 3 y 5 sesiones, mientras que el SFP de 14 y el PCF en su versión Universal, de 7. El FCEM cuenta con 4 partes:

- Incrementar el conocimiento y la conciencia individual y familiar sobre el problema.

- Resolución de problemas: incrementar la participación familiar para incrementar la autoestima y la autoeficacia del individuo en el afrontamiento de problemas.
- En la tercera parte, las presentaciones proporcionadas en sesiones anteriores se entregan a la familia en CD para que puedan participar activamente en los cuidados.
- Evaluación final: se evalúa cada sesión para determinar la tasa de aprendizaje y participación individual. También una evaluación de seguimiento a los 1.5 meses tras implementar el modelo.

En el caso del PCF-U-Auto se trabaja concretamente:

- Incrementar el conocimiento y la conciencia individual y familiar sobre la importancia de la comunicación, la dinámica familiar positiva y el funcionamiento autónomo.
- Resolución de problemas: incrementar la participación familiar para incrementar la autoestima, empatía, funcionamiento autónomo, asertividad, autocontrol y las habilidades de afrontamiento; mejorar la interacción con la red familiar y social y reducir los factores de riesgo para la autonomía y la salud de los miembros.
- Previo a la sesión final, se establece el plan de trabajo para promover el funcionamiento familiar facilitador de la autonomía y relación positiva, autónomo tras la finalización del programa.
- Evaluación pre-post sobre las variables/objetivos del programa y de satisfacción (adultos mayores y cuidadores), evaluación de sesión por participante y del transcurso de cada sesión (formador).

Por otro lado, se encuentra la principal diferencia; el SFP es un programa basado en la evidencia y con las mejores calificaciones obtenidas por diversos grupos de revisión y evaluación de programas nacional e internacional incluyendo la *Organización Mundial de la Salud*, *Cochrane Collaboration Reviews in Oxford*, *United Nations Office of Drugs and Crime in Vienna*, *White House*, *National Institute on Drug Abuse (NIDA)*, sponsor de la investigación original de SFP, o la *Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention (OJJDP)*. El FCEM es una intervención que ha demostrado evidencias de efectividad (Kumpfer *et al.*, 2019).

El objetivo principal del FCEM es mejorar la capacidad de la familia para afrontar los cambios; objetivo compartido con el PCF-U-Auto (ver *Tabla 2. Objetivo general y objetivos específicos del PCF-U-Auto*; concretamente objetivo o44 del capítulo 2) y de demostrada eficacia en los estudios de Kotkamp-Mothes *et al.* (2005), Berenschot & Grift (2019), Couture *et al.*, (2005), Gobierno del Principado de Asturias (2017) sobre la mejora de la autonomía personal o variables que inciden sobre la misma.

En España concretamente, se han dado una serie de iniciativas en algunas Comunidades Autónomas. En cuanto a programas de prevención de la dependencia promovidos conjuntamente por Administraciones Públicas y Fundaciones, se observan, en los ejemplos de Andalucía y Guipúzcoa, los programas desarrollados por la prevención del deterioro cognitivo. Por parte de la *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG)*, la *Obra Social de Caja Madrid* y la *Organización Mundial de la Salud*, programas como “*Saber Envejecer*” de prevención de dolencias físicas y cognitivas. También en cuatro ayuntamientos de Vizcaya el Programa “*Zainduz*” de estimulación cognitiva, el *Programa Mayores en Alto Riesgo de Dependencia* en la Comunidad de Madrid, entre muchas otras iniciativas en la misma dirección que las mencionadas (Vaquerizo *et al.*, 2011).

Síntesis de las contribuciones que sustentan el diseño del PCF-U-Auto

Varios estudios y documentos oficiales que indican que el envejecimiento de la población, el aumento de la esperanza de vida y la mejora de los servicios sanitarios ha derivado en un incremento de la morbilidad vinculada a la cronicidad, la discapacidad y la dependencia. Las enfermedades que eran letales en el siglo XX, ahora son crónicas; hecho que guarda relación con el incremento de personas que desarrollan procesos de dependencia y solicitan su reconocimiento en el estado español (INE, 2020; Direcció General d'Atenció a la Dependència a partir de datos del Sistema de Gestió de la Dependència (DISDEP), 2020; Palladino *et al.*, 2019).

La *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia* (en adelante LAPAD), como órgano normativo que define las recomendaciones para la promoción de la autonomía personal y las condiciones de acceso al conjunto de servicios y prestaciones gubernamentales previstas por situaciones de dependencia en España, ha destinado la mayor parte de sus esfuerzos a atender a las personas en situación de dependencia. Se identifica que la parte menos desarrollada de la Ley es la relativa a la implementación de medidas reales de promoción de autonomía. Actualmente, se dispone de sólidos fundamentos que permiten afirmar la necesidad de promover la autonomía:

- Argumentos conceptuales
 - Los determinantes sociales de la salud constituyen un enfoque fundamental de la Organización Mundial de la Salud (OMS en adelante) y un área prioritaria del 12.º programa general de trabajo de la OMS 2014-2019 (OMS, 2010).
 - Los nuevos enfoques psicosociales centrados en el desarrollo activo refieren la necesidad de trabajar bajo criterios de resiliencia, estrategias de afrontamiento, relación social adecuada y sentido de pertenencia desde el enfoque centrado en la persona (del-Pino-Casado *et al.*, 2019).
 - Los conceptos de envejecimiento activo y de empoderamiento en la vejez, ponen especial énfasis en la necesidad de promover el "aprendizaje permanente" a partir de la interacción social (Ortega-Tudela y Ortiz, 2015; Kim *et al.*, 2017; Limón y Chalfoun, 2017; Limón, 2018; Salmerón *et al.*, 2018).
 - La promoción de la autonomía personal demanda un enfoque proactivo. Mientras tanto, el actual procedimiento de acceso establecido por la LAPAD es reactivo, porque limita la acción protectora a quienes ya sufren de dependencia y actúa en base a estos. El Consejo Económico y Social (CES) entiende que la prevención tendría que desarrollarse como uno de los ejes principales del SAAD, con la condición de retrasar en el tiempo el volumen de personas con dependencia (Liao *et al.*, 2019).
- Datos y recomendaciones
 - El Informe sobre Envejecimiento Europeo de 2018 alerta de que los porcentajes de dependencia en España serán, en 2070, los más altos del mundo (European Commission, 2018).

- El Consejo de Europa, en su Recomendación n.º (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros, propuso en términos de dependencia, preconizar la prevención primaria y reductora de la dependencia y beneficiar, mediante el conjunto de prestaciones, a las personas en situación de dependencia que residen en el domicilio (Estatuto del Consejo de Europa, 1998).
- Diversas investigaciones han demostrado los efectos del apoyo social sobre la salud, y los beneficios del mismo sobre la evolución de dolencias de diversa índole (Holt-Lunstad *et al.*, 2010; Waldinger & Schulz, 2016; Liao *et al.*, 2019).
- Con el aumento de la edad, la mayoría de los contactos sociales se reducen y que tienden a ganar intensidad los vínculos con familiares próximos (Lowe, 2010; Orte *et al.*, 2017; Fiori *et al.*, 2019).

En esta línea, el Programa de Competencia Familiar Universal Auto (PCF-U-Auto) se diseña respondiendo a las demandas de los entes nacionales e internacionales de referencia y a la investigación. Incluye el trabajo sobre la dinámica familiar, poniendo en práctica tanto habilidades sociales como de comunicación y se orienta a la adquisición de conocimientos y pautas de promoción efectiva de la autonomía.

En el marco de la tesis doctoral, el diseño está alineado con el objetivo de validar el programa en la prevención de signos incipientes de dependencia y en la promoción familiar de la autonomía personal. El programa se diseñó para poner en práctica y desarrollar las dinámicas familiares y destrezas de promoción de autonomía en adultos mayores (AM en adelante), en sus familiares/cuidadores y en el conjunto familiar relacionadas con el envejecimiento activo.

Esta investigación contó con un diseño cuasi-experimental y fue desarrollada en tres estadios: diseño, implementación y evaluación. El diseño del programa se realizó en 2018 y su implementación y evaluación se llevó a cabo en 2019. La Universitat de les Illes Balears (UIB) y la DGD (Dirección General de Dependencia) aprobaron el proyecto. El diseño del programa comenzó en 2018 y la provisión de su implementación se llevó a cabo en 2019.

El objetivo era diseñar y evaluar un programa constituido de un conjunto de intervenciones que nos permitieran promover la autonomía personal desde el enfoque centrado en la familia. Para ello se diseñó el PCF-Auto y se desarrolló la primera aplicación piloto en una muestra de familias de diferentes localidades de Mallorca.

Selección y adaptación del Programa de Competencia Familiar 11-14 al Programa de Competencia Familiar Universal-Auto

Uno de los principales retos que tenemos en España, con respecto a la prevención de las situaciones de dependencia en edades avanzadas, es el de disponer de programas de prevención que hayan demostrado evidencias de efectividad en la población española y que puedan estar disponibles para su utilización en diferentes ámbitos de prevención relacionados con la familia, tanto en contextos formales como la red estatal de servicios para las personas en situación de dependencia, como en contextos informales como puedan ser los centros de servicios sociales o de salud.

Tal como recoge Przybylski (2008), el *movimiento basado en la evidencia científica*, se originó en el campo de la medicina y de la salud pública en torno a la década de los 80, a partir de declaración de A. L. Cochrane respecto a la falta de evidencia científica de la mayoría de tratamientos médicos que se llevaban a cabo en la práctica diaria.

Unos años más tarde, la comunidad médica empezó a proporcionar evidencia científica de las intervenciones a partir de estudios rigurosos y a diseminarlo entre los profesionales del ámbito en un formato que fuera fácilmente accesible para ellos. Esta práctica se ha ido diseminando a otros campos tales como la psicología, la educación, la intervención social o la criminología. Una premisa fundamental de este movimiento es que la información utilizada debe ser fiable y creíble.

Aplicado al ámbito de la prevención, los programas basados en evidencia son programas que han demostrado su eficacia en la intervención, obtenida a partir de estudios rigurosos que han sido debidamente evaluados y validados; generalmente, mediante ensayos controlados aleatorizados o diseños casi experimentales, y que han demostrado producir resultados positivos (Social Research Unit, 2012; Orte *et al.*, 2019; Nevot *et al.*, 2019; Sánchez *et al.*, 2019; Ballester *et al.*, 2020).

Una característica muy importante de estos programas es que han tenido en cuenta la diseminación en una forma que facilita el acceso a los profesionales para su valoración y aplicación. Para ello disponen de un currículum documentado, que facilita su diseminación y su utilización en los servicios y organizaciones públicas y privadas. Cuenta con la finalidad de orientar la acción y la intervención y de conocer y difundir sus resultados para fomentar la buena práctica.

Se requiere que tanto administraciones públicas como entidades financieras soliciten eficacia probada para los programas en los que invierten recursos públicos, dado que ello supone la mejora en la calidad de la atención que proporcionan y con ello la probabilidad de obtener los resultados esperados (Orte, 2013; Orte-Socias, C. y Amer-Fernández, J., 2014; Orte, Ballester *et al.*, 2019).

Concretamente, de disponer de prevención universal basada en la evidencia para la promoción de la autonomía, permitiría mejorar su relación coste-beneficio. De identificarse intervención temprana basada en la evidencia, reduciría y retrasaría las necesidades derivadas de la dependencia, contribuyendo al ahorro de los costes sociales de las atenciones que requieren las personas con dependencia avanzada.

Para que una intervención pueda evaluarse como “basada en la evidencia” requerirá, además, una evaluación a largo plazo, en la que se evalúen los beneficios y su mantenimiento a lo largo del tiempo. Se identifican otras cuestiones importantes que influyen y condicionan la diseminación y mantenimiento de los programas en el tiempo, que deberán tenerse presentes como pueda ser la formación específica de los profesionales en los contenidos de los programas y en otros aspectos también relevantes como el acceso universal de las familias y su motivación y mantenimiento en los programas preventivos; aspectos que requieren un tratamiento muy específico, dados los bajos porcentajes de asistencia y mantenimiento de estas familias en los programas de prevención universal (Axford *et al.*, 2012; Nevot-Caldentey *et al.*, 2019; Pascual *et al.*, 2019; Nevot *et al.*, 2018; Kumpfer *et al.*, 2018).

Como se ha introducido en el Capítulo 1, en cuanto a la importancia de la *dimensión familiar*, cabe destacar el papel principal que esta desarrolla en la amortiguación del impacto de la enfermedad incapacitante o discapacidad del adulto mayor, como

facilitadora del proceso de adaptación a su situación de dependencia, como proveedora de recursos de apoyo y de cuidado, como promotora del bienestar, de la salud, de la autonomía, de la autoestima y de su recuperación de los potenciales déficits funcionales que pueda padecer, como elemento clave para el desarrollo personal y como herramienta básica para manejar y reducir las interacciones que, sin intencionalidad, puedan fomentar el avance hacia situaciones de dependencia.

Aquí resulta fundamental destacar la existencia de ciertas actitudes familiares que serán facilitadoras mientras otras dificultarán la promoción de la autonomía de la persona en situación de dependencia como la sobreprotección, las actitudes negativas frente al envejecimiento, enfermedad o discapacidad. (Hernández *et al.*, 2019; Milte *et al.*, 2019; Mosquera *et al.*, 2019; Orte *et al.*, 2020; Rocco & Marc, 2012).

Actualmente, en España, se puede constatar la carencia de programas de prevención familiar universal validados. Dicha carencia, limita la capacidad de decisión de los profesionales, así como de los responsables de las políticas de salud pública. En relación a esa necesidad se ha desarrollado un diseño de un programa de prevención familiar universal, para su aplicación en España.

El fundamento del mismo se encuentra en el Programa de Competencia Familiar, un programa de fortalecimiento familiar desarrollado en Estados Unidos, conocido originariamente como *Strengthening Families Program* (SFP) y adaptado a múltiples países de nuestro entorno.

El SFP es una de los programas familiares más conocidos y analizados, a escala internacional (Orte y Amer, 2014). Se trata de una estrategia de prevención familiar multicomponente para familias en riesgo dirigida a padres, madres, hijos/as y familias. En sus orígenes, se diseñó para intervenir con familias con problemas de consumo (Kumpfer & Johnson, 2007), aunque a día de hoy, se aplica, selectivamente, a familias en riesgo por causas diversas y universalmente, a familias sin riesgos manifiestos (Valero, 2019). Su objetivo principal es reducir las consecuencias negativas de las conductas de riesgo de los diferentes miembros de la familia o prevenir su aparición.

Las primeras investigaciones sobre el SFP demostraron que el entrenamiento en habilidades sociales y de relación, por parte de los miembros de la familia, conseguía reducir las conductas vinculadas a problemas, en menores. El entrenamiento en sesiones familiares, mejoraba la comunicación y relación familiar (Kumpfer & Alvarado, 2003). Este programa se ha calificado como programa basado en la evidencia, por demostrar tamaños en sus efectos medios y/o grandes al ser comparado con otras intervenciones de prevención familiar (Valero *et al.*, 2017). En la actualidad, se identifica como ha sido adaptado para su aplicación en diversos contextos y países europeos, demostrando, en sus diversas aplicaciones, evidencias de eficacia (Orte y Amer, 2014).

Este programa se ha fundamentado en la teoría sistémica y en teorías cognitivo-conductuales, como las de Bowen (1978), Minuchin (1974), el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), la teoría del Apego de Bowlby (1969) y Aisworth (1969) o la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (Kumpfer, 2014).

El *Programa de Competencia Familiar* (versión española del SFP) es uno de los programas más eficaces para el cambio en las relaciones familiares, ya que implica a toda la familia. El PCF es único entre los programas de mejora de la dinámica familiar y de fortalecimiento de las relaciones, ya que fue desarrollado específicamente para familias en situaciones de riesgo.

En un estudio de 24 meses, realizado por el equipo dirigido por la profesora Carmen Orte, la adaptación española del SFP, el Programa de Competencia Familiar, mostró su eficacia a largo plazo en los principales factores que componen la dinámica familiar positiva (resiliencia, comunicación, organización y cohesión familiar, disciplina positiva y otros factores) (Orte *et al.*, 2015).

Se procede así, a validar la adaptación de la implementación del Programa de Competencia Familiar de demostrada eficacia en la mejora de las relaciones familiares, en la reducción de la predisposición a la depresión, de ansiedad familiar, en la mejora de las estrategias de afrontamiento familiar, entre otros resultados relevantes, sobre la autonomía de las personas en situación de dependencia, la mejora del bienestar y habilidades de sus cuidadores y sobre las relaciones familiares.

De este modo, mientras que en el programa de adolescentes se habla en términos de “instrucción”, en el programa orientado a adultos mayores se define la variable en términos de “demanda o petición”, bidireccional (Orte *et al.*, 2015). Por otro lado, se adaptan también los contenidos de los riesgos imperantes en cada etapa del desarrollo. Mientras que los principales riesgos de la relación adolescente-entorno se centran en el desarrollo de conductas antisociales, disruptivas y/o de consumo, los principales riesgos relacionales dados entre la población mayor, guardan relación con la pérdida de autonomía en la ejecución y toma de decisiones asertiva en cada una de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

Por ello, la segunda gran adaptación efectuada sobre el Programa de Competencia Familiar Universal se centra en esta segunda gran dimensión; la adaptación evolutiva de la prevención de riesgos. De este modo, dado que el objetivo del PCF-Auto es reducir los factores de riesgo para el funcionamiento autónomo del adulto mayor, se desarrolló un estudio sobre los fundamentos de la prevención familiar de la dependencia (Nevot-Caldentey *et al.*, 2020).

CAPÍTULO 2: DISEÑO DEL PCF-AUTO

Objetivos del PCF-Auto

El Programa de Competencia Familiar Universal-Auto (PCF-U-Auto) pretende la prevención universal de las situaciones de dependencia. Su principal objetivo es promover la autonomía personal de las personas mayores para garantizar el envejecimiento activo (salud, participación y seguridad).

El PCF-U-Auto se diseñó a partir de las herramientas y estructura del Programa de Competencia Familiar en su versión Universal con el mismo planteamiento genérico, relacionado con promover las dinámicas familiares que permitan un funcionamiento óptimo de cada uno de sus miembros (objetivo general común) para promover el envejecimiento activo (objetivo del PCF-U-Auto).

Mediante un conjunto de intervenciones educativas aplicadas al ámbito familiar, se promueve la permanencia de la persona en situación de dependencia en su entorno familiar. Por otro lado, se refuerzan las medidas de prevención de las situaciones de dependencia dado que se dirige a las personas mayores sin dependencia o que presenten síntomas incipientes de dependencia siempre que no repercutan en la adecuada comprensión y posibilidad de aplicación de los contenidos del programa. Los objetivos generales y específicos del PCF-Auto se definen en la Tabla 5:

Tabla 5.

Objetivo general y objetivos específicos del PCF-Auto

<i>Objetivo general</i>	<i>Objetivos específicos/indicadores intermedios</i>
<i>Mejorar las relaciones familiares (O1)³</i>	Mejorar la comunicación familiar (o11) Mejorar los vínculos y cohesión familiar (o12) Aumentar la organización y planificación familiar (013) Disminuir los conflictos en la familia (014) Aumentar la calidad del tiempo compartido en la familia (015) Incrementar la empatía familiar (016) Mejorar la capacidad de aprovechar la red social de la familia (o17)
<i>Incrementar las competencias para la autonomía (O2)</i>	Aumentar el conocimiento de los cuidadores sobre las competencias del cuidador y los cuidados que fomentan la autonomía (o21) Aumentar los cuidados eficaces y basados en la autoestima (o22) Aumentar la atención positiva y reconocimiento positivo de los AM (o23) Reducir las respuestas negativas vinculadas conductas no deseadas (o24) Aumentar la supervisión familiar y social para garantizar el bienestar (o25)
<i>Mejorar las habilidades vitales y la conducta de AM (O3)</i>	Aumentar la conducta basada en habilidades sociales efectivas (o31) Potenciar el vínculo facilitador del funcionamiento autónomo (o32) Reducir las respuestas menos asertivas (agresividad o falta empatía) (o33) Mejorar las relaciones interpersonales, reduciendo la timidez, depresión u otros factores limitadores (o34)
<i>Mejorar las habilidades sociales de AM (O4)</i>	Incrementar las habilidades de comunicación (o41) Incrementar las habilidades asertivas (o42) Aumentar el reconocimiento de los sentimientos (o43) Mejorar las habilidades de afrontamiento positivo (o44)

^{3 3} “O” mayúscula es el indicador relativo al Objetivo General, el número es el indicador que permite relacionar el objetivo dentro de las Tablas. Cuando la “o” es minúscula es el indicador relativo al Objetivo Específico

Objetivo general	Objetivos específicos/indicadores intermedios
<i>Prevenir pérdida de funciones vinculadas a tomar decisiones sobre las ABVD (O5)</i>	Disminuir la sobreprotección familiar (o51) Aumentar los campos de toma de decisiones propias del AM dentro del sistema familiar en el que impacta la enfermedad incapacitante (o52) Reducir los factores de riesgo intermedios en los AM (por ejemplo, pérdidas de autonomía, problemas emocionales y problemas en los contextos de relación del adulto mayor) y mejorar los factores de protección (desarrollar habilidades de afrontamiento, de comunicación, habilidades sociales) (o53)

En relación al cuidador (CV1⁴) se pretende generar:

- El incremento de las competencias del cuidador y la implicación familiar (cv11)
- El incremento de las habilidades de fomento de la autonomía (cv12)
- El incremento de la supervisión familiar (cv13)
- El incremento de la eficacia del fomento de la autonomía (cv14)
- La reducción de la pérdida de toma de decisiones sobre las ABVD (cv15)

En relación al adulto mayor (AV2⁵):

- El incremento de las habilidades sociales (cooperación, asertividad, autocontrol) (av21)
- La mejora de las relaciones interpersonales (av22)
- La reducción de la agresividad y de otros problemas de conducta (av23)
- La mejora de las actitudes asertivas. Aprender a decir “no”. (av24)
- La mejora de las habilidades adaptativas en los diferentes contextos de relación (av25)

Finalmente, en el trabajo con las familias (FV3⁶) se pretende trabajar:

- La mejora de las relaciones entre el cuidador y el adulto mayor (af31)
- La mejora de la cohesión familiar (af32)
- La mejora de la organización familiar (af33)
- La mejora de la resiliencia de la familia (af34)
- La reducción del conflicto familiar (af35)

En la Tabla 6 se definen tanto los objetivos generales como los específicos a conseguir mediante la aplicación del PCF-U-Auto, las claves de trabajo y las actividades previstas por sesión, para su consecución. Se recuerdan nuevamente los indicadores de objetivo (IDO) dado que, para facilitar la inclusión en la tabla, se abrevian los contenidos de cada indicador. Luego quedan reseñadas también las variables implicadas en el trabajo de cada uno de los objetivos, así como el correspondiente indicador de objetivo.

⁴ CV1 es el indicador relativo a la Variable del Cuidador y el número es el indicador que permite identificar la variable dentro de las Tablas.

⁵ AV2 es el indicador relativo a la Variable del Adulto Mayor.

⁶ FV3 es el indicador relativo a la Variable Familia

Tabla 6.

Contenido del Programa de Competencia Familiar Universal Auto (PCF-U-Auto)

IDV	Variable	Claves	IDO	Objetivo/s	Actividad/ temas y técnicas	S*	
CVI	Implicación familiar (F) (cv11)	I. Tiempo positivo	011	Comunicación F	IV. Importancia de asistir a las sesiones - A. Asistencia - B. Obstáculos - C. Incentivos	0	
		II. Elogio positivo	012	Vínculos	V. Ejercicio integración: “ <i>Qué te gusta de ti mismo, del adulto mayor y de otro F</i> ”	0	
		III. Reducción consecuencias negativas	015	Tiempo	VI. Cómo aprendemos: “ <i>Creencias sobre el cambio</i> ” - PPC: “ <i>Observar las conductas positivas</i> ”	0	
			022	Autoestima	Hoja Informativa: ¿Qué pretendemos? ¿Cómo?; Estructura de las sesiones (FI y FII); Lo que me gusta; El cambio de comportamiento; Conductas positivas; El programa; Nuestro tiempo	0	
CVI	Competencias autonomía (cv12)	I.Seguridad conocimientos	021	Conocimiento	I y II Prestar atención e ignorar: Explicación de “prestar atención e ignorar” - Ejercicio por parejas	2	
		II. Coherencia/ Acuerdos	023	Atención positiva (+)	(prestar atención e ignorar)	2	
			024	Consecuencias negativas (-)	III Recompensas: Charla sobre recompensas - Ejercicio: <i>el poder de las recompensas</i> - 6 claves a recordar sobre la recompensa	2	
			025	Supervisión	IV. PPC: “Nuestro tiempo” (continuación) PPC: Atención diferencial + registro	2	
CVI	Supervisión (cv13)	I.Red relaciones	013	Organización	I y II Mejorar las relaciones y las habilidades (HH) comunicativas (CC)	1	
		II.Agentes	017	Red social F	• Explicación del programa	1	
		facilitación	032	Vínculo	• El papel del oyente y del orador - El papel del moderador	1	
			034	Relación Interpersonal (I)	• Obstáculos comunicación - Demostración y modelado	1	
CVI	Eficacia autonomía (cv14)	I. Escucha y atención	016	Empatía	IV. Ponerse en el lugar del otro: Introducción de la empatía - Ejercicio de demostración de empatía (I) - Ejercicio de demostración de empatía (II) - Cerrar el círculo (III) - PPC: empatía	1	
		II. Peticiones	041	HHCC	Hoja informativa: <i>cómo ser un buen orador, un buen oyente, obstáculos de la CC (...)</i> registro	1	
		III. Control	042	Asertividad	III Plantear demandas: cómo hacer una petición - Debate <i>qué hacer si no se atiende demanda</i>	1	
			051	Sobreprotección	V. Poner límites - A. Conversación sobre poner límites – B. Cuatro formas de poner límites – C. Representación del procedimiento elegido para poner límites	1	
					PPC. Escoger cambios para fomento de autonomía + objetivos + pasos resolver problema	3	

Tabla 6 continuada

IDV	Variable	Claves	IDO	Objetivo/s	Actividad/ temas y técnicas	S*	
CVI	Decisiones (cv15)	I. Afrontamiento decisiones	014	Conflictos	I y II Metas y objetivos de comportamiento: Charla/Ejercicios para elaborar metas - Creación de metas y objetivos de comportamiento - Práctica de especificar comportamiento - I La figura del cuidador como agente preventivo de la pérdida de autonomía en adultos mayores	3	
			033	Agresión	II Manejar la presión social y las situaciones de riesgo (decir NO y presión social) -Tomar decisiones de manera autónoma - Práctica II: HH para decir NO - III Aprender a decir NO - Cuidadores: pasos que están aprendiendo sus adultos mayores para decir NO - Práctica II de la HH para decir NO	3	
			043	Sentimientos	IV Discusión sobre la influencia de los cuidadores en los adultos mayores	3	
			044	Afrontamiento	V. ¿Qué factores influyen en la forma de actuar de los adultos mayores?	4	
			052	Decisión	PPC: riesgos pérdida autonomía: influencia de los cuidadores + estrategias de protección F	4	
		II. Evitar cuidados sustitutivos	053	Factores de riesgo (FR) y factores de protección (FP)	I Desarrollo del programa e implementación: Pasos - Desarrollo programa - Representación	5	
					II. Afrontar excusas o discusiones	5	
					III. Centrarse en las fortalezas: Charla mantener conductas + - Charla mediación y negociación - Acuerdo programa comportamiento - Cómo ser un cuidador eficaz - Mantener cambios	5	
						5	
						5	
AV2	HHSS (av21)	I. Relaciones	011	CCF	I Orientación General - II. Presentaciones - Tarjetas identificación - Actividad integración (<i>juego nombre, qué te gusta de ti</i>) - III. Acuerdo conjunto reglas respeto grupal	1	
			012	Vínculos		1	
		III. Actividades sociales	015	Tiempo	I HH de conversación: Debate: conversar - HH para escuchar: Práctica de la escucha - III Hablar para que nos escuchen: - IV Lenguaje corporal - V Bien, ahora tú eres el cuidador: Juego roles	1	
			022	Autoestima	PPC: Registro de HH de CC familiar/Hoja CC F - I Revisión de las HH puestas en práctica	2	
AV2	Relaciones (av22)	I	I. Autocontrol	021	Conocimiento	II Metas: Cómo potenciar conductas positivas: El juego de lo que me gusta y lo que no me gusta – Metas - Reglas secretas éxito - C1: Recompensa lo que te gusta - C2: Ignora lo que no te gusta - III Ejercicios de práctica: ignorar y recompensar - IV: Decir cómo pensamos y nos sentimos	2
			II. Aceptación críticas	023	Atención +		2
			024	Consecuencias -		2	
			III. Expresión afecto	025	Supervisión	I Identificar instrucciones confusas - II Identificar y seguir y dar demandas claras	2
						III Emociones y sentimientos - IV Manejar sentimientos	2
			IV. Satisfacción relaciones			IV Afrontar la crítica: <i>¿Qué es?</i> - <i>¿Cómo hacer una crítica?</i> - <i>¿Cómo recibirla?</i>	2
						PPC: Críticas	3
							3

Tabla 6 continuada

IDV	Variable	Claves	IDO	Objetivo/s	Actividad/ temas y técnicas	S*
AV2	Agresividad (av23)	I. Dificultades relación	013	Organización	I Controlar y expresar el enfado: Controlar el enfado - Expresar tu enfado	5
		II. Agresividad	017	Red social F	II Resolver problemas	5
		III. Discusión	031	HHSS	I. Diciendo “no” para no tener problemas - A. Explicación - B. Juego/práctica para decir no	4
		IV. Evitación	032	Vínculo		
			034	Relaciones I		
AV2	Asertividad (av24)	I. Negligencia/ maltrato	016	Empatía	C. Hablad sobre la presión social - D. Cuatro pasos para decir “no” - E. Juego de rol: práctica de los cuatro pasos para decir “no” - F. CC no verbal y asertividad - IV Debate automedicación y	4
		II. Asertividad decisiones	041	HHCC	abuso de sustancias	4
			042	Asertividad	V PPC: práctica HHCC	4
			051	Sobreprotección		
AV2	HH Adaptativas (av25)	I. Toma decisiones sobre ABVD	043	Sentimientos	II Debate: toma de decisiones: Discusión sobre la toma de decisiones	4
			044	Afrontamiento	III ¿Qué podemos hacer?	4
			052	Decisión	III. Discusión: recursos para pedir y recibir ayuda: Cuando los cuidadores pueden ayudar/cuando no pueden ayudar - Resolver problemas cuando no tienes quien te ayude – Ejercicio y	4
			053	FR y FP	representación	5
						5
FV3	Relaciones (af31)	I. CC positiva	011	CC F	II Dinámica inicial de diversión F -III Vista general grupo F: Definir actividades F - Describir la	0
		II. Satisfacción F de “Nuestro tiempo” - III Actividad F: Árbol F (manualidad)	012	Vínculos	manera de aprender - IV. PPCs - V. Entrega de incentivos - I HHCC (reglas y roles) - II Perspectiva	0
			022	Autoestima	0	
					IV. PPCs + registro - I Repaso de lo aprendido	1
FV3	Cohesión (af32)	I. Vínculo F	021	Conocimiento	I Repaso de la práctica para casa “Nuestro tiempo”	2
			023	Atención +	II Recompensas	2
			24	Consecuencias -	III Metas y objetivos	2
			25	Supervisión	I Repaso de lo aprendido	5

Tabla 6 continuada

IDV	Variable	Claves	IDO	Objetivo/s	Actividad/ temas y técnicas	S*
FV3	Organización (af33)	I. Espacios y tiempos	017	Red social F	IV. Observación de “Nuestro tiempo”: Metas de los adultos mayores - Metas de los cuidadores	2
			031	HHSS	V Trabajar como F: Instrucciones – Dinámica F “gastar el bote” – debate	2
		II. Planificación y gestión	032	Vínculo	PPC: Nuestro tiempo + recompensas sociales	2
			034	Relaciones I	I Repaso de lo aprendido	5
FV3	Resiliencia (af34)	I. Afecto	016	Empatía	I Presiones que destruyen sueños	4
		II. Salud física y mental	041	HHCC	II Sabiendo qué, quién, dónde y cuándo: Un problema F - Pedir qué, dónde y cuándo	4
		III. Reciprocidad	042	Asertividad	III Identificar las estrategias de protección de la F	4
		IV. P. común	051	Sobreprotección	IV PPC + registro I Repaso de lo aprendido	4 5
FV3	Conflicto (af35)	I. Reducción de conflictos	014	Conflictos	I Actividad de diversión en F	3
			033	Agresión	II Hablar sobre el enfado - III Representación sobre el enfado	3
		II. Autonomía F en contenidos	044	Afrontamiento	IV Practicar la solución de problemas - Un problema para practicar - Un problema real	3
			052	Decisión	V Práctica para casa	3
		PCF-U-Auto	053	FR y FP	I Repaso de lo aprendido	5

A partir de las variables trabajadas (entre 3 y 5 dimensiones de trabajo para cada uno de los 5 bloques de objetivos) y del análisis de resultados de la aplicación piloto del PCF-U-Auto, se espera la mejora de las relaciones familiares (1), de las competencias de fomento de autonomía (2), de las habilidades vitales y conductuales (3), de las habilidades sociales (4) y la reducción o prevención de la pérdida de las funciones vinculadas a la toma de decisiones sobre las actividades básicas de la vida diaria (5).

Diseño del Programa de Competencia Familiar Universal-Auto

A lo largo del año 2018, se realizó un estudio orientado a conocer las necesidades sociales y familiares de la población en situación de dependencia y su incidencia sobre las variables de salud y dependencia, sobre una muestra de 298 beneficiarios de la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (ver artículo 2 de la tesis doctoral Análisis de conglomerados en la definición de perfiles de mayores con dependencia en Palma de Mallorca: relación entre salud, apoyo social y dependencia).

Al confirmarse la relación entre la salud y el apoyo social, definida en los resultados de investigaciones previas (Andrew, 2005; Arezzo & Giudici, 2015; Blanchard-Fields, 2007; Broadhead et al., 1988; Carstensen, 1992; d'Hombres et al., 2010; Folland, 2007; Fung et al., 2001; Kavanagh et al., 2006); Lowe, 2010; MacCaul et al., 1987; Odmsn et al., 1992; Paykel, 1994; Rocco & Marc, 2012; Rouxel et al. 2015; Stafford et al., 2005) e identificarse una relación significativa entre el apoyo social percibido de la persona en situación de dependencia, el grado de dependencia y la salud del adulto mayor, se planteó la posibilidad de diseñar un programa para la promoción social y familiar de la autonomía en adultos mayores (Nevot-Caldentey et al., 2020).

Dado que el PCF se centra en trabajar las relaciones familiares por medio de la influencia sobre el vínculo familiar como estrategia para mejorar las relaciones entre los miembros de la familia, consiguiendo entre sus principales resultados demostrados, la mejora de ciertas variables como la comunicación familiar, las estrategias de afrontamiento familiar, resiliencia familiar, cohesión familiar o niveles de depresión manifiestos a nivel individual, se identifica la extrapolabilidad de parte del trabajo que efectúa en el vínculo en su caso, entre padres y jóvenes, a cuidadores y adultos mayores. Se habla de la adaptación de una parte del mismo. En cualquier caso, se ajustan las estrategias familiares de control y de supervisión a las necesidades de las familias con adultos mayores (Orte *et al.*, 2015).

A partir de la revisión de medidas de promoción de la autonomía se realizó una tabla orientada a identificar las evidencias apoyadas por la investigación acerca de la necesidad de trabajar sobre cada uno de los objetivos definidos en el programa. Asimismo, se ofrece también una relación entre cada uno de los objetivos y los indicadores de medición de los mismos, aplicados pre-post la implementación del programa.

Así se identifica que la Tabla 7 se constituye de las Tablas 7.1 (relación objetivos-sistemas de evaluación en “Cuidador”) y la Tabla 7.2. (relación objetivos-sistemas de evaluación en “Adulto Mayor”) para facilitar la identificación de la relación entre los objetivos y los ítems que los evalúan en los respectivos cuestionarios. Además, se facilita la cita de los autores a modo de índice de los estudios que evidencian la relación entre el objetivo y el ítem de medición.

Tabla 7

Objetivos/Sistemas de evaluación

Tabla 7.1. Relación objetivos-sistemas de evaluación en “Cuidador”

Objetivos generales	Indicadores	Evidencia	Autor/Año
Mejorar las relaciones familiares (IDO01)	¿Cuáles cree que son los tres principales problemas que tiene? ¿Cómo valora su situación de salud actual?	Educación familiar para mejor estado de salud	Gobierno de Navarra (2006); Junta de Andalucía (2016)
	¿Alguien le ayudaría, si fuera necesario?	Apoyo social y afrontamiento adaptativo	Kotkamp-Mothes <i>et al.</i> (2005); Berenschot & Grift (2019)
		Apoyo intergeneracional y calidad de vida	Lowenstein (2007)
	¿Ha tenido que dejar de trabajar para cuidar?	Reducción contactos sociales y falta de apoyo	Pimouguet et al. (2013)
		Desigual reparto responsabilidades	Gobierno de Aragón (2010)
	¿Alguien le ayudaría, si fuera necesario?	Medidas familiares de apoyo	Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García (2014)
		Falta de apoyo; conflictos familiares	Pimouguet et al. (2013)
	¿Cómo valora su situación social actual?	Reducción red social y tensiones	Pimouguet et al. (2013)
	¿Cuál de las siguientes actividades describe mejor su nivel de actividad diario? ¿En qué actividades participa actualmente? ¿Con qué frecuencia realiza vd las siguientes actividades? ¿Cuál de las siguientes actividades describe mejor su nivel de actividad diario?	Actividades compartidas y mejora de la dinámica familiar	Gobierno de Aragón (2010)
		Actividades ocio y tiempo libre promueven salud, calidad de vida y evitan aislamiento	Gobierno de Aragón (2010)
¿Cuáles cree que son los tres principales problemas que tiene? ¿Cómo valora su situación de salud actual?	Tiempo positivo y salud	Gobierno de Aragón (2010)	

Tabla 7.1. continuada

Objetivos generales	Indicadores	Evidencia	Autor/Año
<i>Mejorar las relaciones familiares (IDO01)</i>	4. Pasan tiempo contigo a gusto 3. Habilidades eficaces de relación (tiempo juntos, recompensar)	Tiempo positivo y mejora relación	Orte y Amer (2014)
		Tiempo positivo y dinámica familiar	Gobierno de Aragón (2010)
	5. Hablan contigo de tus planes para los próximos días 6. Hablan contigo sobre cómo te ha ido el día	Intercambio de experiencias y mejora relación	Berkman & Syme (1979); Baltes & Baltes (1990); Bland <i>et al.</i> (1991); Carstensen, Isaacowitz & Charles (1999); Skrabski, Kopp & Kawachi, (2003)
		Tiempo positivo e intercambio de planes – Planificación y gestión	Orte, Ballester y March (2015)
	7. Te gritan o te hablan de mala manera 8. Tienen discusiones fuertes	Actitud profesional y mejora conflicto latente	Goldberg, 2005; Goldberg & Shaw (2007); Poitras (2013)
		Disminuir los conflictos en familia	Van Orden <i>et al.</i> (2015)
		Comunicación como medida de prevención del conflicto	Gobierno de Aragón (2010)
		Empatía y evitación de conflictos	Baron-Cohen, (2012)
	9. Hacéis reuniones de familia	Reunión familiar y mejora relación	Bellamy & Gott (2013)
	1. Apoyo/amor/cariño familiar	Intercambio de afecto, bienestar emocional y mejora relación familiar	Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d' Asturias (2009)
<i>Incrementar las competencias de fomento de la autonomía (IDO02)</i>	¿Ha recibido formación para mejorar su capacidad de dar apoyo?	Formación mejora autoestima y destrezas comunicación	Engström <i>et al.</i> , (2010)
		Formación para no reforzar conductas dependientes (Manual de formación para atención dependencia)	Gobierno de Aragón (2010)

Tabla 7.1. continuada

Objetivos generales	Indicadores	Evidencia	Autor/Año
Incrementar las competencias de fomento de la autonomía (IDO02)		Mejorar conocimiento cuidador y mejora enfrentamiento adaptativo día a día cuidador-adulto mayor	Stockwell-Smith <i>et al.</i> (2018)
	Te dicen que realmente te quieren Te elogian	Motivación y reconocimiento/refuerzo positivo	Gobierno de Aragón (2010)
		Reconocimiento verbal	Lopes & Cachioni (2016)
	Te dicen claramente lo que quieren que hagas	Comunicación asertiva	Orte <i>et al.</i> (2015)
		Asunción responsabilidades	Gobierno de Aragón (2010)
		Comportamiento favorecedor autonomía	Gobierno de Navarra (2006)
	9. Hacéis reuniones de familia	Reunión familiar y mejora calidad de la atención	Griffith <i>et al.</i> (2004); Watkins <i>et al.</i> (2007)
	¿Cuál de las siguientes actividades describe mejor su nivel de actividad diario? ¿En qué actividades participa actualmente? ¿Con qué frecuencia realiza vd las siguientes actividades?	Actividad social y mejora de la comunicación social	Gomes da Penha <i>et al.</i> (2018)
	2. Comunicación familiar positiva (peticiones claras, reglas y elogios)	Elogiar y fomentar autonomía	Gobierno de Navarra (2006); Junta de Andalucía (2016)
	7. Te gritan o te hablan de mala manera 8. Tienen discusiones fuertes	Se desaconseja discutir	Gobierno de Aragón (2010)
1. Apoyo/amor/cariño familiar	Manifestaciones de afecto y potenciación autonomía	Junta de Andalucía (2016)	

Tabla 7.1. continuada

Objetivos generales	Indicadores	Evidencia	Autor/Año
Mejorar las habilidades vitales y de conducta (IDO03)	2. Comunicación familiar positiva (peticiones claras, reglas y elogios)	Reglas y responsabilidades claras	Gobierno de Aragón (2010)
		Asunción responsabilidades propias	Basegio <i>et al.</i> (2011)
	3. Habilidades eficaces de relación (tiempo juntos, recompensar)	Cuidado eficaz y basado en la autoestima	Martín <i>et al.</i> (2007)
		Eficacia cuidados, mejora comunicación y mejora manejo problemas	Dahan-Oliel <i>et al.</i> (2008); Lopes & Cachioni (2016); Gomes da Penha <i>et al.</i> (2018)
	4. Estilo eficaz para abordar los problemas y conflictos	Entendimiento conducta-problema como manifestación necesidad	Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d' Asturias (2009)
	10. ¿Ha tenido que dejar de trabajar para cuidar?	Volumen dedicación	Gobierno de Aragón (2010)
		Consecuencias negativas	Gobierno de Aragón (2010)
	Te dicen que realmente te quieren Te elogian cuando haces algo bien	Reconocimiento y valoración	Bofill-Poch (2018)
	7. Te gritan o te hablan de mala manera 8. Tienen discusiones fuertes	Pautas para reducir conflicto	Gobierno de Aragón (2010)
		Comunicación efectiva y reducción conflicto	Oetzel <i>et al.</i> (2015)
	Cooperación y solidaridad familiar en reducción conflicto	Bofill-Poch (2018)	
2. Comunicación familiar positiva (peticiones claras, reglas y elogios)	Potenciar solidaridad familiar y mejora autonomía	Bofill-Poch (2018)	

Tabla 7.1. continuada

Objetivos generales	Indicadores	Evidencia	Autor/Año
		Cooperación, comunicación y competencias y responsabilidad	Tretteneig <i>et al.</i> (2017)
	3. Habilidades eficaces de relación (tiempo juntos, recompensar)	Mejora habilidades sociales y de comunicación beneficiosas para cuidadores y cuidados eficaces	Engström <i>et al.</i> (2010)
	4. Estilo eficaz para abordar los problemas y conflictos	Adquisición competencias comunicativas eficacia abordaje problemas	Díaz (2014)
		Habilidades sociales incrementan impulso resolución problemas	Metze <i>et al.</i> (2015)
	<p>6. Salud mental positiva</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida? 2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses? 3. ¿Siente que su vida está vacía? 4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a? 5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor? 6. ¿Teme que le pase algo malo? 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? 8. ¿Se siente a menudo abandonado/a? 9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas? 10. ¿Cree tener más problema de memoria que el resto de la gente? 11. ¿Piensa que es maravilloso vivir? 12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos? 13. ¿Se siente lleno/a de energía? 14. ¿Siente que su situación es desesperada? 15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted? 	Mejora relaciones interpersonales y mejora depresión	Couture <i>et al.</i> (2005); Souesme <i>et al.</i> (2014)
		Intercambio comunicativo y mejora sentimientos de tristeza	Gobierno de Navarra (2006); Souesme <i>et al.</i> (2014)

Tabla 7.1. continuada

Objetivos generales	Indicadores	Evidencia	Autor/Año
<p>Mejorar las habilidades sociales de adultos mayores (IDO04)</p>		Mejora emociones, mejora afectación bio-psico-social	Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d' Asturias (2009)
		Pasos para resolver problemas	Gobierno de Aragón (2010)
	<p>10. ¿Ha tenido que dejar de trabajar para cuidar?</p>	Afectación vida	Pimouguet <i>et al.</i> (2013)
	<p>¿Cuáles cree que son los tres principales problemas que tiene? 19. ¿Padeecía usted de algún problema de salud antes de cuidar? 20. ¿Con qué frecuencia acude a los servicios de salud, para consultas sobre su propia salud? ¿Cómo valora su situación de salud actual?</p>	Emociones y salud	Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principau d' Asturias (2009)
	<p>¿Cuál de las siguientes actividades describe mejor su nivel de actividad diario? ¿En qué actividades participa actualmente? ¿Con qué frecuencia realiza vd las siguientes actividades?</p>	Actividades de ocio y autoimagen y sentimientos de dominio y competencia	Lin & Yen (2018)
	<p>2. Comunicación familiar positiva (peticiones claras, reglas y elogios)</p>	Cambios comunicación y prevención impacto social dependencia	Gomes da Penha <i>et al.</i> (2018)
	<p>4. Estilo eficaz para abordar los problemas y conflictos</p>	A pesar de mayor exposición a problemas mejora de la comunicación previene conflictos	Penha <i>et al.</i> (2018); Lopes & Cachioni (2016)
		Dessarrollo recursos internos y externos	Couture <i>et al.</i> (2005)
		Análisis racional de las preocupaciones	Lefrançois (2002)
		Mejora habilidades afrontamiento positivo	Couture <i>et al.</i> (2005); Gobierno del Principado de Asturias (2017);

Tabla 7.1. continuada

Objetivos generales	Indicadores	Evidencia	Autor/Año
<p><i>Reducir o prevenir la pérdida de funciones vinculadas a TOMA DE DECISIONES ABVD (IDO05)</i></p>	<p>7. Te gritan o te hablan de mala manera 8. Tienen discusiones fuertes</p>	<p>Prácticas asertivas en reducción de conflictos (autocontrol, decir “no”)</p>	<p>Orte <i>et al.</i> (2015)</p>
		<p>Autorregulación y autocontrol</p>	<p>Job <i>et al.</i> (2018)</p>
	<p>9. Hacéis reuniones de familia</p>	<p>Reunión familiar y fomento autonomía – expresión decisiones y establecimiento Plan-</p>	<p>Metze <i>et al.</i> (2015)</p>
	<p>2. Comunicación familiar positiva (peticiones claras, reglas y elogios)</p>	<p>Fomento asunción de responsabilidad ante toma de decisiones</p>	<p>Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d’Asturies (2009)</p>
	<p>3. Habilidades eficaces de relación (tiempo juntos, recompensar)</p>	<p>Abordaje eficaz tensiones y expresión adecuada de peticiones y manifestación de deseos/necesidades</p>	<p>Orte <i>et al.</i> (2015)</p>
	<p>4. Estilo eficaz para abordar los problemas y conflictos</p>	<p>Autocontrol en mejora del abordaje de los conflictos</p>	<p>Orte <i>et al.</i> (2015)</p>
	<p>5. Organización familiar (reglas, responsabilidades personales)</p>	<p>Respeto del cuidador hacia el adulto mayor (decisiones, opiniones...)</p>	<p>Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d’Asturies (2009); Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García (2014)</p>
<p>6. Salud mental positiva 1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida? 2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses? 3. ¿Siente que su vida está vacía? 4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a? 5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor? 6. ¿Teme que le pase algo malo? 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? 8. ¿Se siente a menudo abandonado/a? 9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas? 10. ¿Cree tener más problema de memoria que el resto de la gente? 11. ¿Piensa que es maravilloso vivir? 12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos? 13. ¿Se siente lleno/a de energía? 14. ¿Siente que su situación es desesperada? 15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?</p>	<p>Falta de control, sentimientos de tristeza, desánimo y frustración</p>	<p>Tretteneig <i>et al.</i> (2017)</p>	

Tabla 7.1. continuada

Objetivos generales	Indicadores	Evidencia	Autor/Año
		Asunción responsabilidades impropias en cuidador incrementa resignación y sacrificio	Guadalupe & Cardoso (2017)

Tabla 7.2.
Relación entre objetivos-sistemas de evaluación para “Adulto Mayor”

Objetivos generales	Indicadores	Evidencia	Autor/Año
Mejorar las relaciones familiares (IDO01)	¿Con quién convive?	Conexión adulto mayor con familiares vital para evitar aislamiento. Soledad como factor de riesgo	Sas et al. (2017); Resende et al. (2017)
	¿En cuántas personas tiene confianza, para poderlas visitar en su casa?		
	¿Con cuántas personas (amigos, familiares) habló por teléfono la semana pasada?		
	¿Cuántas visitas recibió la semana pasada?		
	¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		
	¿Ve a sus familiares y amigos tanto como querría?		
	¿En qué medida está vd satisfecho de la relación que mantiene con las personas cercanas a vd que le voy a indicar? 1. Su pareja; 2. Sus hijos; 3. Sus nietos; 4. Otros familiares; 5. Vecinos; 6. Amigos	Vínculos afectivos necesarios para satisfacción persona mayor. Mejora contactos, reducción niveles de vulnerabilidad frente a factores estresantes físicos y mentales	Ortiz (2007); Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García (2014); Carstensen et al. (2015)
	Mejora relaciones familiares y grado de autonomía mediante participación social	Törnbohm et al. (2018)	
	Aprovechamiento red social y menor riesgo de soledad	Liberalesso et al. (2018)	
¿Alguien le ayudaría, si fuera necesario?	Mejora comunicación con miembros red social, mejora autonomía	Berenschot & Grift (2019)	
¿Cómo cree que le ayudaría?			
¿Actualmente, recibe ayuda de alguien?			
¿Con qué frecuencia le ayudan?			
¿Qué ayuda le dan?			
¿Quién le aporta esta ayuda?			
¿Cómo valora su situación social actual?			
¿Cómo valora su situación de salud actual?			

Tabla 7.2. continuada

Objetivos generales	Indicadores	Evidencia	Autor/Año
		Importancia calidad profesional en implicación familiar	Wierzbicki & Pekarik (1993); Lewis et al. (2012); Orte <i>et al.</i> (2014); Orte <i>et al.</i> (2016); Orte <i>et al.</i> 2017); Nevot <i>et al.</i> (2018)
		Atención integral necesidades – Papel activo organizaciones y familias	Fernández-Ballesteros (2011); Ferreira (2015); Araujo <i>et al.</i> , (2017)
¿Conversan entre ustedes los problemas que tiene en casa? Hablan contigo de tus planes para los próximos días Hablan contigo sobre cómo te ha ido el día		Disposición apoyo informal relacionado con mejora estado salud Comprende el intercambio de pensamientos, emociones, informaciones y experiencias y constituye la vía para transmitir los deseos propios y los estados de ánimo y la manera de tomar conciencia acerca del hecho de formar parte de una red social y familiar	Dunér & Nordström (2007) Gobierno de Aragón (2010)
		Destrezas comunicativas en la familia mejoran el manejo de problemas	Dahan-Oliel <i>et al.</i> (2008); Lopes & Cachioni (2016); Gomes da Penha <i>et al.</i> (2018)
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos? Pasan tiempo contigo a gusto 3. Habilidades eficaces de relación (tiempo juntos, recompensar) Hablan contigo de tus planes para los próximos días Hablan contigo sobre cómo te ha ido el día		Incrementar tiempo positivo como objetivo del programa	Orte y Amer (2014)
		A más tiempo positivo, mejor intercambio comunicativo y gestión de conflictos Tiempo positivo compartiendo actividades de interés común, mejora la dinámica familiar	Orte <i>et al.</i> (2015) Gobierno de Aragón (2010)
¿Siente que su familia le quiere? Te dicen que realmente te quieren Apoyo/amor/cariño familiar ¿Cómo valora su situación social actual? Salud física ¿Cómo valora su situación de salud actual?		Vínculo afectivo familia reduce vulnerabilidad física y psicológica	Ortiz (2007); Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García (2014); Carstensen <i>et al.</i> (2015).

Tabla 7.2. continuada

Objetivos generales	Indicadores	Evidencia	Autor/Año
		La relación entre apoyo social y el riesgo de mortalidad, enfermedad o de manifestar síntomas vinculados a la falta de salud	Broadhead <i>et al.</i> (1988); MacCaul <i>et al.</i> (1987); Odmsn <i>et al.</i> (1992); Carstensen (1992); Paykel, (1994); Fung <i>et al.</i> (2001); Andrew, (2005); Stafford <i>et al.</i> (2005); Kavanagh <i>et al.</i> (2006); Folland (2007); Blanchard-Fields (2007); d'Hombres <i>et al.</i> (2010); Lowe, (2010); Rocco & Marc, (2012); Rouxel <i>et al.</i> (2015); Arezzo & Giudici, (2015).
		La calidad del apoyo social puede desencadenar en afrontamiento adaptativo	Kotkamp-Mothes <i>et al.</i> (2005); Berenschot & Grift (2019)
		Relación significativa entre la calidad del apoyo social y los mejores niveles de autonomía.	Berenschot & Grift (2019)
	<p>¿Cuál de las siguientes actividades describe mejor su nivel de actividad diario? (inactivo, actividades domésticas, actividad física, entrenamiento físico...)</p> <p>¿En qué actividades participa? (Asociativas, físicas, ocio, culturales, sociales...)</p> <p>¿Con qué frecuencia realiza vd las siguientes actividades? (leer un libro, visitar amigos, ver tv, escuchar radio, cuidar niños, caminar...)</p> <p>Salud física</p> <p>¿Cómo valora su situación de salud actual?</p>	las actividades de ocio y tiempo libre; promueven la salud, mejoran la calidad de vida y evitan el aislamiento (tiempo positivo)	Gobierno de Aragón (2010)
	<p>¿Cuáles cree que son los tres principales problemas que tiene?</p> <p>Estilo eficaz para abordar los problemas y conflictos</p> <p>Te gritan o te hablan de mala manera</p> <p>Tienen discusiones fuertes</p>	Los bajos niveles de autonomía y funcionamiento, los problemas psicológicos y somáticos, el conflicto familiar y social o la pertenencia frustrada, el conflicto social y la carga percibida	Van Orden <i>et al.</i> (2015)

Tabla 7.2. continuada

Objetivos generales	Indicadores	Evidencia	Autor/Año
Incrementar competencias de fomento de la autonomía (IDO02)		Empatía y reducción de conflictos familiares	Baron-Cohen (2012)
	Comunicación familiar positiva (peticiones claras, reglas y elogios) Te elogian cuando haces algo bien	La empatía hace que el otro se sienta valorado, le hace sentir que sus pensamientos y sentimientos han sido escuchados, reconocidos y respetados; permite establecer amistades íntimas y cuidar la amistad; disminuye el riesgo de inferir intenciones erróneas en la otra persona	Baron-Cohen (2012)
	Hacéis reuniones de familia	Las reuniones familiares pueden ser una herramienta útil para reconocer los deseos de ambos para garantizar así la evaluación personalizada y, por consiguiente, el cumplimiento de sus preferencias	Bellamy & Gott, (2013)
		Las personas mayores y sus familiares valoran muy positivamente las reuniones familiares mientras se mantiene el sentido de autonomía. Las reuniones familiares ayudan a planificar las interacciones cotidianas y a establecer objetivos entre la persona mayor y su familia. Los altos niveles de apoyo familiar se asocian con una mejora progresiva en las facultades funcionales y la consecución de objetivos personales	Griffith <i>et al.</i> (2004)
		Las reuniones familiares periódicas pueden ser una buena herramienta para facilitar la comunicación familiar y poner en práctica las habilidades empáticas	Gobierno de Aragón (2010).
		Importancia de las reuniones familiares para las personas mayores y los miembros de su entorno; contribuyen a la mejora de la calidad de la atención y de la autonomía.	Griffith <i>et al.</i> (2004) y Watkins <i>et al.</i> 2007)
	Organización familiar (reglas, responsabilidades personales) Te dicen claramente lo que quieren que hagas	La organización y planificación familiar, deberá dirigirse, en cualquier caso, a fomentar la autonomía de la persona mayor, para retardar la aparición de los signos de dependencia. La Planificación Centrada en la Persona, permitirá trabajar los procesos de planificación familiar desde la educación	Rogers, (1980).
		La organización y planificación en la familia permite trabajar desde la prevención. Es posible planificar escenarios de futuro de manera que cada miembro de la familia, tenga el derecho de maximizar las posibilidades de materializar su idea de calidad de vida y de que el resto de miembros de la familia tengan en cuenta los aspectos significativos para cada miembro	Gobierno del Principado de Asturias, (2017).
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?	Papel activo familia en cuidados mediante la cooperación para atención integral persona mayor	Fernández-Ballesteros (2011); Ferreira (2015); Araujo <i>et al.</i> 2017)	

Tabla 7.2. continuada

Objetivos generales	Indicadores	Evidencia	Autor/Año
	(disposición de apoyo + calidad) ¿Alguien le ayudaría, si fuera necesario? ¿Cómo cree que le ayudaría? ¿Actualmente, recibe ayuda de alguien? ¿Con qué frecuencia le ayudan? ¿Qué ayuda le dan? ¿Quién le aporta esta ayuda?	Las altas tasas de actividad social se relacionan con una mayor independencia y mejor comunicación social	Gomes da Penha <i>et al.</i> (2018)
	Tipo de actividades que realiza (Trabajo manual, cuidado de nietos, mantenimiento casa) ¿Cuál de las siguientes actividades describe mejor su nivel de actividad diario? (inactivo, actividades domésticas, actividad física, entrenamiento físico...) ¿En qué actividades participa? (Asociativas, físicas, ocio, culturales, sociales...) ¿Con qué frecuencia realiza vd las siguientes actividades? (leer un libro, visitar amigos, ver tv, escuchar radio, cuidar niños, caminar...) Salud física ¿Cómo valora su situación de salud actual?	La participación en actividades sociales estimula varias funciones cognitivas entre las que destaca el lenguaje y la comunicación. Sentirse válido y útil es una de las principales contribuciones a la autoestima	Dahan-Oliel <i>et al.</i> (2008) Gobierno de Navarra (2006)
	¿Cuáles cree que son los tres principales problemas que tiene? Estilo eficaz para abordar los problemas y conflictos Te gritan o te hablan de mala manera Tienen discusiones fuertes	Las conductas-problema pueden considerarse como expresiones de malestar	Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies. (2009)
		Las estrategias de comunicación pueden ofrecer a la familia las habilidades para potenciar las conductas autónomas, tales como el reconocimiento verbal, y reducir las respuestas que causan malestar en la familia	Lopes & Cachioni (2016)
	Comunicación familiar positiva (peticiones claras, reglas y elogios) Te elogian cuando haces algo bien	La autonomía puede verse afectada por la falta de motivación para la acción. Por lo tanto, dado que la motivación para la autonomía conlleva el reconocimiento de los logros y refuerzos positivos, es conveniente hacer uso de un lenguaje positivo, centrado en las habilidades y no en los déficits	Gobierno de Aragón, (2010).

Tabla 7.2. continuada

Objetivos generales	Indicadores	Evidencia	Autor/Año
Mejorar las habilidades vitales y de conducta (IDO03)		Las respuestas o conductas autónomas por parte de los adultos mayores pueden verse influidas por las respuestas del entorno. Por lo tanto, son modificables	Cosco <i>et al.</i> (2014); Gonçalves <i>et al.</i> (2012).
		El reconocimiento, como estímulo social contingente, cuenta con la capacidad de incrementar las conductas de autonomía manifiestas en el adulto mayor	Engel (1993)
	¿Cuál es su nivel de estudios? 8. Conocimiento y educación	Verse a sí mismo como pobre o con nivel educativo bajo aumenta el riesgo de problemas psicológicos	Couture <i>et al.</i> (2005)
	¿Conversan entre ustedes los problemas que tiene en casa? Hablan contigo de tus planes para los próximos días Hablan contigo sobre cómo te ha ido el día	La escucha y el intercambio comunicativo, animarla a participar en conversaciones y en actividades estimulantes o fomentar la actividad física previenen y permiten superar los sentimientos de tristeza	Gobierno de Navarra (2006); Souesme <i>et al.</i> (2014)
		La puesta en práctica de habilidades sociales en la familia, incrementó el impulso de actuar para resolver sus problemas, la capacidad de la persona para iniciar y mantener relaciones sociales y su voluntad para pedir ayuda (FGC)	Metze <i>et al.</i> (2015)
	¿Cuál de las siguientes actividades describe mejor su nivel de actividad diario? (inactivo, actividades domésticas, actividad física, entrenamiento físico...) ¿En qué actividades participa? (Asociativas, físicas, ocio, culturales, sociales...) ¿Con qué frecuencia realiza vd las siguientes actividades? (leer un libro, visitar amigos, ver tv, escuchar radio, cuidar niños, caminar...) 2. Salud física; 8. Hablan contigo de tus planes para los próximos días; 9. Hablan contigo sobre cómo te ha ido el día	La escucha y el intercambio comunicativo, animarla a participar en conversaciones y en actividades estimulantes o fomentar la actividad física previenen y permiten superar los sentimientos de tristeza	Gobierno de Navarra (2006); Souesme <i>et al.</i> (2014)

Tabla 7.2. continuada

Objetivos generales	Indicadores	Evidencia	Autor/Año
Mejorar hhss adultos mayores (IDO04)	6. Salud mental positiva ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN 1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida? 2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses? 3. ¿Siente que su vida está vacía? 4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a? 5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor? 6. ¿Teme que le pase algo malo? 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? 8. ¿Se siente a menudo abandonado/a? 9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas? 10. ¿Cree tener más problema de memoria que el resto de la gente? 11. ¿Piensa que es maravilloso vivir? 12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos? 13. ¿Se siente lleno/a de energía? 14. ¿Siente que su situación es desesperada? 15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	Relación significativa entre depresión, apatía y pérdida de autonomía	Souesme <i>et al.</i> (2014)
		La alta angustia psicológica se relaciona con intentos suicidas más frecuentes. Los adultos mayores con pérdida de autonomía funcional son más susceptibles de tener síntomas de sufrimiento psicológico	Couture <i>et al.</i> , (2005)
		La escucha y el intercambio comunicativo, animarla a participar en conversaciones y en actividades estimulantes o fomentar la actividad física previenen y permiten superar los sentimientos de tristeza	Gobierno de Navarra (2006); Souesme <i>et al.</i> (2014)
		El envejecimiento activo y la participación social, está asociado a la longevidad, la esperanza de vida saludable, a una buena autoevaluación de la salud, y a la prevención de la depresión y del deterioro cognitivo	Tamioka <i>et al.</i> (2017)
	Tipo de actividades que realiza (Trabajo manual, cuidado de nietos, mantenimiento casa)	Bajo sentimiento de utilidad y sufrimiento psicológico. Incremento vulnerabilidad	Gobierno de Aragón (2010); Tretteteig <i>et al.</i> (2017)

Tabla 7.2. continuada

Objetivos generales	Indicadores	Evidencia	Autor/Año
	<p>¿Cuál de las siguientes actividades describe mejor su nivel de actividad diario? (inactivo, actividades domésticas, actividad física, entrenamiento físico...)</p> <p>¿En qué actividades participa? (Asociativas, físicas, ocio, culturales, sociales...)</p> <p>¿Con qué frecuencia realiza vd las siguientes actividades? (leer un libro, visitar amigos, ver tv, escuchar radio, cuidar niños, caminar...)</p> <p>7. Salud física</p>	<p>El ocio, reforzaba la autoimagen y promovía los sentimientos de competencia y dominio. Las actividades de ocio pueden contribuir a mejorar a su vez la aparición de sentimientos positivos y a reducir los sentimientos negativos tanto en cuidadores como en adultos mayores</p>	<p>Lin & Yen (2018)</p>
		<p>Para las personas mayores, la autonomía se relaciona con la capacidad para mantenerse activo en la realización de sus actividades sociales. Estos nuevamente recalcan el papel fundamental de la comunicación</p>	<p>Gomes da Penha <i>et al.</i> (2018)</p>
		<p>Las personas mayores que participan activamente en actividades recreativas experimentan una calidad de vida preferible, una mayor satisfacción en la vida, y su fuente de recursos contribuye a este efecto positivo significativo</p>	<p>Wiesmann & Hannich (2013)</p>
		<p>Las experiencias recreativas pueden mejorar el funcionamiento adaptativo y sus habilidades para enfrentar los cambios en el estilo de vida</p>	<p>Liechty & Genoe (2013)</p>
	<p>Apoyo/amor/cariño familiar</p> <p>¿Cómo valora su situación social actual?</p>	<p>ciertos factores psicológicos como la autorrealización, la autonomía psicológica, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento influyen sobre los niveles de angustia psicológica</p>	<p>Couture <i>et al.</i> (2005)</p>
		<p>Los individuos mayores en declive funcional y con sufrimiento psicológico tienen un nivel más bajo de autorrealización y autonomía psicológica y están menos satisfechos con su apoyo social que los individuos que gozan de buena salud</p>	<p>Legrançois (2002).</p>
<p>Reducir o prevenir la pérdida de las funciones (IDO05)</p>	<p>¿En qué medida está vd satisfecho de la relación que mantiene con las personas cercanas a vd que le voy a indicar?</p> <p>3. Su pareja; 11. Sus hijos; 12. Sus nietos; 13. Otros familiares; 14. Vecinos; 15. Amigos</p>	<p>Enfoque narrativo aplicado a toma de decisiones, mejora la comunicación con miembros de red social y mejora la autonomía</p>	<p>Berenschot & Grift (2019)</p>
	<p>¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?</p>	<p>Mejora apoyo asertivo y consideración preferencias adultos (prefieren vivir solos (73.1%))</p>	<p>Sankar (1989)</p>

Tabla 7.2. continuada

Objetivos generales	Indicadores	Evidencia	Autor/Año
	Apoyo/amor/cariño familiar ¿Cómo valora su situación social actual?	Respetar privacidad física y emocional, respetar deseos de permanecer a solas... Comunicación adecuada, es decir, que la forma, intensidad y calidad de relación sea la que ellos deseen establecer. Se trata de favorecer la expresión de sus opiniones y deseos e incluso el aceptar la negación del adulto mayor a participar en ciertas actividades	Gobierno de Aragón (2010) Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d' Asturias, (2009); Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García, (2014)
	¿Cómo valora su situación social actual?	La participación permitirá maximizar los campos de toma de decisiones de las personas mayores; otorga oportunidades para tomar decisiones y fomenta la maximización en la asunción de responsabilidad sobre la ejecución de tareas, decisiones o compromisos adquiridos	Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d' Asturias, (2009).

El objetivo de esta búsqueda por objetivo de trabajo, fue definir nuevas variables de trabajo para sustituir los contenidos del Programa de Competencia Familiar, en su versión original, dirigida a progenitores, progenitoras, menores y familias, para garantizar que los contenidos del PCF-Auto se dirigieran a mejorar las relaciones familiares y las dinámicas promotoras de la autonomía en los miembros del sistema familiar.

Así, el diseño final del programa, contuvo las mismas variables de trabajo del Programa de Competencia Familiar original, dirigidas a promover las dinámicas familiares positivas y la puesta en práctica de destrezas de relación social, pero diferentes en relación a la puesta en práctica de destrezas promotoras de la conducta autónoma y preventivas de las situaciones de dependencia.

Estructura; adaptación de contenidos para la promoción de la autonomía

Mientras que en el programa de adolescentes se habla en términos de “instrucción”, en el programa orientado a adultos mayores se define la variable en términos de “demanda o petición”, bidireccional. Por otro lado, se adaptan también los contenidos de los riesgos imperantes en cada etapa del desarrollo (Díaz, 2014; Fernández-Ballesteros, 2011; Ferreira, 2015; Martín, 2026; Guadalupe y Cardoso, 2017; Durán, 2020; Kotkamp-Mothes *et al.*, 2005; Berenschot & Grift, 2019, entre otros).

Mientras que los principales riesgos de la relación adolescente-entorno se centran en el desarrollo de conductas antisociales, disruptivas y/o de consumo, los principales riesgos relacionales dados entre la población mayor, guardan relación con la pérdida de autonomía en la ejecución y toma de decisiones asertiva en cada una de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Por ello, la segunda gran adaptación efectuada sobre el Programa de Competencia Familiar Universal se centra en esta segunda gran dimensión; la adaptación evolutiva de la prevención de riesgos.

Para la identificación de las variables de trabajo familiar que permitieran promover la autonomía de sus miembros, se disponen de los resultados del vaciado documental realizado por comunidad autónoma, a nivel nacional e internacional en primer lugar, y en SCOPUS, por otro lado, a partir de la definición de los objetivos de trabajo definidos a mediante los contenidos identificados en los planes, programas, proyectos, guías y protocolos autonómicos, nacionales e internacionales.

Síntesis temática de contenidos (resultados completos revisión medidas de promoción familiar de la autonomía personal)

En este apartado se presenta la síntesis temática de las principales aportaciones de los 28 artículos resultantes de la revisión sobre envejecimiento activo en relación a la promoción de la autonomía de las personas mayores en SCOPUS incluidos en cribado definitivo a partir de su lectura en texto completo (ver capítulo 2 de la tesis doctoral *La promoción familiar y social de la autonomía en adultos mayores: el Programa de Competencia Familiar-Auto*).

Mejorar las relaciones familiares

Las relaciones familiares constituyen una de las principales fuentes de vinculación afectiva, emocional y relacional necesaria para garantizar el bienestar de la persona mayor (Ortiz, 2007; Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García, 2014; Carstensen *et al.*, 2015). La mejora de las dinámicas familiares y sociales se ha identificado por su relación con la mejora de la autonomía de la persona mayor, alcanzada mediante la mejora de su participación social (Törnbom *et al.*, 2018).

Toda organización que trabaje con personas mayores deberá posibilitar que las familias que así lo deseen mantengan un *papel activo* en sus cuidados y sentar las bases facilitadoras de la cooperación para atender integralmente a las personas de edad avanzada (Fernández-Ballesteros, 2011; Ferreira, 2015; Araujo *et al.*, 2017).

En este sentido, la *actitud de los profesionales* favorecerá su colaboración o será una barrera (Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García, 2014). Se dan ciertas actitudes significativas en el desarrollo del enganche o implicación familiar, y por otro, el éxito de la intervención: voluntad y empatía, neutralidad, credibilidad, experiencia procesual, experiencia de contenido y la capacidad para explorar el conflicto latente (Goldberg 2005; Goldberg & Shaw, 2007; Nevot *et al.*, 2018; Poitras, 2013; Riera, 2018). Por este motivo, es muy importante saber cómo se relaciona el profesional con las familias, cómo transmitir los mensajes (Fernández-Ballesteros, 2011; Ferreira, 2015).

El papel de colaboración de la familia en el cuidado de una persona depende, en primer lugar, de los deseos de la persona mayor y además de otros factores como son los contextos previos de cuidado, las características y deseos de la familia o su disponibilidad (Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García, 2014). Animaremos a las familias a que participen, pero siempre respetando su *grado de implicación* (Wierzbicki & Pekarik, 1993; Lewis, *et al.* 2012; Orte *et al.*, 2014; Orte *et al.*, 2016; Orte *et al.*, 2017; Nevot *et al.*, 2018).

Las personas usuarias con buen nivel de autonomía tomarán sus propias decisiones, participando en el diseño de su plan de atención. Los familiares actuarán como apoyo a la toma de decisiones (Gobierno de Navarra, 2006; Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García, 2014). Si se revisa la literatura sobre las herramientas para trabajar la relación familiar, Wilkins & DPhill (2018) por su parte, abogan por un enfoque narrativo aplicado a la toma de decisiones de la persona mayor. Se utiliza como medio para mejorar la comunicación con los miembros de su red social, y así mejorar los niveles de autonomía (Berenschot & Grift, 2019).

La “*buena práctica*”, se considerará al conjunto de acciones que introduzcan mejoras en las relaciones, los procesos y actividades; que se orienten a producir resultados positivos sobre la calidad de vida de la persona mayor y de su familia (Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d’Asturies, 2009).

Mejorar la comunicación familiar

Se considera clave estimular un modelo de educación familiar y comunitario basado en potenciar los aprendizajes y una estrategia de comunicación y educativa centrada en motivar y apoyar a las personas a que puedan vivir en mejor estado de salud (Gobierno de Navarra, 2006; Junta de Andalucía, 2016).

Sas *et al.* (2017) indican que la conexión del adulto mayor con sus familiares es vital para evitar el aislamiento. Los resultados del estudio de Resende *et al.* (2017) indicaron que la *soledad* constituye un factor de riesgo para la salud y autonomía del individuo. No obstante, con el aumento del envejecimiento de la población, las familias enfrentan el desafío de mantenerse en contacto y de administrar los riesgos vinculados a la vida independiente de las personas mayores.

Dunér & Nordström (2007) reseñan que la disposición de la atención formal conlleva el riesgo de deterioro de la solidaridad familiar. En las últimas décadas, la proporción de personas mayores que reciben atención formal ha disminuido, mientras que el estado de salud promedio de las personas mayores ha mejorado. En este sentido, los mismos autores señalan que los lazos intergeneracionales deben ser negociados repetidamente mediante los procesos de relación familiar. La falta de estructuración de las obligaciones en la vida familiar, requiere negociaciones recurrentes cuando se organiza en torno al cuidado de un adulto mayor.

Bellamy & Gott (2013) resaltan la importancia de tomar las decisiones mediante la participación de los diferentes miembros del sistema familiar. Añaden que las formas de atención familiar pueden ser mejoradas con el apoyo, educación y entrenamiento adecuado (Gobierno de Navarra, 2006). Las reuniones familiares pueden ser una herramienta útil para reconocer los deseos de ambos para garantizar así la evaluación personalizada y, por consiguiente, el cumplimiento de sus preferencias (Bellamy & Gott, 2013).

Cuando emergen las necesidades de cuidado, el primer concepto a considerar es que se requerirá del establecimiento de una relación constante con una persona, quien generalmente será de su entorno cercano. Siendo un concepto social, el respeto a la persona cuidada y a su dignidad, se establecen como paradigma de la labor de cuidar (IMSERSO, 2010; Junta de Andalucía, 2016; Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García, 2014). Cabe mencionar además el conjunto de criterios de calidad reseñados por el Gobierno de Aragón (2010) en el *Manual de formación* realizado para *La atención y el cuidado de las personas en situación de dependencia: cuidar respetando la autonomía* (1), respetando sus decisiones y su intimidad (2) y mejorando la comunicación con ellos, estableciendo un trato humano (3).

La comunicación puede definirse como aquel proceso base de la relación dada entre los seres humanos (Sanabria, 2015). Comprende el intercambio de pensamientos, emociones, informaciones y experiencias y constituye la vía para transmitir los deseos propios y los estados de ánimo y la manera de tomar conciencia acerca del hecho de formar parte de una red social y familiar (Gobierno de Aragón, 2010). Por lo tanto, los fallos o errores en la misma, pueden ser fuente de problemas en las relaciones familiares y sociales que afecten a la calidad de vida del núcleo familiar y a los niveles de apoyo social percibido por parte del adulto mayor (Berkman & Syme, 1979; Baltes & Baltes, 1990; Bland *et al.*, 1991; Carstensen *et al.*, 1999; Skrabski *et al.*, 2003).

La relación entre apoyo social y el riesgo de mortalidad, enfermedad o de manifestar síntomas vinculados a la falta de salud, han sido identificados por gran parte de la comunidad empírica que investiga sobre el tema, (Broadhead *et al.*, 1988; MacCaul, Glasgow & Schafer, 1987; Odmsn *et al.*, 1992; Carstensen, 1992; Paykel, 1994; Fung *et al.*, 2001; Andrew, 2005; Stafford *et al.*, 2005; Kavanagh *et al.*, 2006; Folland, 2007; Blanchard-Fields, 2007; d’Hombres *et al.*, 2010; Lowe, 2010; Rocco & Marc, 2012; Rouxel *et al.*, 2015; Arezzo & Giudici, 2015).

Se pone de manifiesto la necesidad de trabajar sobre las estrategias comunicativas como factor de protección frente a los riesgos para la salud y autonomía (Orte *et al.*, 2017; Nevot *et al.*, 2018a; Nevot *et al.*, 2018b). En cualquier caso, se deberá contemplar la influencia de las características culturales de las familias en el establecimiento de las pautas comunicativas. La importancia de la adaptación cultural de los contenidos de cualquier programa o intervención, se ha definido como factor clave para garantizar su eficacia (Gonzales *et al.*, 2012; Kumpfer *et al.*, 2012). A su vez, la comunicación abierta entre el profesional, el adulto mayor y la familia también se constituye como factor clave del éxito de la atención e intervención (Rubinstein, 2014).

Mejorar los vínculos familiares y la cohesión de la familia

Hablar de vínculo familiar, supone considerar el núcleo principal de relación con las personas del entorno. La comunicación, constituye la base sobre la que se construyen las relaciones humanas. Practicar destrezas comunicativas como la empatía, la escucha activa, la retroalimentación y el asertividad, permitirán mejorar el vínculo (Orte *et al.*, 2016; Orte *et al.*, 2017; Palacios, 2019).

La investigación de Kotkamp-Mothes *et al.* (2005) y la de Berenschot & Grift (2019) coinciden en que, dependiendo de la calidad, el apoyo social puede desencadenar un afrontamiento adaptativo de las personas mayores en situación de dependencia y sus familiares hacia los cambios que devienen por la enfermedad o discapacidad. Berenschot & Grift (2019) identificaron una relación significativa entre la calidad del apoyo social y los mejores niveles de autonomía. El apoyo intergeneracional y la cohesión familiar predicen el bienestar psicológico en la vejez, e inciden en la longevidad.

Los sentimientos de angustia ante los cambios, muestran estar influidos de manera diferente por factores personales e interpersonales y sociales relacionados con la enfermedad. Los factores interpersonales parecen mostrar un impacto específico en las capacidades de adaptación de los adultos mayores y sus familiares. La comunicación abierta, la cohesión familiar y la competencia adaptativa influyen positivamente en una mejora de las estrategias de afrontamiento y subsiguiente afrontamiento adaptativo. El apoyo social actúa como un anti estrés que reduce el impacto negativo de una enfermedad (Kotkamp-Mothes *et al.*, 2005).

Aumentar la organización y planificación familiar

En el Manual de Formación del Gobierno de Aragón (2010), se justifica la necesidad de incrementar la organización y planificación familiar, en relación a la atención de las necesidades de apoyo del adulto mayor. Ello junto con los resultados de Lowenstein (2007) indica la necesidad de mejorar las medidas de organización y planificación de la

familia con tal de dar cabida a la vida autónoma del adulto mayor, recibiendo el apoyo requerido en las actividades en las que no se pueda desarrollar por sí solo. Griffith *et al.* (2004) identificaron en su estudio que las personas mayores y sus familiares valoran muy positivamente las reuniones familiares mientras se mantiene el sentido de autonomía. Las reuniones familiares ayudan a planificar las interacciones cotidianas y a establecer objetivos entre la persona mayor y su familia.

Los altos niveles de apoyo familiar se asocian con una mejora progresiva en las facultades funcionales y la consecución de objetivos personales. En términos de roles y funciones familiares, el Gobierno del Principado de Asturias, (2017) recoge en el *Manual de procedimiento del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en el principado de Asturias* que la organización y planificación familiar, deberá dirigirse, en cualquier caso, a fomentar la autonomía de la persona mayor, con tal de retardar la aparición de los signos de dependencia.

La organización y planificación en la familia permite trabajar desde la prevención. Es posible planificar escenarios de futuro de manera que cada miembro de la familia, tenga el derecho de maximizar las posibilidades de materializar su idea de calidad de vida y de que el resto de miembros de la familia tengan en cuenta los aspectos que para cada miembro resultan más significativos para alcanzarla (Gobierno del Principado de Asturias, 2017).

Para los facilitadores del *Enfoque Centrado en la Persona*, de acuerdo con Barceló, (2012), si la persona se siente inmersa en un clima familiar facilitador tiende al crecimiento y a la eficacia, tiende a su autodesarrollo. La metodología necesaria para lograr dicho clima, es la asertiva disposición del profesional de la relación de ayuda.

La *facilitación* se entiende como la creación del clima de seguridad y libertad psicológica en la que la persona puede sentirse aceptada y comprendida. Para que este clima sea posible, el profesional ha de tener interiorizada una forma de estar presente, una actitud de enfoque, una actitud nuclear de presencia vivencial. Dicha actitud consiste en estar conectado con uno mismo y con el otro simultáneamente. Aquí es donde según Rogers (1980) situamos la empatía, como una de las tres actitudes relacionales fundamentales en todo sistema de facilitación, como fundamento de la intervención y que por lo tanto son necesarias y suficientes: la empatía, la consideración positiva incondicional y la autenticidad o congruencia del facilitador.

La *relación de ayuda* es emocionalmente exigente para el profesional. Sin embargo, debe controlar también sus propias necesidades emocionales y su capacidad de respuesta, pues al participar empáticamente, el profesional está en riesgo de experimentar un estado de agotamiento emocional, mental y físico (Figley, 1995a; Figley, 1995b; McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995; Simpson & Starkey, 2006; Pearlman & Mac Ian, 2012; Figley, 2014).

Disminuir los conflictos en la familia

Entre las atribuciones causales al comportamiento suicida en adultos mayores, Van Orden *et al.* (2015) identificaron los bajos niveles de autonomía y funcionamiento, los problemas psicológicos y somáticos, el conflicto familiar y social o la pertenencia frustrada, el conflicto social y la carga percibida. Las tensiones y dificultades vinculadas a los cuidados, pueden conducir a la aparición de conflictos en la interacción cotidiana.

Los participantes del estudio de Broom & Kirby (2013) señalaron que la dinámica familiar influye significativamente en las experiencias individuales vinculadas al proceso de envejecimiento. El enfoque en las preferencias individuales y el manejo de la enfermedad en contextos de cuidados debe nutrirse de una mejor comprensión del contexto familiar. (Grande et al. 2009; Goldberg, 2010; Hudson & Payne 2011).

Aparte de la reducción de los contactos sociales que experimentan a menudo tanto cuidadores como adultos mayores en situación de dependencia, ciertas barreras pueden incrementar los niveles de marginación de mayores y cuidadores, quienes a menudo perciben una falta de apoyo. La investigación ha demostrado que las redes sociales más fuertes llevan a experimentar menores niveles de necesidades no satisfechas y mayor calidad de vida subjetiva (Pimouguet *et al.*, 2013).

Los conflictos pueden surgir por diferentes causas, como diferencias de opinión acerca de la provisión de los cuidados o por el desigual reparto familiar de las responsabilidades del cuidado. Ante estas situaciones tanto el cuidador como el adulto mayor pueden tomar medidas favorecedoras de su superación y crear vías de comunicación familiar para prevenir la aparición futura de nuevos conflictos (Gobierno de Aragón, 2010).

El desarrollo de actitudes empáticas facilitará el intercambio comunicativo a nivel familiar. Baron-Cohen, define en su obra *Empatía Cero* la empatía de diversos modos y desde diferentes enfoques. La empatía hace que el otro se sienta valorado, le hace sentir que sus pensamientos y sentimientos han sido escuchados, reconocidos y respetados; permite establecer amistades íntimas y cuidar la amistad; disminuye el riesgo inferir intenciones erróneas en la otra persona (Baron-Cohen, 2012). En este sentido, las reuniones familiares periódicas pueden ser una buena herramienta para facilitar la comunicación familiar y poner en práctica las habilidades empáticas. (Gobierno de Aragón, 2010).

Aumentar el tiempo positivo que pasan juntos cuidadores y adultos mayores

A pesar de que el cuidador y el adulto mayor convivan, ello no implica que el tiempo que pasen juntos o parte del mismo sea positivo para ambos. Uno de los objetivos del Programa de Competencia Familiar es producir un incremento en el tiempo positivo dado entre los miembros del sistema familiar (Orte y Amer, 2014). Por tiempo positivo se entienden aquellos momentos en los que tanto cuidador como adulto mayor intercambian sentimientos, planes o experiencias (Orte *et al.*, 2015).

Se pretende disponer de espacios y tiempos de regulación familiar, así como de momentos que propicien la *planificación y la gestión* tanto de las actividades, como de las relaciones que establezcan (Orte *et al.*, 2015). Las personas del entorno de la persona mayor deben permanecer sensibles a sus necesidades de socialización. Para ello, se trata de buscar sistemas de comunicación alternativa, de facilitar momentos, entornos y lenguajes. Todo ello, facilitará la expresión de emociones y lo que revertirá en la mejora del bienestar. Podrán reducirse los conflictos con mayor facilidad.

Griffith et al. (2004) y Watkins *et al.* (2007) dilucidaron la importancia de las *reuniones familiares* para las personas mayores y los miembros de su entorno; contribuyen a la mejora de la calidad de la atención y de la autonomía. Facilitan la toma de decisiones conjunta en contextos donde los propios objetivos y las agendas

individuales de los miembros de la familia dificultan la atención y escucha de las necesidades del adulto mayor (Griffith *et al.*, 2004).

Por otro lado, otra vía para incrementar el tiempo positivo puede ser por medio de las actividades de ocio y tiempo libre; promueven la salud, mejoran la calidad de vida y evitan el aislamiento. Puede ser útil que el cuidador conozca algunas pautas para que la persona mayor obtenga mayores beneficios de su tiempo libre. En el incremento del tiempo positivo, las actividades que compartan deberán ser de interés común. Además, el tiempo compartido deberá posibilitar el intercambio para así producir efectos sobre la dinámica familiar (Gobierno de Aragón, 2010).

Para ello, esta versión del Programa de Competencia Familiar Universal (PCF-U-Auto), incluye actividades prácticas, ejecutables de manera autónoma por las familias en el domicilio; prácticas que son evaluadas por los mismos participantes mediante fichas de control. También se supervisa su realización y se aclaran dudas sobre las mismas en los primeros momentos de cada sesión. El enfoque más adecuado para fomentar la realización de las prácticas en el hogar es el fundamentado los incentivos a través del reconocimiento (Prinz & Miller, 1996; Leakey *et al.*, 2004; Gewin & Hoffman, 2016).

Incrementar la empatía de los cuidadores en relación a sus familiares en situación de dependencia

Holdsworth (2015) trató de analizar cuáles eran los elementos útiles del papel de los cuidados a la hora de facilitar una mejor experiencia en personas con dependencia al final de la vida. Se identificó que, los aspectos considerados de importancia por parte de las personas mayores se extienden mayormente a los aspectos sociales del cuidado. Destacan el compromiso socio-relacional, la empatía y actitud proactiva, la confianza y la capacitación del cuidador.

Lee & Wang (2014) realizaron un estudio para desarrollar indicadores de atención humanista para facilitar una guía para los cuidadores e identificaron que la empatía, aparte del ambiente amigable, cuidado holístico, individualización, autonomía y la participación en la toma de decisiones, como factores clave del cuidado.

La familia requiere recursos internos y externos para hacer frente a las situaciones de dependencia. Más aún en la sociedad actual donde se tiende cada vez más a la individualización, mientras que la familia requiere continuar con formas de cohesión que sean sostenibles (Wittrahm, 2015). Sharp *et al.* (2016) identificaron la atención competente brindada con compasión mediante una relación positiva para empoderar a la persona mayor y hacerla partícipe de sus cuidados.

El reto planteado en la relación cuidador-adulto mayor, es que se beneficien de los contenidos del programa garantizando la participación plena en su proceso para que integren las habilidades que les permitan la autonomía relacional posterior. Para su consecución puede que el profesional tenga que reorientar la transmisión de los contenidos. Deberá potenciar la escucha y la adecuación de sus intervenciones a cada perfil, a cada cultura (Gonzales *et al.*, 2012; Kumpfer *et al.*, 2012; Junta de Andalucía, 2016).

Una destreza fundamental a poner nuevamente en práctica aquí, será la empatía (Orte *et al.*, 2016; Orte *et al.*, 2017). Esta habilidad permitirá conocer el mundo subjetivo del otro, participar en su experiencia, meterse en su piel y ver el mundo como él lo ve. Esta capacidad innata, podrá ponerse en práctica para desarrollarse y perfeccionarse con el fin de mejorar la comunicación (Gobierno de Aragón, 2010).

Mejorar la capacidad de aprovechar la red social de la familia

En el fomento de la autonomía, también se contemplará la incidencia de los Sistemas Más Amplios que la Familia (SMAF) para así potenciar estrategias de orientación comunitaria que permitan apoyar su consecución. Levasseur *et al.* (2016) definieron la participación social como determinante de la salud en los adultos mayores. En su estudio aplicaron seis sesiones en adultos mayores para mejorar las habilidades sociales, el ocio y la interacción (APIC). Entre los resultados, destacó el aumento del bienestar psicológico y físico, de la sensación de control, la conectividad, autoestima y motivación para realizar actividades.

Liberalesso *et al.* (2018) analizaron los factores asociados a una mejor calidad de vida mostrada por adultos mayores. Los mejores resultados se dieron entre adultos mayores que se reunían con más frecuencia con el grupo de amigos, entre aquellos que contaban con apoyo instrumental y emocional de los cónyuges o de otros familiares. Además, los mejores resultados en calidad de vida (PQOL), se asociaron con una mayor independencia y autonomía, mejor mentalidad, salud, habilidades interpersonales y de resolución de problemas y *menor riesgo de soledad*. El enfoque ecológico en el que el contexto jugará un papel protagonista como parte del sistema en el que se desarrolla el ser humano.

Potenciar los recursos de estas redes, favorecerá la autonomía. Se trata de desarrollar el capital social de la población mayor, los activos sociales y culturales, y los recursos contenedores de conocimientos, destrezas y capacitación (Izal y Fernández-Ballesteros, 1990; Junta de Andalucía, 2016). Entre las medidas familiares de apoyo a personas con dependencia y las medidas de fomento del envejecimiento activo hay un claro desajuste en favor de las primeras. Se precisa establecer la cultura de prevención de la discapacidad y la dependencia por encima de su abordaje (Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García, 2014).

Se trata de establecer medidas ecológicas que desarrollen las capacidades de ajuste del individuo mayor frente a los cambios futuros; fuente de desajuste psicosocial. Se precisan acciones de prevención primaria (Acedo y Gomila, 2013; Junta de Andalucía, 2016). La amigabilidad constituye un excelente instrumento para dar respuesta a este axioma. Ayuda a las personas a desarrollar su potencial en la mejora de la calidad de vida y en la participación social conforme a sus necesidades, capacidades y deseos. Se fomenta la responsabilidad personal, la solidaridad intergeneracional y la creación de entornos favorables al envejecimiento. Alienta la vida independiente, el envejecimiento activo y la autonomía personal (OMS, 2007; Eusko Jaurlaritz, 2016).

Por otro lado, las relaciones con los miembros de la red social fomentarán el bienestar emocional; permiten sentirse querido, único y preferente para alguien y posibilitan el *feedback* positivo; el intercambio de afecto, la opción de participar en ambientes grupales positivos, que no causen estrés o malestar.

Posibilitan la integración, pertenencia y apoyo social al poder desempeñar *roles sociales* –sentimiento de pertenencia a un colectivo, grupo e integración comunitaria- (Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d’Asturies, 2009). Los mismos refieren que las redes de apoyo social, jugarán un papel importante a su vez, pues brindan ayuda y apoyo psicológico. El saber que hay personas que se preocupan por uno mismo, el sentido de ser valorado y que se pertenece a una red, implica comunicación y relación mutua.

La satisfacción de las necesidades sociales básicas se dará en interacción con otros. Para las personas mayores las principales redes de apoyo social pueden clasificarse en tres ejes:

- *Red exterior*: formada por familiares y, en menor medida, por amigos.
- *Red de compañeros de los servicios de adultos mayores*: compañeros con los que se mantienen relaciones de manera habitual. En las residencias, se requiere de una optimización de estos recursos sociales pues, por el aumento de personas usuarias con demencias diversas, el tono convivencial y oportunidades relacionales de las personas que conservan la capacidad mental y la autonomía moral están decreciendo. La adaptación de los contenidos del Programa de Competencia Familiar-Universal en su versión Auto, podría ser de utilidad para mejorar las interacciones en estos contextos.
- *Red de personal*: la fuente de apoyo social proporcionada por los profesionales con los que se encuentre en contacto el adulto mayor.

Finalmente, dentro del sistema familiar, también se requiere del establecimiento de relaciones que promuevan el desarrollo de sus miembros. El grado de concienciación del cuidador acerca de la incidencia de la interacción social de la persona que cuida, también será clave en la promoción de autonomía y bienestar familiar. La comunicación entre el adulto mayor y el cuidador y de los mismos con el entorno, son esenciales para su integración social. Ambos tendrán que fomentar estos contactos (Gobierno de Aragón, 2010).

Incrementar las competencias de fomento de autonomía

Autonomía no es antónimo de dependencia. Constituye la capacidad de la persona para elegir, decidir y asumir consecuencias derivadas de sus elecciones y decisiones. La dependencia refiere la necesidad de ser atendido por parte de terceros a la hora de realizar ciertas actividades de la vida cotidiana. La autonomía debe percibirse como capacidad y derecho a desarrollar las habilidades para hacer efectivas las elecciones personales. Esta capacidad se adquiere y se aprende a partir de la interacción social. La familia, por lo general, adquiere un papel más activo en el mantenimiento de la autonomía a medida que avanza la edad (Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García, 2014).

Un estudio reciente, realizado por Khanlary *et al.* (2016), orientado a reducir los síntomas de maltrato en personas mayores –como las restricciones en la autonomía con y sin intencionalidad-, demostró que la capacitación familiar conseguía mejorar los cuidados de calidad, promover las relaciones positivas, disminuir las restricciones en la autonomía personal, el abuso psicológico y proporcionar un mayor apoyo efectivo.

La *Ley de Dependencia* destaca el carácter excepcional del cuidador informal en la promoción de la calidad de vida del adulto mayor, por el contacto diario que a menudo tiene con el mismo. De hecho, Stockwell-Smith *et al.* (2018), identificaron que los enfoques de intervención centrados en mejorar el conocimiento y las habilidades del cuidador, permiten que la díada cuidador-adulto mayor, adquiera mayores niveles de enfrentamiento adaptativo a los cambios. De este modo, requerirá de la preparación necesaria para garantizar la adecuada prestación de la atención.

Fundamentalmente atendiendo la premisa de que la mayor parte de las personas mayores prefieren vivir solas pues la investigación de Sankar (1989) indicó que solo el 26.9% de los mayores prefería vivir con un hijo. El cuidador ejercerá, por tanto, el papel de conductor de la voluntad del adulto mayor, no de sustituto. Robins-Browne *et al.* (2017) refieren la necesidad de desarrollar en el cuidador y en el adulto mayor las competencias de comunicación específica para salvaguardar la identidad de la persona en momentos avanzados de dependencia o edad.

La *planificación anticipada* de los recursos de apoyo suele ser deficiente pues resulta incapaz de promover el enfoque relacional necesario para hacer efectiva la toma de decisiones (Robins-Browne *et al.*, 2017). Se requiere fomentar la autonomía individual y familiar diseñando el plan de cuidados en torno a las demandas individuales y familiares (Browman & Singer, 2001; McGrath *et al.*, 2001; Chan & Kayser-Jones, 2005; Hathaway, 2009; Bellamy & Gott, 2013). En este sentido, Kotkamp-Mothes *et al.*, definen el “conocimiento relacional” como enfoque conceptual idóneo para la planificación avanzada de los cuidados.

Este enfoque de trabajo guarda relación, a su vez, con el Modelo Ecológico de la Competencia. Elaborado por Lawton entre 1975 y 1977 y basado en la Teoría de Campo de Lewin (1935), a partir de la ecuación formulada para explicar el comportamiento humano en relación a la interacción persona-ambiente. Los términos de dicha ecuación $C = f(P, A, P \times A)$ fueron específicamente definidos por Lawton para su aplicación sobre las personas mayores. *C*, enfatiza el concepto de competencia, definida como “límite teóricamente superior de la capacidad del individuo para funcionar en las áreas de la salud biológica, la sensación-percepción, la conducta motora y la cognición” (Lawton, 1975).

El término *A*, simboliza el ambiente y se define según la teoría de Murray (1938), como la presión ambiental, dividida entre el ambiente real y percibido (*P*). La presión ambiental, se opera por Lawton como el grado de exigencia del ambiente. La cualidad positiva o negativa de esta interacción, en términos de si el comportamiento resultante es adaptativo o no, se determinará por el grado de competencia del individuo.

El modelo ecológico formula que la conducta opera en base a la competencia individual y la presión ambiental (Lawton, 1975; Lawton & Nahemow, 1973). Un nivel excesivo de demanda ambiental, conducirá al estrés en el mayor, generando efectos negativos, mientras que una demanda escasa, disminuirá la competencia en el mismo, por la falta de práctica. Se requiere un ambiente, cuyo nivel de exigencia se sitúe en el límite del máximo nivel de competencia (Izal y Fernández-Ballesteros, 1990).

Por otro lado, Dapp *et al.*, Kruse (2007) identifican en su estudio, la relevancia del papel del profesional a la hora de garantizar la motivación y participación de los adultos mayores. Su estudio demuestra además que las personas mayores prefieren las sesiones grupales de trabajo (86.7% de asistencia) frente a las visitas domiciliarias realizadas por un profesional (13.3% de participación).

Además, Brueggen *et al.* (2017) recomiendan la inclusión de familiares en la intervención para aumentar la transferencia de destrezas en las actividades de la vida diaria. Mediante el Programa de Competencia Familiar-Auto se trabajan en cuidadores y adultos mayores estas habilidades para promover la autonomía en la ejecución de las ABVD y la mejora del bienestar familiar a corto, medio y largo plazo (evaluaciones pre-post y seguimiento). El enfoque del Programa de Competencia Familiar-Universal Auto, persigue contar con las características que mejor se ajusten a las preferencias de las personas mayores.

Aumentar el conocimiento de los cuidadores sobre las competencias del cuidador y los cuidados que fomentan la autonomía

Los programas de promoción de la autonomía personal e implicación ciudadana como el PCF-U-Auto, se orientan a potenciar el desarrollo comunitario basado en la participación y relación tanto social como familiar. Su estrategia principal, es la de aprovechar estos activos para generar bienestar tanto a las personas como colectivos o entornos en los que interactúan cotidianamente. Para consolidar este modelo, se requiere de la potenciación de estrategias que faciliten las opciones centradas en el bienestar de las personas. Por lo tanto, van desde los ambientes de aprendizaje de habilidades personales para una vida con menor dependencia, hasta la generación de entornos capaces de prevenir la discapacidad o facilitar la vida de la persona (Gobierno de Navarra, 2006; Junta de Andalucía, 2016).

Hablar en términos de prevención, supone evitar la aparición de las situaciones de dependencia y evitar o atrasar el agravamiento de la situación cuando esta es irreversible. Desde un planteamiento preventivo, como el del PCF-U, para la consecución de los objetivos del programa socioeducativo con las familias, se ha considerado fundamental centrarse en los principales componentes de la *competencia familiar*.

Lo que se persigue con el desarrollo del programa es dotar a los participantes de las competencias suficientes mediante un amplio conjunto de contenidos y técnicas, orientadas a la mejora de las interacciones sociales, a la expresión de las emociones, al desarrollo de la comunicación asertiva, a la evitación del conflicto o a su resolución positiva. Una de las opciones pedagógicas, más trabajadas en el PCF, es la experimentación de la conducta asertiva, sea a través de representaciones, de las prácticas para casa u otras modalidades técnicas (Orte *et al.*, 2015).

Viwattanakulvanid & Kittisopee (2017) analizaron los factores de influencia en el *sentimiento de competencia* sobre una muestra de personas mayores con Parkinson. Tanto el conocimiento como los rasgos de personalidad y la autoestima fueron los factores más influyentes en el empoderamiento de la población analizada. Por otro lado, el estudio de Engström *et al.*, (2010) orientado a evaluar un programa de capacitación destinado a fortalecer la autoestima de los cuidadores, mostró que el acceso a los recursos de apoyo y formación, era el factor de mayor influencia sobre los niveles la autoestima y también sobre las destrezas comunicativas.

Las oportunidades de experimentación conductual en contextos de seguridad, como los que se establecen en el programa, otorgan a los participantes la oportunidad de poner en práctica las competencias de relación y de fomento de la autonomía, evaluar sus comportamientos y ensayar otros nuevos.

Mediante estas prácticas se pueden estimular dos cambios importantes: la adquisición o desarrollo de estrategias conductuales que permitan la reducción de la ansiedad, inseguridad y otras emociones incapacitantes. Dado que el cuidador es uno de los agentes sociales de mayor influencia en la mejora y mantenimiento de la autonomía de la persona en situación de dependencia, conviene que sea conocedor de las claves que le permitan contribuir a una mejor calidad de vida de la persona objeto de apoyo (Gobierno de Aragón, 2010).

Aumentar los cuidados eficaces y los cuidados basados en la autoestima

Los cuidadores, ante la preocupación por prestar una buena atención, pueden cuidar “demasiado”. Ante las dificultades presentadas por el adulto mayor en la ejecución de alguna actividad, los cuidadores pueden responder sustituyéndolo en la actividad. No obstante, el esfuerzo realizado por la persona mayor y el tiempo que requiera invertir, deben ser respetados en la mayor medida posible. A medida que avanza la edad, el dejar de poner en práctica determinadas destrezas, puede suponer la imposibilidad posterior de recuperarlas (Martín *et al.*, 2007).

Por otro lado, permitir la toma de decisiones por parte del adulto mayor acerca de las cuestiones que le afectan, así como consultar sus preferencias, hará que sienta que tiene el control sobre su propia vida. Procurar la asunción de responsabilidades en la medida de las capacidades del adulto mayor también es fundamental –poner y quitar la mesa, hacer la cama, cuidar de las plantas...-.

La gran proximidad entre cuidadores y personas mayores requiere de considerar ciertos límites –tocar la puerta de la habitación antes de entrar o respetar los deseos de permanecer a solas- (Gobierno de Aragón, 2010). Por lo tanto, y en vínculo, el respeto hacia la privacidad física y emocional, es otra área trabajada en el Programa de Competencia Familiar en su versión Auto.

Dado que la mayor parte de las personas sienten orgullo de su autonomía e independencia, cuando la enfermedad o discapacidad les resta en sus capacidades, su autoestima generalmente se ve impactada negativamente. La persona mayor, podría sentir que no vale o que es una carga para su cuidador y entorno. El hecho de sentirse válido y útil se convierte en una de las principales contribuciones a la autoestima. Será recomendable tener presentes una serie de pautas para que el cuidador, fomente la autoestima (Gobierno de Navarra, 2006).

Los comportamientos de los cuidadores que favorecen la autonomía son: observar la forma en que se comportan los cuidadores mismos, y su influencia; observar las consecuencias que ejercen sobre la ejecución de las ABVD de las personas mayores el actuar de manera distinta: sustituirle, animarle, elogiarle...; centrar la atención en lo que la persona puede hacer, en sus capacidades para potenciarlas.

La autonomía puede verse afectada por la falta de motivación para la acción. Por lo tanto, dado que la motivación para la autonomía conlleva el reconocimiento de los logros y refuerzos positivos, es conveniente hacer uso de un lenguaje positivo, centrado en las habilidades y no en los déficits. Para ayudar a tomar decisiones será útil analizar la situación con la persona y centrarse en lo concreto (Gobierno de Aragón, 2010).

Aumentar la atención positiva y el reconocimiento positivo de los adultos mayores

La necesidad de apoyo en la ejecución de diversas ABVD se ve influida no solo por el deterioro de la salud. Los factores contextuales como las actitudes y forma de actuar de las personas del entorno ante el deterioro, también influyen en el grado de autonomía e independencia. Las respuestas o conductas autónomas por parte de los adultos mayores pueden verse influidas por las respuestas del entorno. Por lo tanto, son modificables (Cosco *et al.*, 2014; Gonçalves, 2012).

Ya se dilucidaba en el estudio de Engel (1993) cómo los comportamientos en adultos mayores eran modificables a través del uso sistemático de antecedentes (claves) y los consecuentes (contingencias) a los estímulos –seguidos a la respuesta y orientados a aumentar o disminuir su probabilidad de ocurrencia dependiendo de si son gratificantes o castigan-. El reconocimiento, como estímulo social contingente, cuenta con la capacidad de incrementar las conductas de autonomía manifiestas en el adulto mayor.

La Junta de Andalucía (2016) recomienda que las conductas en favor de la autonomía reciban la atención necesaria. Será fundamental no ignorarlas, dado que, a la larga, puede revertir en falta de motivación en su ejecución y que, en consecuencia, dejen de realizarse. Para tal fin, resulta útil describir verbalmente el motivo por el que se les reconoce, al tiempo que se elogia con gestos y manifestaciones de afecto –una palmada en la espalda, cogerle suavemente de la mano, una caricia, una sonrisa o un “gracias”-.

Una de las actividades favoritas de ocio de las personas mayores es mirar la televisión; forma pasiva de ocio, que no implica interacción y que se realiza como forma de ocupar el tiempo. No obstante, en la senescencia, la puesta en práctica de las destrezas de comunicación, juega un papel central en las relaciones que establece el sujeto con el mundo; fundamentales para el mantenimiento de su participación activa en diferentes entornos. De hecho, diversos estudios han documentado que las altas tasas de actividad social se relacionan con una mayor independencia y mejor comunicación social (Gomes da Penha *et al.*, 2018).

La participación en actividades sociales estimula varias funciones cognitivas entre las que destaca el lenguaje y la comunicación. Los resultados de la revisión literaria de Dahan-Oliel *et al.* (2008) reseñaron previamente la necesidad de fomentar la participación social en la edad adulta, en su caso, mediante la educación, grupos de apoyo y los programas para las personas mayores de la comunidad (Gobierno de Navarra, 2006).

Por el contrario, también se deberán adquirir destrezas para entender y manejar las situaciones difíciles en el cuidado (Gobierno de Aragón, 2010). Estas situaciones pueden ocasionar una mayor dificultad para la convivencia. La Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d’Asturies. (2009) recuerda que las conductas-problema pueden considerarse como expresiones de malestar que causan a su vez malestar a otras personas.

Reducir las consecuencias negativas vinculadas a la conducta no deseada

La modificación de la conducta toma como objetivo la promoción del cambio de la conducta desadaptada mediante la aplicación de técnicas y métodos de intervención psicológica. También pretende la adaptación funcional a los cambios (Martín, 2016). Es fundamental reorientar la atención centrada en el déficit, para orientarla hacia las capacidades de las personas implicadas (Junta de Andalucía, 2016). Se trata de aumentar las situaciones en las que se den interacciones de protección para reducir las interacciones de riesgo y las consecuencias negativas vinculadas a las conductas de los miembros del sistema familiar (Orte *et al.*, 2015).

Por otro lado, ante los comportamientos autónomos será importante actuar con cautela cuando estos puedan suponer un riesgo para la salud de la persona mayor, dado que el hecho de impedirlos o reprocharlos/criticarlos –“no te levantes solo, es mejor que me pidas ayuda, no te vaya a pasar algo”- puede reducir la probabilidad, efectivamente, de que vuelva a realizarse. Por lo tanto, siempre que sea posible, se sugiere no prestar atención a conductas dependientes, es decir, no prestar excesiva atención a una queja o demanda excesiva, a los intentos de culpabilizar al cuidador por la falta de apoyo en una labor o ABVD. Cuando las personas mayores respondan con dificultad a los intentos de ejecución autónoma, se aconseja (Gobierno de Aragón, 2010):

- *Proponer la actividad como una puesta a prueba:* “venga, vamos a probar lo que puedes hacer, yo te ayudaré”.
- *Ser persistente.* Si no se consigue en los primeros intentos la colaboración de la persona, será útil repasar las actuaciones propuestas e intentarlo nuevamente, cuando la persona mayor se siente preparada. Se desaconseja discutir.
- *Ignorar las muestras de agresividad.* No prestar atención a la persona cuando se muestre agresiva o insultante o mostrarla en la menor medida posible. No reforzar las conductas agresivas mediante la atención del cuidador.

La capacidad para reconocer sus necesidades y favorecer su satisfacción tenderá a mejorar estos comportamientos (Gobierno de Aragón, 2010). La autora Martín, quien elaboró en 2016 el *Manual para la Promoción de la Autonomía Personal*, así como Díaz (2014) en su obra *Promoción de la Autonomía Personal* también las incluyen y dedican especial atención. Tanto la obra de Martín como la de Díaz se encuentran dirigidas a facilitar al profesional los recursos necesarios para tomar un papel activo en el acompañamiento y guía de personas en su proceso de adquisición de habilidades de autonomía personal. Martín las desarrolla en su Capítulo 3 titulado *Conducta Humana*, el apartado 3.3. *Modificación de conductas* y 3.4. *Enfoque conductista en la modificación de conductas* y Díaz (2014) en la *Unidad Didáctica 3. Técnicas de Modificación de Conducta*.

Martín (2016) y Díaz (2014) coinciden en la clasificación de las técnicas conductuales en función de su finalidad y la definición de las principales técnicas para facilitar la aparición de conductas adecuadas. Se recoge su clasificación y las técnicas que la autora menciona en el manual y que se trabajan en el PCF-U-Auto:

- *Técnicas para facilitar la aparición de conductas adecuadas:* modificación del ambiente físico; comunicación positiva; instrucción verbal; modelado; moldeamiento; encadenamiento.
- *Técnicas para incrementar conductas adecuadas y mantener las conductas modificadas;* reforzamiento positivo; reforzamiento negativo; contrato de contingencias.

- *Técnicas para reducir o extinguir conductas inadecuadas*: reforzamiento diferencial; costo de respuesta.

A pesar de que la capacidad de aprendizaje esté muy afectada en las personas con enfermedad neurodegenerativa, el ambiente social y físico, puede ejercer una importante influencia sobre su comportamiento. Con personas con deterioro cognitivo se puede también incidir sobre su conducta mediante el *control de estímulos*, *manipulación ambiental o modificación de contingencias de reforzamiento de comportamientos* (Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies, 2009; Martín, 2016).

Aumentar la supervisión familiar y social para garantizar el bienestar del cuidador

La necesidad de supervisión, tiene implicaciones importantes para la familia, comunidad, sistemas de salud y la vida de la persona mayor. En ciertas ocasiones, los cuidadores pueden tener el sentimiento de responsabilidad de tener que tomar las decisiones sobre las relaciones de cuidado con las personas mayores a partir de la aparición de los primeros signos de dependencia (Basegio *et al.*, 2011).

Las acciones estereotipadas en relación a la dependencia, repercuten sobre la persona mayor, al contribuir a la determinación de la incompetencia en el mismo. La posibilidad de promover la coparticipación y supervisión activa del adulto mayor en la elaboración de las rutinas puede ser una alternativa de avance en el desarrollo de su autonomía y derecho a tomar decisiones (Basegio *et al.*, 2011).

Asimismo *et al.* (2007) enfatizan la necesidad de que los cuidadores actúen desde la perspectiva de la independencia en mayores, definida como la capacidad de autocontrol de sus asuntos personales (Rubenstein *et al.*, 1992), o la capacidad para tomar decisiones sobre su cuidado (Fine & Glendinning, 2005), pero con necesidad de ayuda y/o supervisión. La perspectiva de la dependencia, equiparada a la impotencia y pérdida de control (Arber, 2004; Ball *et al.*, 2004; Fine & Glendinning 2005).

Los cuidadores resaltan un tipo de cuidado que no es identificado explícitamente por los dependientes: la supervisión. El estar pendientes continuamente, supone una limitación importante para realizar otras actividades en su vida diaria (IMSERSO, 2010). En términos de supervisión, cabe reseñar que, a su vez, se recomienda que el cuidador se apoye en otras personas y recursos tanto sanitarios como sociales (Gobierno de Aragón, 2010). En el caso de que se pierda un volumen considerable de contactos sociales, se recomienda crear nuevos vínculos con los que compartir experiencias que aligeren los sentimientos negativos vinculados al cuidado (IMSERSO 2010; Gobierno de Aragón, 2010).

En la revisión sistemática realizada por Lopes & Cachioni (2016), se refiere una asociación entre los problemas de comunicación y las tensiones experimentadas por el cuidador. Cuando la interacción comunicativa no incluye reciprocidad, el cuidador puede sentirse confrontado por los cambios negativos causados por la enfermedad y/o por las deficiencias verbales de la persona mayor. Por lo tanto, las estrategias de comunicación pueden ofrecer a la familia las habilidades para potenciar las conductas autónomas, tales como el reconocimiento verbal, y reducir las respuestas que causan malestar en la familia.

Mejorar las habilidades vitales de adultos mayores

Aunque el entorno sea vital para garantizar la calidad de vida de todas las personas en general, en aquellas que presentan limitaciones, resulta ser aún más determinante. Por ello, requiere que sean más exigentes a la hora de permitir su desarrollo personal (Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies, 2009). En este sentido, Díaz (2014), incluye en la *Unidad Didáctica 4. Entrenamiento en habilidades de autonomía personal y social* algunas definiciones que explican el trabajo realizado a partir del PCF-U-Auto. La misma señala que, para proceder al entrenamiento, se requiere de una valoración primera de las habilidades de autonomía personal y social.

En las sesiones del PCF-U-Auto, se pretende transmitir a las familias la distinción entre las ABVD en las que se requiere sustitución por haber perdido la facultad de aquellas en las que se interviene por presentar limitaciones de ejecución aún conservando la destreza. Se pretende que identifiquen las facultades en riesgo por “apoyo sustitutivo”. Las técnicas usadas para la identificación son tanto la *observación* como la *autoobservación* (Díaz, 2014).

Tanto cuidadores como adultos mayores usan estrategias comunicativas que son eficaces e ineficaces. Las estrategias identificadas en los estudios influenciaron el éxito o el fracaso en la realización de las ABVD, el manejo de problemas de conducta y actitud y indirectamente, la sobrecarga del cuidador. La comunicación exitosa debe promover el mantenimiento de la autonomía y participación familiar (Dahan-Oliel *et al.*, 2008; Lopes & Cachioni, 2016; Gomes da Penha *et al.*, 2018).

Aumentar la conducta basada en habilidades sociales efectivas

La adquisición y desarrollo de habilidades sociales en favor de la autonomía personal, constituyen los fundamentos de la competencia social. La mayor parte del tiempo se invierte en la interacción social (Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies, 2009). Jopp *et al.* (2016) en su estudio sobre una muestra de personas mayores centenarias, refirieron una alta capacidad de recuperación y adaptación a los desafíos asociados con la edad en aquellos adultos mayores con recursos sociales.

Metze *et al.* (2015) estudiaron los efectos del *Family Group Conference* (FGC), un método para mejorar la resiliencia y la autonomía relacional de las personas mayores. Identificaron que la puesta en práctica de habilidades sociales en la familia, incrementó el impulso de actuar para resolver sus problemas, la capacidad de la persona para iniciar y mantener relaciones sociales y su voluntad para pedir ayuda. Las actitudes positivas fomentan la visión en el adulto mayor como “cuidador”, en el sentido de que se sienta responsable de promover acciones para su autonomía. Contrariamente, las actitudes compasivas promueven que se identifique como “cuidada”, transfiriendo la responsabilidad a las personas de su entorno.

La comunicación es parte esencial de esta interacción, por lo que la incapacidad en su ejecución, provoca importantes consecuencias emocionales negativas sobre el adulto mayor. Resulta fundamental mejorar la calidad de la comunicación de quienes cuentan con dificultades para mantenerla, y facilitar los canales a quienes sí la presentan (Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies, 2009).

Para optimizar el bienestar psicoafectivo de las personas mayores se deberán considerar dos aspectos: mejorar las relaciones entre la persona mayor y su entorno – cantidad (oportunidades) y calidad-; y mejorar la convivencia entre iguales. Los entornos adecuados de convivencia repercutirán sobre las posibilidades de poner en práctica las habilidades sociales.

Su organización deberá facilitar escenarios de relación plural –parejas, tríos, pequeños grupos o grupos más numerosos-. No se debe olvidar que las personas mayores pueden convivir de manera impuesta con personas que les generan malestar. Por lo tanto, se deberá favorecer la generación de vínculos que aligeren el estrés o el malestar generado por la propia convivencia (Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d’Asturies, 2009).

Potenciar el vínculo familiar facilitador del funcionamiento autónomo

Para que los vínculos familiares garanticen la autonomía, será fundamental el apoyo para que adquieran el nivel de bienestar preciso para desarrollar la labor de cuidar. Se requiere un trabajo informativo y referencial para la familia, que la oriente hacia una posible realidad, que le ofrezca pautas de prevención ante la presencia de una enfermedad o discapacidad. Así la familia podrá ser agente real de prevención desarrollando un papel activo y colaborador con el adulto mayor (Gobierno de Aragón, 2010).

Tretteneig *et al.* (2017), señalan que además de las cargas relacionadas con la atención, la mayoría de los cuidadores de la persona mayor pueden percibir una variedad de experiencias positivas y satisfactorias en su rol que repercutan positivamente en el vínculo dado entre los que brindan atención y los que reciben atención. Estos autores señalan que los roles de los cuidadores y las estrategias de afrontamiento se relacionan con sus vínculos relacionales.

Encontrar un equilibrio entre atender a sus propias necesidades y a las necesidades de la persona con dependencia es crucial para fomentar el vínculo facilitador. La cooperación, comunicación y las competencias aumentan el sentido de dominio acerca de las responsabilidades.

Tranvåg *et al.* (2015) apuntaron que la experiencia de dignidad por parte del adulto mayor se conservó cuando ciertas interacciones como el amor y la confirmación, la inclusión social y el compañerismo, el trato humano, la calidez y la comprensión estaban presentes en sus vínculos familiares y sociales. La elección, el control y la privacidad son los factores más prevalentes de preservación de la dignidad por parte de las personas.

Este estudio añade que, además, el sentirse respetado, escuchado y tomado en serio era identificado como una fuente crucial para la experiencia de dignidad. El desarrollo de una cultura solidaria entre los miembros de la familia, los amigos, profesionales y la red social extendida, pueden ayudar a promover el vínculo facilitador de la experiencia de dignidad en el adulto mayor.

Reducir la agresión explícita, la agresión manifiesta y la agresión encubierta

Es frecuente que surjan sentimientos de ira y enfado hacia el cuidador, la situación de cuidado, hacia otras personas cercanos o incluso hacia uno mismo. Los cuidadores más pacientes pueden encontrarse luchando, en ocasiones, contra la ira que algunas situaciones vinculadas al cuidado, hacen surgir en ellos. Dauphinot *et al.* (2015) señalan que estos síntomas conductuales y psicológicos pueden influir en la carga del cuidador.

La ira o el enfado, se define por Trueba (2009) como la emoción generada por la experimentación de algún tipo de daño. En los cuidadores, las principales causas de enfado pueden deberse a: comportamientos de la persona mayor como agresividad o las demandas constantes de atención; la falta de colaboración de otros familiares y la sensación de estar solo ante los cuidados; la falta de entendimiento o las diferencias de opinión con otros miembros de la familia con respecto a las cuestiones relacionadas con el cuidado; la falta de reconocimiento o valoración del esfuerzo y la dedicación que le supone el cuidado; la sensación de “estar atado” a la situación de cuidar; la sensación de “injusticia” y “enfado con el mundo” por la situación que “le ha tocado vivir”.

Por lo tanto, el Gobierno de Aragón (2010) define algunas pautas para manejar los sentimientos de ira y de irritabilidad: identificar los sentimientos, aceptarlos y reconocer el derecho a experimentarlos otorga mayor control sobre los mismos. Por otro lado, expresar los sentimientos a personas cercanas o en situación similar, permitirá recibir comprensión y aligerar la carga.

Para controlar la “tormenta de ira” el Gobierno de Aragón (2010) recomienda: abandonar el espacio en el que se encuentren las personas involucradas en el conflicto. Aunque sea durante un momento, puede facilitar la recuperación de la calma; tomarse un respiro de unos días o fin de semana, también puede recuperar el estado emocional del cuidador y del adulto mayor; emplear el sentido del humor es de gran utilidad para calmar los nervios; reflexionar sobre la situación. Si la situación generadora del enfado es modificable el cuidador puede hacer algo útil para cambiarla en vez de seguir enfadado. Para calmar el disgusto y el malestar, será mejor usar técnicas de relajación.

Oetzel *et al.* (2015) realizaron un estudio enmarcado por la teoría de la dialéctica relacional orientado a explorar las prácticas culturales las técnicas de comunicación y las tensiones y retos percibidos por parte de los adultos mayores al final de la vida y sus familiares en una muestra de Waikato. Señalan que la comunicación efectiva tiene un gran énfasis en el cuidado efectivo y en la satisfacción de las necesidades individuales. La competencia comunicativa permite manifestar las necesidades de manera asertiva entre los miembros de la familia, la mejora en las estrategias de afrontamiento de tensiones y, por tanto, reduce o evita conflictos.

Mejorar las relaciones interpersonales, en la familia y con los iguales, reduciendo los factores limitadores como la depresión o la autocompasión

Couture *et al.* (2005) señalan que entre el 27% y el 48% de los adultos mayores que viven en la comunidad padece síntomas de angustia psicológica. La angustia psicológica es una construcción que comprende cinco dimensiones: depresión, ansiedad, enojo, problemas cognitivos y somatización. Souesme *et al.* (2014) indican una relación significativa entre depresión, apatía y pérdida de autonomía.

Incluso sus resultados mostraron que el perfil con alta satisfacción en las necesidades psicológicas fomentaba la conducta motivada autónomamente. La alta angustia psicológica se relaciona con intentos suicidas más frecuentes. Los adultos mayores con pérdida de autonomía funcional son más susceptibles de tener síntomas de sufrimiento psicológico. Las personas que consideran que su salud es mala tienen cinco veces más probabilidades de sufrir síntomas de trastornos psicológicos. Además, el verse a sí mismo como pobre o con nivel educativo bajo aumenta el riesgo de problemas psicológicos (Couture *et al.*, 2005).

La escucha y el intercambio comunicativo, animarla a participar en conversaciones y en actividades estimulantes o fomentar la actividad física previenen y permiten superar los sentimientos de tristeza (Gobierno de Navarra, 2006; Souesme *et al.*, 2014). No obstante, a pesar de todas las recomendaciones no se debe insistir acerca de la necesidad de hacer algo para combatir la tristeza; solo se logrará incrementar sus sentimientos de frustración y desánimo. Tampoco conviene presionar para que le atienda un profesional porque puede provocar un mayor aislamiento (Gobierno de Aragón, 2010).

Las emociones deben ser consideradas como eje transversal de la promoción de la autonomía. Más aún en un contexto en el que prima la atención a las limitaciones físicas de la misma. Contemplar esta dimensión permitirá prevenir la dependencia, en la medida en que se comprenda como constructo multicausal en la que interactúan factores de diversa índole –biológicos, psicológicos y sociales- que interfieren sobre la activación y la capacidad de identificar y aceptar el apoyo por parte de los demás (Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d’Asturies, 2009).

Por otro lado, la persona mayor puede verse invadida por sentimientos de autocompasión, pena o lástima por uno mismo. Este sentimiento puede surgir como consecuencia de la debilidad experimentada y las dificultades que contrae para conseguir los objetivos propios. Supone una visión distorsionada de la realidad puesto que se vincula a creencias de falta de control sobre la vida que en realidad sí tiene, la visión de sí misma como víctima de las circunstancias. Este sentimiento puede invadir también al cuidador, ante la carga de impotencia que subyace bajo algunas de las consecuencias negativas vinculadas a la vida de los cuidadores (Tretteteig *et al.*, 2017).

Nuevamente, el Gobierno de Aragón (2010), incorpora algunas recomendaciones para controlar la autocompasión: transformar la visión de los obstáculos en desafíos a superar: reconociendo que las dificultades están presentes en la vida de todas las personas; cambiando el lenguaje de “desesperanza” por un lenguaje de “competencia”; aplicando los pasos para la solución de problemas. Por otro lado, el aislamiento, la soledad generan estados que no plantean dificultades tan directas y llamativas como otras más evidentes –agresividad, ira, enfado-. Su “silencio” es lo que las convierte en situaciones peligrosas para el bienestar. Pueden vincularse a las dificultades para mantener el contacto social, el autocuidado, para moverse y efectuar actividades fuera del domicilio, a la disminución de su autoestima (Gobierno de Navarra, 2006).

El cuidado familiar, no aparece como opción, sino como consecuencia de la falta de políticas públicas efectivas de prevención. La feminización de los cuidados y la responsabilidad familiar, expresa una moral de sacrificio y resignación en el que la población se siente abocada a decidir entre dos modelos de atención: uno basado en la solidaridad familiar y el cuidado informal y el otro en la mercantilización de la atención, ya sea a través del Estado o del mercado (Guadalupe y Cardoso, 2017; Durán, 2020).

Pocas familias, fundamentalmente mujeres, cuestionan su deber de cuidar de sus familiares. El envejecimiento se plantea como escenario de conflicto, no de solidaridad intergeneracional. Sus narrativas hablan del desequilibrio y de las relaciones de poder que ocurren dentro de la familia; transmisión y aceptación de desiguales responsabilidades por género, del acceso desigual al mercado laboral por tener que cuidar, del abandono de carreras, de la pérdida de autonomía, de relaciones, de tensiones entre los miembros de la familia o de falta de reconocimiento y recompensa.

Las familias constituyen redes de cooperación y solidaridad por lo que el trabajo en la relación familiar puede contribuir a mejorar las experiencias al potenciar su autonomía (Bofill-Poch, 2018). Tamioka *et al.* (2017), indican que el envejecimiento activo y la participación social, están asociadas a la longevidad, esperanza de vida, a la buena autoevaluación de la salud, y a la prevención de la depresión y deterioro cognitivo. La falta de participación social y de promoción del envejecimiento activo, se ha asociado a influencias negativas mentales y físicas, lo que repercute sobretodo, en la persona que se haga cargo del cuidado. Por lo tanto, Tamioka *et al.* (2017) abogan por trabajar desde la prevención de la dependencia, fomentando la participación social temprana para el envejecimiento exitoso.

Mejorar las habilidades sociales de adultos mayores: incrementar las habilidades de comunicación

Es común que el proceso de envejecimiento provoque cambios en la comunicación, por trastorno, deterioro de procesos neurológicos o disminución de la movilidad y fuerza muscular de los órganos que intervienen en la fono-articulación. Con la edad avanzada, tiende a ser menos eficiente, causando cambios en el diálogo y consecuentemente en las relaciones sociales. Por lo tanto, la comunicación puede ser un indicador importante de su capacidad cognitiva (Gomes da Penha *et al.*, 2018).

La Academia Estadounidense de Neurología señala que los ancianos y sus familias pueden tomar medidas para prevenir el impacto social y emocional de la demencia mediante la comunicación y el lenguaje (Gomes da Penha *et al.*, 2018). Gomes da Penha *et al.* (2018) quienes evaluaron la asociación entre la comunicación y la autonomía en personas mayores, identificaron que los cambios en la comunicación interferían en la capacidad para realizar actividades de manera autónoma.

De la revisión sistemática realizada por Lopes y Cachioni (2016) se identifica como la falta de habilidades de comunicación puede generar efectos particularmente perjudiciales en las personas mayores. Puede afectar a la capacidad para interactuar, mantener relaciones, planificar actividades y para expresar necesidades y pensamientos a las personas que les rodean. Así los déficits comunicativos limitan progresivamente la independencia del adulto mayor e incrementan las dificultades de los cuidadores en la gestión de los comportamientos que estos presentan.

Con la evolución de la edad y/o de la enfermedad, los cuidadores familiares no saben qué estrategias de comunicación funcionan mejor, a pesar de su mayor experiencia y exposición a problemas. Gomes da Penha *et al.* (2018) añaden que, para las personas mayores, la autonomía se relaciona con la capacidad para mantenerse activo en la realización de sus actividades sociales. Estos, nuevamente, recalcan el papel fundamental de la comunicación.

Establecer, por tanto, canales, espacios y sistemas de comunicación adecuados para cada persona, será una meta esencial para optimizar las posibilidades de participación (Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies, 2009). Engström *et al.* (2010) quienes aplicaron un programa de capacitación para cuidadores, identificaron además que la puesta en práctica de las habilidades sociales y de comunicación, eran a su vez beneficiosas para los cuidadores y, por tanto, para los cuidados eficaces en la promoción de la autonomía.

Incrementar las habilidades asertivas y el autocontrol

Se recomienda que la familia aprenda técnicas para abordar de manera eficaz las tensiones familiares (Orte *et al.*, 2015). Para ello, se incluyen prácticas para facilitar el manejo y expresión de emociones, necesidades, sentimientos y de críticas, sin intervenir en conflictos familiares de mayor calado. También les permitirá: expresar adecuadamente las peticiones; saber decir “no” a labores y peticiones que no deseen realizar; conocer sus derechos y ponerlos en práctica.

La experimentación de la conducta asertiva se puede definir como un procedimiento mediante el cual se practican, bajo la supervisión de los formadores, estrategias de actuación satisfactorias en situaciones de interacción social. Los procedimientos y técnicas para el desarrollo de experiencias de conducta adecuada son, principalmente, la *representación* y la *práctica para casa*.

Ekelund *et al.* (2013) señalan que la autodeterminación es utilizada para enfatizar el control y la independencia de las personas cuando participan en la rehabilitación. También define el conocimiento y la capacidad para tomar una decisión. La autodeterminación es, por tanto, otro de los conceptos clave de la autonomía. Por otro lado, cabe tomar en consideración los resultados del reciente estudio de Szabo *et al.* (2019) quienes identificaron que la soledad emocional ejerció un importante efecto negativo sobre el control, la autonomía y el placer.

Job *et al.* (2018) quienes investigaron acerca de las diferencias relacionadas con la edad en la creencia de las personas o teorías implícitas acerca de su fuerza de voluntad, autocontrol y sus efectos sobre el bienestar, identificaron que las creencias acerca de la capacidad para ejercer el autocontrol (fuerza de voluntad), afecta a su autorregulación y a su bienestar. Entre sus resultados se identifica como la edad y la teoría de fuerza de voluntad no limitada están relacionadas con la percepción de autonomía, lo que podría explicar las diferencias relacionadas con la edad en las teorías de la fuerza de voluntad.

En cualquier caso, cabe apelar nuevamente los resultados del estudio de Metze *et al.* (2015) pues identificaron que las reuniones familiares (FGC) orientadas a fomentar la autonomía en el adulto mayor, permitía a los mismos recuperar la sensación de control sobre sus vidas, estableciendo su propio plan de atención. El Family Group Conference (FGC) es un modelo que ya se usa en muchos países occidentales para ayudar a las familias a organizar su red social (por ejemplo, Crampton, 2007; Morris & Connolly, 2012; Straub, 2008; Sundell & Vinnerljung, 2004).

Aumentar el reconocimiento de las emociones y sentimientos

No es posible hablar de calidad de vida sin referir el bienestar psicoafectivo de las personas (Gobierno de Navarra, 2006). Las investigaciones sobre las emociones indican que las emociones impactan sobre la salud (Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies, 2009). Varios fenómenos psicológicos relacionados con la emoción han sido estudiados en la vejez (Schulz, 1985). Sin embargo, casi carecen por completo de los estudios empíricos de la emoción per se en la vejez, de investigaciones relacionadas con sus manifestaciones fisiológicas, modos de licitación y reconocimiento de la emoción.

La edad avanzada ha sido descrita por varios teóricos como un tiempo de auto-enfoque pensativo y de intensidad emocional amortiguada (Buhler, 1968; Erikson, 1959; Jung, 1933). Si las emociones fuertes tienen una prolongación similar de la reactividad autónoma relacionada con la edad, y si se considera que esa reactividad es aversiva, las personas mayores pueden evitar las emociones fuertes en parte para escapar de estas consecuencias fisiológicas aversivas. Se ha observado que la participación social disminuye en la vejez y las personas mayores reportan un menor interés en clases enteras de interlocutores sociales (Carstensen, 1992; Fredrickson & Carstensen, 1990).

La interacción interpersonal es un potente indicador de la emoción y, por lo tanto, la reducción de la participación social en la vejez puede estar motivada en parte por la consiguiente reducción de la experiencia emocional. Otros estudios han demostrado en sujetos ancianos que (a) los lazos sociales cargados emocionalmente predicen una menor morbilidad y mortalidad (Berkman & Syme, 1979; Blazer, 1982), (b) la calma emocional inducida se asocia con una mejor respuesta inmunológica (Kiecolt-Glaser & Glaser, 1989) y (c) la tristeza y el dolor asociados con el duelo se asocian con una respuesta inmunológica reducida (Schliefer, 1989).

La persona mayor con incipientes síntomas de dependencia es, a menudo, una persona que sufre. Puede sentirse angustiada por la posible pérdida de capacidades, de no ser útil y de ser una carga mayor con el tiempo. Puede temer el abandono. Otra característica emocional vinculada a la persona mayor puede ser el sentido de vulnerabilidad. Esta fragilidad tiene que ver con la falta de independencia y autonomía, aunque también influyen otros factores al respecto. La fragilidad, incrementa el riesgo de la persona convirtiéndola en más vulnerable (Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies, 2009).

Por otro lado, la vida de la persona que asume el rol de cuidador, se ve afectada en diversos niveles. A menudo experimenta cambios en su tiempo libre, en las relaciones y en la salud, lo que inevitablemente afectará al estado de ánimo del cuidador. Estos sentimientos acostumbran a ser múltiples y diversos; positivos y negativos hacia la persona que cuida y hacia sí mismo (Gobierno de Aragón, 2010; Tretteteig *et al.*, 2017). Resulta fundamental aceptar los sentimientos negativos como una parte lógica y normal de determinadas situaciones; los sentimientos, tanto positivos como negativos, son legítimos (Gobierno de Aragón, 2010).

Mejorar las habilidades de afrontamiento positivo

Couture *et al.* (2005) señalan que ciertos factores psicológicos como la autorrealización, la autonomía psicológica, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento influyen sobre los niveles de angustia psicológica. En este sentido, la angustia psicológica también se asoció a menores recursos de afrontamiento y eficiencia ante el empeoramiento de la enfermedad o incapacidad. El desarrollo de habilidades de autocontrol, puede prevenir potenciales efectos aversivos.

Envejecer significa cambiar, acumular vivencias y saberes. Requiere del despliegue de procesos de adaptación, desarrollo y pérdidas a nivel personal y social (Gobierno del Principado de Asturias, 2017). La autorrealización, constituye un proceso psicológico destinado a desarrollar los recursos y las capacidades internas y externas. También fomenta la adaptación a muchos cambios que resultan del deterioro funcional. De hecho, aquellos que desarrollan su potencial son menos propensos a sufrir trastornos psicológicos al enfrentar una pérdida de autonomía funcional (Couture *et al.*, 2005).

Los individuos mayores en declive funcional y con sufrimiento psicológico tienen un nivel más bajo de autorrealización y autonomía psicológica y están menos satisfechos con su apoyo social que los individuos que gozan de buena salud (Legrainçois, 2002). Los cuidadores enfrentarán situaciones de difícil previsión y para los que no siempre se está preparado. La incertidumbre con respecto al futuro y a la naturaleza de los cambios que aparezcan, convierten los cuidados en un contexto de frecuente preocupación.

El análisis racional de las preocupaciones puede ser de utilidad para que los cuidadores aprendan a controlarlas (Gobierno de Aragón, 2010). La mejora en el afrontamiento de estas situaciones –que siempre se van a producir-, que puedan comprender mejor los comportamientos, compartir emociones al disponer de la posibilidad de hablar de ellos y de sus miedos (Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado d’ Asturias, 2009).

Las actividades de ocio pueden contribuir a mejorar a su vez la aparición de sentimientos positivos y a reducir los sentimientos negativos tanto en cuidadores como en adultos mayores. En este sentido Lin & Yen (2018) identificaron que, el ocio, reforzaba la autoimagen y promovía los sentimientos de competencia y dominio. Es conocido el “*síndrome de estrés de ubicación*” generado por los cambios relacionados con la alteración del estilo de vida y del entorno habitual del adulto mayor (Perry *et al.*, 2014). Se han reportado a su vez reacciones físicas y psicológicas inesperadas (Klaperski *et al.*, 2013). Las personas que no pueden adaptarse a la transición pueden exhibir comportamientos sociales problemáticos, como la reducción de la interacción social y la dependencia excesiva.

Un repertorio cognitivo de habilidades de autocontrol se relaciona con la capacidad para enfrentar efectivamente la adversidad. Las personas mayores que participan activamente en actividades recreativas experimentan una calidad de vida preferible, una mayor satisfacción en la vida, y su fuente de recursos contribuye a este efecto positivo significativo (Wiesmann & Hannich, 2013). Por lo tanto, las experiencias recreativas pueden mejorar el funcionamiento adaptativo y sus habilidades para enfrentar los cambios en el estilo de vida (Liechty & Genoe, 2013). Kotkamp-Mothes *et al.* (2005) señalan que, en función de su calidad, el apoyo social puede desencadenar afrontamiento adaptativo en los adultos mayores.

Los factores interpersonales parecen tener un impacto específico en las capacidades de adaptación: la comunicación abierta, la cohesión familiar "sana" y la competencia adaptativa parecen influir positivamente en el manejo autónomo. Los programas de apoyo que incluyen activamente a los miembros de la familia parecen ser eficaces para reducir la angustia de los pacientes y de sus familiares.

Reducir o prevenir la pérdida de las funciones vinculadas a la toma de decisiones sobre las actividades básicas de la vida diaria

Conforme al estudio realizado sobre los adultos mayores por Vera (2007), para un adulto mayor, calidad de vida significa “tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información”. Las circunstancias personales no afectan a la capacidad para tomar decisiones, aunque sí condicionan y pueden ser fuente de bloqueos en su posibilidad para hacerlas efectivas (Consejo Económico y Social de la Comunidad de Castilla y León, 2010).

El *Modelo de Recuperación*, incorpora el enfoque de promoción de la autonomía al facilitar que las personas y comunidades incrementen el control y la posibilidad de elección sobre las decisiones que afectan a la/s persona/s mayor/es. Esta perspectiva destaca que las personas utilizan sus recursos y habilidades en su recuperación.

Implica un proceso de coproducción del bienestar, donde la persona dispone del apoyo de los servicios, sin depender de los mismos para la consecución de sus metas. De esta manera, la autonomía personal implica apropiarse, social y personalmente, de sí mismo (Junta de Andalucía, 2016). Por *desarrollo personal* se entiende la disposición de un proyecto vital, el tener ilusiones, el contar con la posibilidad de materializar deseos (Vera, 2007). Tiene que ver con el desarrollo de las áreas de la vida que permitan lograr un potencial máximo, una mejora de las capacidades personales – prevención o rehabilitación-. Incluye el concepto de empoderamiento; el sentimiento de utilidad, satisfacción, bienestar y felicidad.

Sentirse capaz y competente en la dirección de la vida es saber y poder controlar las metas y las decisiones personales, gestionar objetos propios, significativos y valiosos para uno, cuidar y mantener la propia imagen –identidad personal-, mantener la autoestima, ser capaz de adaptarse a entornos y circunstancias cambiantes y disponer de sistemas de atribución de causalidad que sean adecuados (Gobierno de Navarra, 2006; Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d’Asturies, 2009).

La Junta de Andalucía (2016) establece que el concepto de recuperación es fundamental en las personas con discapacidades. Su objetivo general es apoyar itinerarios personales que permitan la superación de los síntomas, limitaciones y desventajas sociales derivadas de la discapacidad y/o de la enfermedad con tal de dar lugar al desempeño de roles sociales significativos para la persona mayor, a la emergencia de un nuevo sentido de vida y de bienestar y calidad de vida, aunque exista la enfermedad y/o discapacidad. Esta imagen refuerza la consideración de la autonomía y desarrollo personal y de la ciudadanía y no el mero cuidado paliativo.

Disminuir la sobreprotección familiar

A la hora de cuidar, es fácil caer en la sobreprotección, fundamentalmente, cuando se trata de un miembro de la familia. No obstante, será necesario comprender que debe tomar las decisiones sobre su vida. La labor del cuidador será la de apoyar al adulto mayor a mantener su sentido de dignidad la cual guarda especial relación con el respeto hacia la voluntad de la persona en los diferentes campos de toma de decisiones (Osorio *et al.*, 2018) y esta tiene que ver con la asunción del control de la propia vida (Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García, 2014). La necesidad de cobertura del respeto y la dignidad puede verse agudizada ante la aparición de una enfermedad o discapacidad (Gobierno de Aragón, 2010).

Rodríguez (2008) define la sobreprotección como forma de abuso gerontológico, al privar de la autonomía al adulto mayor aun cuando se mantiene en condiciones de decidir y/o actuar. La tendencia fuertemente arraigada de asociación entre dependencia y heteronomía continúa limitando el desarrollo del autogobierno por parte de muchas personas en situación de dependencia. Revertir esta tendencia supone que, tanto personal como familiares, distingan ambas dimensiones de capacidad; autonomía moral e independencia funcional. El Plan Personalizado de Atención (PPA), puede ser una herramienta de utilidad al respecto. Recoge de manera personalizada y coparticipante con la persona, cuáles son las mejoras oportunidades, escenarios y relaciones en los que requiera apoyo, lo que facilita la discriminación de las dimensiones de capacidad. Solo la persona mayor será capaz de establecer lo que para ella sea significativo (Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies, 2009).

Aumentar los campos de toma de decisiones propias del adulto mayor dentro del sistema familiar en el que impacta la enfermedad incapacitante o la discapacidad

Es fundamental que se conozcan y reconozcan las peculiaridades y las preferencias de la persona mayor –aspectos religiosos, culturales y/o estéticos-. Su derecho a ser diferente. También a que se establezca con la misma una comunicación adecuada, es decir, que la forma, intensidad y calidad de relación sea la que ellos deseen establecer. Se trata de favorecer la expresión de sus opiniones y deseos e incluso el aceptar la negación del adulto mayor a participar en ciertas actividades.

Aquí intervendrán también la intimidad y la confidencialidad. Los aspectos que una persona desea guardar para sí de manera especial y que solo dará a conocer, si lo decide, a un círculo reducido de personas con las que tenga confianza y en un ambiente de confidencialidad (Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies, 2009; Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García, 2014)

Las conductas dependientes, en muchas ocasiones son, reforzadas por el entorno social inmediato. Por este motivo, las personas que se encuentren en el entorno de las personas mayores requieren formación acerca de cómo responder de manera adecuada ante las conductas de autonomía e independencia, con tal de no reforzar las conductas dependientes; en suma, objetivos que se trabajan en las sesiones del PCF-U-Auto.

Cabe señalar que las expectativas de las personas mayores también inciden en su situación de dependencia y en la promoción de la misma. Los estereotipos negativos hacia las personas mayores tienden a generar en las personas ese comportamiento. Son profecías auto cumplidas; las personas mayores se convierten en víctimas de ideas preconcebidas que determinan cómo deben actuar (Gobierno de Aragón, 2010).

Finalmente, la participación será el último aparte al que referir a la hora de maximizar los campos de toma de decisiones de las personas mayores; otorga oportunidades para tomar decisiones y fomenta la maximización en la asunción de responsabilidad sobre la ejecución de prácticas, decisiones o compromisos adquiridos (Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d’Asturies, 2009). Se debe *repensar* la implicación de las personas mayores y de sus familiares, buscando su implicación en diversas iniciativas evitando el peligro de suplantar al adulto mayor cuando este se encuentre dentro de sus posibilidades para decidir sobre sus opciones de la vida.

Diseño de la estructura del PCF-Auto

Tomando como referencia la estructura del Programa de Competencia Familiar Universal original, el Programa se diseñó con 6 sesiones y duración de 2 horas/sesión. Contó con un diseño multicomponente; en la 1ª hora trabajaron dos grupos separadamente (AM y familiares/acompañantes) con dos formadores por sala y en una 2ª hora el grupo familiar conjunto (AM y familiares/acompañantes) con un mínimo de 2 formadores/grupo (n=4). La Tabla 8 ilustra los principales temas/áreas de trabajo del PCF-U-Auto en relación a la mejora de los recursos de afrontamiento, dinámica familiar y promoción de la autonomía personal.

Tabla 8.

Relación de los temas por sesión del PCF-U-Auto

Sesión 0	Sesión 1	Sesión 2
Presentación del PCF-U-Auto; por qué son importantes; objetivos del programa; creación del clima grupal	Comunicación y empatía AM-familiar/cuidador; reforzar habilidades sociales en relación a la capacidad para conversar	Escucha activa y comunicación asertiva; mejorar autoconocimiento; habilidades de comunicación:
Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5
Reconocimiento y formulación de peticiones; refuerzo de la interacción esperada; Expresión y manejo de sentimientos y emociones; afrontamiento de la crítica	Mantener el control sobre la toma de decisiones; mejorar habilidad para decir “NO”; identificar cuidados sustitutos; conocimientos consumo fármacos no recetados, alcohol y drogas	Afrontamiento del enfado, gestión del conflicto y resolución autónoma de problemas; destrezas para pedir ayuda y buscar soluciones problemas de manera autónoma

Fuente: elaboración propia

Cada sesión se desarrolló de acuerdo con la metodología EDAH, es decir contó con ciclos de actividad basados en: (E) exposición (formadores), (D) debate (formadores y participantes) y (A) actividad (participantes) más la ejecución de prácticas en el (H) hogar, todas ellas, basadas en la dinámica familiar. La mayor parte de actividades se basaron en la técnica de Role-Playing, así como mediante el “ensayo de conducta”, representaciones, actividad escrita –con apoyo del formador en caso de presentar limitaciones en escritura o comprensión escrita- y manualidad.

El objetivo del PCF-U-Auto es poner al alcance de las familias un programa de prevención universal eficaz. La opción más viable se basa en la combinación de tres subprogramas de 6 semanas de duración y sesiones separadas de una hora en cada caso.

En total, se trata de realizar 6 sesiones de 2 horas:

- Un Programa para los cuidadores (6 sesiones de una hora).
- Un Programa para los adultos mayores (6 sesiones de una hora), y
- Un Programa para la familia, contando con la participación de cuidadores y adultos mayores juntos (6 sesiones de una hora).

En total, cada miembro de la familia participa en 11 sesiones, es decir, en 11 horas de trabajo en grupo, más algunas horas dedicadas a la comunicación con los formadores y el conjunto de los grupos, tanto en las meriendas con las que se inicia cada sesión como en las cuatro cenas. En cualquier caso, se incluye una sesión previa para presentar el programa, hablar sobre las inquietudes que se planteen las familias, así como programar las sesiones.

Aplicación del PCF-U-Auto

El PCF en todas sus versiones, dispone de manuales, guías y carteles para su implementación. Para la aplicación del PCF-U-Auto se adaptaron los contenidos de los *manuales, guías y carteles* para las formadoras y para las familias. Se trata del material para preparar la aplicación del PCF-U-AUTO; es decir, el material con el que prepararán, desarrollarán y evaluarán las sesiones. Para garantizar la eficacia de la intervención de las formadoras en relación a la implicación familiar y consecución de resultados será fundamental asegurar la fidelidad en la aplicación de los contenidos, en términos de exposiciones, debates y actividades, siempre manteniendo un cierto grado de flexibilidad y adaptación tanto a los aspectos culturales, de género y a las características específicas de cada grupo y también a los estilos propios del formador.

- [*Manual de formación para las sesiones con los familiares y/o cuidadores:*](#)⁷ manual destinado a formar a los familiares en la adquisición y mejora de las destrezas de relación necesarias para fomentar la autonomía de las personas mayores. El manual contiene un índice de las sesiones que incluye la identificación, resumen, meta, tabla resumen de los objetivos, las actividades relacionadas con los objetivos y las hojas de trabajo vinculadas a cada una de las actividades propuestas por sesión. Se ofrece una descripción de los materiales específicos necesarios para desarrollar cada sesión y actividad con información visual mediante iconos descriptivos de la actividad correspondiente. Al final de las descripciones de las actividades, dispone de hojas de trabajo para desarrollar las sesiones a nivel individual y grupal y para la realización de las prácticas para casa por parte de los participantes.
- [*Manual de formación para las sesiones con los adultos mayores:*](#) manual dirigido a la formación en habilidades de comunicación y relación vinculadas a la mejora de las interacciones con el grupo de iguales y en el contexto social, de la dinámica familiar y de las actitudes de las personas mayores frente a la toma de decisiones vinculada a las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Sigue la misma estructura que el manual descrito en el apartado 1.
- [*Manual de formación para las sesiones con las familias:*](#) proporciona la organización del tiempo en el que familiares y/o cuidadores y adultos mayores

⁷ Al clicar sobre los hipervínculos, se accede a los manuales, guías y carteles del PCF-Auto diseñados en el proceso de tesis doctoral, necesarios para la formación de profesionales e implementación del programa

pueden practicar la comunicación y habilidades relacionales que han aprendido en sus sesiones por separado. También en este caso se sigue la misma estructura mencionada en el apartado 1 de esta sección.

En el manual de familias se hace referencia a los cuestionarios que deben aplicarse en la sesión 1 y en la sesión 6, así como una estimación del tiempo para su cumplimentación por parte de las familias participantes. Los cuestionarios se incluyen en el manual de implementación como anexos.

- ***Manual de implementación del programa:*** corresponde con el documento que recoge una amplia información teórica relativa a todos los aspectos vinculados con la puesta en práctica del PCF-Auto.

Las siguientes Figuras 15, 16, 17 y 18 representan las carátulas de cada uno de los manuales necesarios para la implementación del PCF-Auto:



Figuras 15, 16, 17, 18: Elaboración propia a partir de los manuales de formación para las sesiones con los cuidadores, con los adultos mayores, con las familias y del manual de implementación necesarios para la aplicación del PCF-Auto

Se incluyen dos *guías* que se entregan a los familiares y a los adultos mayores. Se trata del material con el que prepararán, seguirán y recordarán las sesiones. Las guías de las personas mayores y de sus familiares (Figuras 19 y 20), se constituyen de las actividades y explicaciones pertinentes para que puedan desarrollar las prácticas en el hogar; hojas que también se encontrarán a disposición del formador en sus pertinentes manuales de formación.

- ***Guía de los cuidadores:*** volumen con documentos didácticos necesarios para la práctica de las habilidades apuntadas en las sesiones de formación de los cuidadores y familias. Se ofrece información necesaria para desarrollar algunas sesiones y materiales prácticos para ejercitar, practicar y evaluar los aprendizajes trabajados en las sesiones correspondientes. Las hojas de trabajo se presentan integradas al final de la sesión en los manuales, también, de los formadores.
- ***Guía de los adultos mayores:*** a los adultos mayores también se les entrega su guía con ejercicios y lecturas para realizar en el hogar. Este material complementa el programa y permite la práctica de las habilidades trabajadas en los grupos de adultos mayores.



Figuras 19 y 20. Elaboración propia a partir de la guía para los cuidadores y la guía para los adultos mayores diseñadas para la implementación del PCF-Auto

Finalmente, se dispone de *carteles* en los que se resumen, esquemáticamente, los criterios y aspectos fundamentales de cada una de las sesiones. Se exponen en lugares visibles de las salas de cuidadores, adultos mayores y familias y sirven para consolidar los aprendizajes y recordar las pautas de trabajo intrasesión. Los formadores pueden aprovecharlos para estructurar una sesión, dado que pautan los conceptos básicos.

CAPÍTULO 3: IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PCF-AUTO

Implementación y evaluación del PCF-Auto

El 1r pilotaje del PCF-Auto se desarrolló de manera secuencial. Primero, se informó a las Trabajadoras Sociales de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal [Direcció General de Dependència (FBD-DGD)] sobre el proyecto y fueron invitadas a seleccionar AM de 65 años de edad con dependencia moderada (Grado I) siempre y cuando sus dolencias no limitaran la adecuada comprensión de los contenidos del programa y que no incluyeran ninguno de los criterios de exclusión: (1) presentar síntomas de demencia severa; (2) tener reconocido un grado de dependencia superior al Grado I; (3) llevar más de 6 meses con el Grado I de dependencia reconocido –podría haber agravado en dependencia-.

La selección y citación fue realizada telefónicamente por parte de personal del servicio de tutela de la FBD-DGD y del equipo investigador GIFES-UIB. Se obtuvo una muestra total de 75 familias en selección inicial aleatoria realizada a partir de listados de población beneficiaria de los servicios y prestaciones por situación de dependencia moderada (Grado I) extraídos de la base de datos SISAAD (Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia). Se procuraron equilibrar los grupos en función del género en el momento de la selección en citación telefónica para invitarles a participar. Se consideraron cuatro criterios en la aplicación de estrategias de reclutamiento y retención identificados a partir de tres revisiones sistemáticas previas al diseño del programa (Nevot-Caldentey *et al.*, 2019; Nevot *et al.*, 2018; Nevot, 2017):

- *Organización*: atención a las ambivalencias del formador, apoyo organizacional (FBD-DG-UIB), reducción ansiedad, facilitación recursos materiales (espacios, manuales, materiales para sesiones), supervisión, capacitación de profesionales, compromiso con el modelo de intervención basado en la evidencia y suministro de apoyo concreto a usuarios
- *Familias*: conciencia familiar del problema, valoración previa del nivel de preparación para el programa (motivación), apoyo logístico, valor percibido y beneficio del servicio, bienestar del cuidador, expectativas realistas.
- *Formadores*: adaptación cultural (homogeneidad cultural, adaptación del lenguaje, técnicas de modelado...), competencia cultural de los proveedores y del personal (capacidad de identificación de barreras de las familias y del planteamiento de estrategias de enganche), confiabilidad del personal (Trabajadoras Sociales de referencia y personal de la universidad), continuidad de la atención (creación de grupos de WhatsApp y llamadas telefónicas de recordatorio) y atención y respuesta personalizada del personal con las necesidades de las familias.
- *Programa*: investigación previa en barreras de participación y desarrollo de estrategias para su resolución (Orte *et al.*, 2015; Nevot, 2017; Ballester y Vives, 2018), sensibilidad cultural de los materiales y métodos del programa, suministro de apoyo logístico y flexibilidad, servicios basados en el hogar (telefónicos), actividades experimentales, rigurosidad en aplicación de los contenidos del programa.

Otras estrategias de retención incluyeron oportunidades de socialización mediante el programa y llamadas de seguimiento para conocer las causas de no asistencia y facilitar la continuidad del participante con el programa.

Muestra

La implementación del PCF-Auto dispuso de un equipo de especialistas en intervención con AM en situación de dependencia. Un total de 20 trabajadoras sociales de la FBD-DGD de les Illes Balears recibió 10 horas de formación para la implementación del PCF-Auto por parte del personal del equipo investigador GIFES-UIB.

Se llevaron a cabo 5 aplicaciones del PCF-Auto en 5 áreas territoriales de Mallorca: 45 familias en Palma divididas en 3 grupos, 1 grupo en Manacor de 15 familias y 1 grupo en Inca de 15 familias. En el caso de tener reconocido el Grado I, se estableció como requisito ser beneficiario de la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF), con tal de garantizar que la persona mayor esté conviviendo en el domicilio familiar habitual.

Instrumentos y Evaluación del PCF-Auto Piloto

Planteando una investigación con diseño cuasi-experimental, se desarrolló en tres aspectos: a) medidas de proceso; registros de fidelidad, adherencia e implicación por sesión y participante, b) medidas de cambio sobre las variables que miden la dinámica familiar y las destrezas relacionadas con la promoción de autonomía; evaluación pre-test/pos-test sobre la Escala de Recursos Sociales, Cuestionario de Función Familiar, Cuestionario sobre calidad de vida y la Escala de depresión evaluadas sobre los adultos mayores; y (c) medidas de resultado; niveles de satisfacción de los participantes. Los resultados confirman la validez del Programa de Competencia Familiar Universal Auto como herramienta de prevención familiar de las situaciones de dependencia en la edad adulta.

Se realizó una evaluación previa y otra de seguimiento para analizar los cambios en el estilo de vida (1), relaciones sociales (2), funcionalidad familiar (3), relaciones de ayuda (4), valoración problemas personales (5), valoración situación social (6), valoración estado de salud (7), valoración ámbito y relación familiar (8) y síntomas de depresión (9). Los instrumentos de recogida de datos fueron:

- El cuestionario de los AM y el cuestionario de los familiares (pre-post programa): auto administrado o con apoyo de las Trabajadoras Sociales para evaluar los efectos del programa y el grado de consecución de sus objetivos.
- El cuestionario de evaluación de las familias: auto administrado por las familias sobre la idoneidad de los contenidos, estructura y sus formadores
- Los cuestionarios de evaluación de las trabajadoras sociales: indicadores de seguimiento/participante y de evaluación final/participante
- Los cuestionarios de evaluación/sesión de las trabajadoras sociales.
- Panel de expertos: emisión de juicio colectivo sobre los indicadores de mejora del PCF-Auto. Propuestas de mejora (ver ANEXO 1: Transcripción panel de expertos).

En la Tabla 9 se presentan los instrumentos de evaluación seleccionados para medir el grado de consecución de los objetivos del PCF-Auto.

Tabla 9. Estudio de las variables de resultado y los instrumentos de evaluación

<i>Variables de resultado</i>	<i>Instrumentos de evaluación y criterios</i>
<i>Relaciones sociales</i>	<p><i>Escala de Recursos Sociales (OARS)</i> Duke University Center(1978) (Older Americans Resource & Services Group) (Fernández-Ballesteros <i>et al.</i>, 1996): once áreas de la interacción social son evaluadas por el adulto mayor sobre sí mismo: número de personas de confianza, volumen de llamadas que recibió la semana anterior, volumen de visitas que recibió la semana anterior, frecuencia con la que se siente solo, valoración sobre el grado de conformidad con la que tiene contacto con sus familiares.</p> <p>Cada cuestión comprende entre cuatro y cinco anclajes en escala ordinal. Luego, el nivel de satisfacción de la relación que mantiene con la pareja, los hijos, los nietos, otros familiares, los vecinos y los amigos (no vecinos). Para cada persona, uno de los tres valores fue asignado: 0=Insatisfecho/a, 1=Indiferente, 2=Satisfecho. En caso de no disponer de la persona en cuestión, se incluye la posibilidad de “Ns/Nc”.</p>
<i>Funcionalidad familiar</i>	<p><i>Cuestionario de Función Familiar (APGAR)</i>: University of Washington (1978) (Smilkstein, 1978), (Smilkstein <i>et al.</i>, 1982), (Bellón <i>et al.</i>, 1996), (Suarez y Alcalá, 2014). Instrumento diagnóstico del nivel de funcionalidad familiar. Evalúa cinco funciones básicas de la familia: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto y Recursos. Para cada cuestión, uno de los tres valores fue asignado: 0=Casi nunca, 1= A veces, 2=Casi siempre. Interpretación del puntaje: 17-20 puntos=normal, 16-13 puntos=disfunción leve, 12-10 puntos=disfunción moderada, ≤9=disfunción severa.</p>
<i>Relación de ayuda</i>	<p><i>Cuestionario: Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos.</i> Fernández Ballesteros <i>et al.</i>, (1996): seis cuestiones sobre la relación de ayuda son evaluadas: alguien le ayudaría si fuera necesario, cómo cree que le ayudaría, si recibe en la actualidad ayuda de alguien, con qué frecuencia le ayudan, qué ayuda le dan y quién le aporta esa ayuda. Cada cuestión comprende entre cuatro y seis anclajes en escala ordinal.</p>
<i>Valoración personal</i>	<p>Se incluyen dos cuestiones sobre las actividades que realiza el adulto mayor dirigidas a evaluar la <i>Actividad y Ocio</i>, de seis anclajes en escala ordinal y una cuestión a la que se le asignaron los valores: 0=Nunca, 1=A veces y 2=Frecuentemente sobre la frecuencia de actividad. Se incluye una cuestión de <i>Valoración Personal de Problemas</i>. Incluye tres respuestas nominales ordenadas de 1 a 3. Una cuestión de <i>Valoración de la Situación Social</i> y una cuestión de <i>Valoración de la Situación de Salud</i> de seis anclajes de respuesta en escala ordinal.</p> <p>Una cuestión de <i>Valoración Personal Calidad Relación Familiar</i> que mide el elogio, afecto, claridad comunicativa, calidad del tiempo familiar, calidad intercambio experiencias diarias, presencia de malas maneras de comunicarse y gritos, presencia de discusión, frecuencia de reuniones familiares. Se le asignaron los valores: 0=Casi nunca, 1=A veces, 2=Casi siempre.</p> <p>Una cuestión sobre las <i>Fuerzas de la Familia</i>. Mide el apoyo/amor/cariño familiar, la comunicación familiar positiva, las habilidades eficaces de relación, el estilo eficaz de abordaje de problemas y conflictos, la organización familiar, la salud mental positiva, la salud física y el conocimiento y educación. Se le asignaron valores de 0 a 5 (0=Nada y 5=Mucho).</p>

Variables de resultado	Instrumentos de evaluación y criterios
Depresión	<p><i>Escala de Depresión Geriátrica - Test de Yesavage</i>: Stanford University School of Medicine (Yesavage <i>et al.</i>, 1983), (Yesavage, 1988), (Martínez de la Iglesia <i>et al.</i> 2002). Se incluyó la versión Yesavage corta de quince cuestiones, cuya población diana son personas mayores de 65 años. Se utiliza como herramienta diagnóstica de cribado de depresión. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 14. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son: 0-5=Normal, 6-10=Depresión moderada, +10=Depresión severa.</p>

Análisis estadístico

Las evaluaciones de antes y después se realizaron comparando las diferencias de medias (incluida la estimación del 95% de los intervalos de confianza (IC)) de las variables de resultado utilizando la prueba t-test de muestras independientes. El análisis de la retención incluyó una revisión de la aplicación de las estrategias de implicación familiar (Nevot, 2017; Nevot *et al.*, 2018; Nevot-Caldentey *et al.*, 2019) (ver capítulo 1; *La Implicación Parental en los Programas de Competencia Familiar: Una Revisión Sistemática sobre Técnicas de Implicación* y artículo 1 *Strategies for family engagement in evidence-based programmes: A meta-synthesis of systematic reviews from a social casework approach* de la tesis doctoral. La síntesis de los resultados del análisis estadístico de publicó y se encuentra disponible en la Revista Complutense de Educación: *Innovación educativa y social en promoción familiar de autonomía persona en adultos mayores: el PCF-U-Auto*.

Presentación y evaluación de resultados

Las Tablas 10 y 11 describen sociodemográficamente a los participantes incluidos en la evaluación del PCF-Auto en el primer pilotaje efectuado entre marzo y mayo de 2019. Se captaron telefónicamente 75 familias y 146 participantes. En la primera sesión la asistencia fue del 95%. El grupo de Manacor comenzó con 17 familias.

En una primera sesión 2 familias se dieron de baja (1=EPOC, 2=limitaciones severas de movilidad). El grupo de Inca comenzó con 17 familias. En la Sesión 1 dos familias se dieron de baja (1=Hipoacusia severa 2=limitaciones severas de movilidad). El grupo de Palma “Nord” comenzó con 10 familias. En la Sesión 1, 4 familias se dieron de baja (2=hipoacusias severas, 1=demencia severa, 3=limitaciones severas de movilidad).

El grupo del “Casc Antic” de Palma comenzó con 12 familias. En la sesión 1, 6 familias se dieron de baja (3=demencias severas, 1=conducta adictiva alcohol, 1=fibromialgia, 1=hipoacusia). El grupo de “Joan Crespí” de Palma comenzó con 19 familias. Tras la Sesión 1 se procedió a la baja de 9 familias (3=ingresos, 4=demencias severas, 2=limitaciones movilidad).

La Tabla 9 muestran las edades de los AM que participaron en el PCF-Auto. Las edades de los encuestados para el conjunto de la muestra se sitúan en una horquilla 45-86 años. Como se puede ver en la tabla 4, la representación de personas que tienen entre 65 y 74 años (32.5%) y de las de 75 años o más (31.2%) muestra ser equilibrada. En menor proporción, (22.1%) se dispuso de personas menores de 65 años y hubo un 14.3% que no señaló la edad.

Tabla 10.

Edad y género de la muestra

<i>Edad</i>	<i>Hombre %</i>	<i>Mujer %</i>	<i>Total %</i>
<i>Menos de 65 años</i>	12.1	29.5	22.1
<i>De 65 a 74 años</i>	42.4	25.0	32.5
<i>De 75 o más años</i>	33.3	29.5	31.2
<i>No contesta</i>	12.1	15.9	14.3

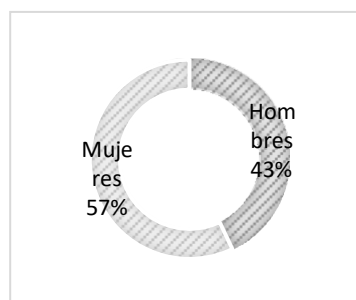


Figura 19. Representatividad de género en la muestra. Porcentaje de hombres y mujeres.

Hubo un 14.2% más de mujeres que de hombres (Figuras 19). Por lo que respecta al estado civil dominó la presencia de personas casadas (58.4%), seguida de las personas viudas (18.2%) y divorciadas o separadas (15.6%). Según la constitución familiar (Tabla 11), se obtuvo una presencia mayoritaria de parejas con hijos (52%), seguida de las personas que no tenían pareja, pero sí hijos/as (20%). Las personas sin pareja ni hijos constituyeron el 9.3% de la muestra y con pareja sin hijos el 6.7%.

Tabla 11.

Características sociodemográficas de la muestra

<i>Variables</i>	<i>Pre PCF-Auto %</i>	<i>Post PCF-Auto %</i>	<i>Total %</i>
<i>Estado civil (n)</i>	50	27	77
<i>Soltero/a</i>	8.0	7.4	7.8
<i>Casado/a</i>	58.0	59.3	58.4
<i>Viudo/a</i>	16.0	22.2	18.2
<i>Divorciado</i>	18.0	11.1	15.6
<i>Constitución familiar(n)</i>	48	27	75
<i>Sin esposo/a ni hijos/as</i>	8.3	11.1	9.3
<i>Pareja sin hijos</i>	8.3	3.7	6.7
<i>Pareja con hijos</i>	50	55.6	52
<i>Sin pareja, con hijos/as</i>	22.9	14.8	20
<i>Otras situaciones</i>	6.3	11.1	8
<i>Ns/Nc</i>	4.2	3.7	4.0

Tabla 11 continuada

<i>Variables</i>	Pre PCF-Auto %	Post PCF-Auto %	Total %
<i>Unidad de convivencia (n)</i>	50	27	77
<i>Vive solo/a</i>	18	14.8	16.9
<i>Con cónyuge/pareja</i>	52	55.6	53.2
<i>Con uno o más hijos</i>	12	14.8	13
<i>Con uno o más padres</i>	6	7.4	6.5
<i>Con uno o más familiares</i>	4	0	2.6
<i>Otras situaciones</i>	8	7.4	7.8
<i>Nivel de estudios (n)</i>	50	27	77
<i>No tiene estudios</i>	28.0	22.2	26.0
<i>Nivel básico</i>	34.0	40.7	36.4
<i>Secundarios</i>	24.0	22.2	23.4
<i>Superiores</i>	12.0	14.8	13.0
<i>Actividad que realiza</i>	50	27	77
<i>No realiza</i>	50.0	48.1	49.4
<i>Mantenimiento casa</i>	18.0	14.8	16.9
<i>Trabajos manuales casa</i>	16.0	25.9	19.5
<i>Trabajos administrativos</i>	2	3.7	2.6
<i>Cuidado de nietos u otros</i>	8	0	5.2
<i>Ns/Nc</i>	6.0	7.4	6.5
<i>Actividad laboral</i>	50	27	77
<i>Obrero no especializado</i>	22.0	29.6	24.7
<i>Trabajador especializado</i>	16.0	0.0	10.4
<i>Cuadros intermedios</i>	6.0	14.8	9.1
<i>Gerencia-dirección</i>	2.0	7.4	3.9
<i>Profesional empleado</i>	14.0	18.5	15.6
<i>Profesional liberal</i>	2.0	3.7	2.6
<i>Autónomo</i>	14.0	3.7	10.4
<i>Funcionario</i>	8.0	3.7	6.5
<i>Mantenimiento casa</i>	10	14.8	11.7
<i>Ns/Nc</i>	6.0	3.7	5.2

Fuente: elaboración propia

En relación a la unidad de convivencia, se extrae que la gran mayoría convivían con el cónyuge o con la pareja (52%). En segunda instancia y en menor proporción, se identificaron a las personas que viven solas, las cuales formaron el 18% del total de la muestra.

Las personas solas constituyen un grupo de mayor riesgo, en el que la prevención de las situaciones de dependencia es una prioridad social, fundamentalmente, cuando no tienen acceso a apoyos sociales y/o familiares. Luego, se identificaron las personas que vivían con uno o más hijos (12%), en otras situaciones (8%), que vivían con uno o más padres (6%) y las que vivían con uno o más familiares de otra índole a las categorías mencionadas (4%).

El nivel de estudios de la muestra, presentó las mismas características de normalidad que otras variables con distribución aleatoria. Se observó una presencia mayoritaria de personas con nivel de estudios básico (los obligatorios en su momento), las cuales representaron el 34%, seguido de las personas sin estudios primarios (28%), con estudios secundarios (bachillerato o equivalente) (24%) y, en menor medida, superiores (universitarios o equivalentes), que fueron el 12% de la muestra.

Si se pregunta a las personas mayores, por la principal actividad que realizan, indicaron, en su inmensa mayoría, no realizar ningún tipo de actividad (50%). Aunque en menor medida, las actividades más realizadas son las tareas de mantenimiento de la casa (18%), seguido de los trabajos manuales de casa, campo u otra índole (16%), el cuidado de nietos u otros fuera de casa (8%), y, de manera residual, un pequeño volumen mostró dedicarse a realizar trabajos administrativos, de gestión o dirección (2%).

Se observaron diversas dedicaciones previas al alcance de la edad de jubilación. El 22% del total de la muestra fue, en su vida laboral, peón u obrero no especializado (22%), el 16% trabajador/a especializado, el 14% profesional empleado, otro 14% autónomo, el 10% se dedicó de manera exclusiva a realizar las tareas del hogar, el 8% ejerció en algún puesto de trabajo como funcionario del estado y el 6% ocupó un lugar de trabajo dentro de los cuadros intermedios o como administrativo. En considerable menor medida, se identificaron aquellas personas dedicadas a la dirección o gerencia (2%) o que fueron profesionales liberales (2%).

En la Tabla 12 aparecen las escalas que evalúan los objetivos del estudio. La primera parte refleja los resultados de la escala de recursos sociales OARS. El paso de las personas de la muestra por el PCF-Auto, supuso una mejora en los recursos sociales de los AM. Las diferencias en los niveles de la escala OARS en la comparación pre-post, fueron estadísticamente significativas [$t=-2.032$, $p=0.046$ ($p<0.05$)]. El PCF-Auto también mostró efectos estadísticamente significativos en la mejora del estado funcional de la familia de la persona mayor. Los resultados de la escala APGAR, mostró una relación estadísticamente significativa [$t=-2426$, $p=0.018$ ($p<0.05$)].

Los resultados de Cohesión Familiar no mostraron significación estadística, aunque se identifica una tendencia a la mejora en sus resultados (evaluación a partir de grado de conflictividad familiar) [$t=0.450$, $p=0.654$ ($p<0.05$)]. El paso por el PCF-Auto genera los efectos esperados sobre los niveles de Resiliencia Familiar [$t=-2032$], $p=0.026$ ($p<0.05$). Los resultados obtenidos para la Escala Geriátrica de Depresión, identificaron una tendencia a la mejora: depresión normal del 58.1% al 64%, probable depresión de 23.3% al 32%, depresión establecida: de 18.6% al 4% [$t=1.422$], $p=0.160$ ($p<0.05$).

Tabla 12.

Resultados obtenidos en las escalas de evaluación de variables familiares

Escalas	t	gl	p	DfSD	DfSD	95%IC	
						Inferior	Superior
Puntuación OARS*	-2.032	75	.046*	-1.581	.778	-3.131	-.031
Puntuación APGAR*	-2.426	74	.018*	-1.347	.555	-2.453	-.241
Pfeiffer	-0.621	75	.536	-0.430	.693	-1.810	0.950
Cohesión familiar	0.450	72	.654	1.103	2.453	-3.787	5.993
Resiliencia	-2.283	58	.026*	-3.471	1.520	-6.514	-0.428
Depresión	1.422	66	.160	1.231	.865	-0.497	2.958

Fuente: elaboración propia

En la Tabla 13 se observan los resultados pre-post en relación a los niveles de satisfacción con la pareja. En general, es posible indicar una mejora en los resultados de satisfacción (54.0-55.6), una reducción considerable en el sentido de indiferencia (8.0-3.7), un incremento en la insatisfacción (2.0-3.7) y un volumen considerable de personas que prefirieron no responder a la cuestión (36.0-37.0).

Una hipótesis posible al incremento de la insatisfacción y a la reducción de la indiferencia, es que las familias por medio de la participación en el programa, se encuentren en momento de tratar de integrar nuevas pautas de interacción familiar con las que todavía no se encuentran familiarizadas. Ello puede suponer una alteración en las pautas habituales de relación, que les genere un estado transitorio de “crisis”, hasta que la puesta en práctica constante de las habilidades adquiridas se vuelvan parte de la cotidianidad.

Tabla 13.

¿En qué medida está vd. Satisfecho de la relación que mantiene con...? Su pareja

Actividad	Recuento	Pre-test	Post-test	TOTAL
Satisfecho/a	% dentro de tipo de datos	54.0	55.6	54.5
Indiferente	% dentro de tipo de datos	8.0	3.7	6.5
Insatisfecho/a	% dentro de tipo de datos	2.0	3.7	2.6
Ns/Nc	% dentro de tipo de datos	36.0	37.0	36.4
TOTAL	% dentro de tipo de datos	100	100	100

Fuente: elaboración propia

Se observa una considerable mejora en los resultados de satisfacción con los hijos en la comparativa pre-post (Tabla 14). Los niveles de satisfacción pasan de 66.0 puntos a ser de 77.8, una mejora de 10.8 puntos en relación al estado previo a la participación en el programa. Los niveles de indiferencia decrecen ligeramente, pasando de 4.0 a 3.7 y se produce un incremento leve en la insatisfacción (6.0-7.4 puntos). También se observa un cambio en la reticencia a responder a la cuestión. Las personas se muestran más dispuestas con posterioridad a la aplicación del programa (24.0-11.1 puntos). Probablemente tenga que ver el hecho de que casi la mitad de la muestra decidió no

participar en el programa tras la primera sesión y sean quienes en un primer momento decidieron no responder a ciertas cuestiones.

Tabla 14.

¿En qué medida está vd. Satisfecho de la relación que mantiene con...? Sus hijos

Actividad	Recuento	Pre-test	Post-test	TOTAL
<i>Satisfecho/a</i>	% dentro de tipo de datos	66.0	77.8	70.1
<i>Indiferente</i>	% dentro de tipo de datos	4.0	3.7	3.9
<i>Insatisfecho/a</i>	% dentro de tipo de datos	6.0	7.4	6.5
<i>Ns/Nc</i>	% dentro de tipo de datos	24.0	11.1	19.5
<i>TOTAL</i>	% dentro de tipo de datos	100	100	100

Fuente: elaboración propia

El paso por el Programa, también supone una mejora notable en las relaciones con los nietos pues pasan de los 56.0 puntos en pre-test a los 74.1 puntos en el post-test, se reducen los niveles de indiferencia a 0 e incrementa el nivel de insatisfacción (4.0-7.4) (Tabla 15). De entre todas las mejoras, la mejora con los nietos es la más notable, al registrar un cambio pre-post de 18.1 puntos.

Otra hipótesis a los incrementos, aunque leves, reiterados en los diferentes resultados de satisfacción con las diferentes relaciones analizadas, puede dibujarse. Al tomar conciencia de las pautas de asertividad, de relación social funcional, de las pautas de relación que empeoran y mejoran la autonomía personal, es posible que genere un incremento en el malestar ocasionado por las relaciones que “no funcionan adecuadamente”. No obstante, con el tiempo, si se aplican sistemáticamente las pautas trabajadas en el PCF-Auto, el volumen de personas que muestran insatisfacción, pueden trasvasarse al grupo “satisfecho/a”.

Tabla 15.

¿En qué medida está vd. Satisfecho de la relación que mantiene con...? Sus nietos

Actividad	Recuento	Pre-test	Post-test	TOTAL
<i>Satisfecho/a</i>	% dentro de tipo de datos	56.0	74.1	62.3
<i>Indiferente</i>	% dentro de tipo de datos	2.0	0.0	1.3
<i>Insatisfecho/a</i>	% dentro de tipo de datos	4.0	7.4	5.2
<i>Ns/Nc</i>	% dentro de tipo de datos	38.0	18.5	31.2
<i>TOTAL</i>	% dentro de tipo de datos	100	100	100

Fuente: elaboración propia

El mismo patrón se identifica en la relación con otros familiares (Tabla 16). Se produce un incremento de la satisfacción (56.0-59.3), un ligero aumento en la indiferencia (10.0-11.1), un considerable incremento en la insatisfacción (2.0-11.1), lo que podría vincularse a las dos primeras hipótesis mencionadas.

Más sentido tendría en este caso, pues las interacciones dadas con otros familiares ajenos a la familia nuclear son menos frecuentes, lo que limita la puesta en práctica de las destrezas adquiridas. También retarda sus efectos al requerir a su vez de mayor tiempo para integrarlas como parte de la interacción habitual. Nuevamente, hay que considerar el efecto generado sobre los resultados del abandono inicial de participantes.

Tabla 16.

¿En qué medida está vd. Satisfecho de la relación que mantiene con...? Otros familiares

Actividad	Recuento	Pre-test	Post-test	TOTAL
<i>Satisfecho/a</i>	% dentro de tipo de datos	56.0	59.3	57.1
<i>Indiferente</i>	% dentro de tipo de datos	10.0	11.1	10.4
<i>Insatisfecho/a</i>	% dentro de tipo de datos	2.0	11.1	5.2
<i>Ns/Nc</i>	% dentro de tipo de datos	32.0	18.5	27.3
<i>TOTAL</i>	% dentro de tipo de datos	100	100	100

Fuente: elaboración propia

Es realmente notable la mejora que el paso por el PCF-Auto supone sobre la relación con los vecinos (Tabla 17). El PCF-Auto genera mejoras estadísticamente significativas en la relación guardada entre la persona mayor y el vecindario (Chi-cuadrado de Pearson, $p > 0.05$). Los niveles de satisfacción con los vecinos pasan de ser de 66.0 puntos a ser de 77.8.

Tabla 17.

¿En qué medida está vd. Satisfecho de la relación que mantiene con...? Vecinos

Actividad	Recuento	Pre-test	Post-test	TOTAL
<i>Satisfecho/a</i>	% dentro de tipo de datos	66.0	77.8	70.1
<i>Indiferente</i>	% dentro de tipo de datos	4.0	3.7	3.9
<i>Insatisfecho/a</i>	% dentro de tipo de datos	6.0	7.4	6.5
<i>Ns/Nc</i>	% dentro de tipo de datos	24.0	11.1	19.5
<i>TOTAL</i>	% dentro de tipo de datos	100	100	100

Fuente: elaboración propia

Se observaron mejoras estadísticamente significativas en la relación entre la persona mayor y el vecindario (χ^2 , $p < 0.05$) -de 66.0 a 77.8 puntos-. La mejora en los niveles de satisfacción con los amigos también es notoria (Tabla 18). Esta pasa de obtener 64.0 puntos a obtener 77.8 en la comparativa pre-post. Se reducen los niveles de indiferencia de 6.0 a 3.7, y también los niveles de insatisfacción de 10.0 a 3.7. Como en el resto de cuestiones, ocupan un lugar importante las personas que se abstuvieron a responder, aunque en decrecimiento tras participar en el programa; de 20.0 a 14.8 puntos.

Tabla 18.

¿En qué medida está vd. Satisfecho de la relación que mantiene con...? Amigos

Actividad	Recuento	Pre-test	Post-test	TOTAL
<i>Satisfecho/a</i>	% dentro de tipo de datos	64.0	77.8	68.8
<i>Indiferente</i>	% dentro de tipo de datos	6.0	3.7	5.2
<i>Insatisfecho/a</i>	% dentro de tipo de datos	10.0	3.7	7.8
<i>Ns/Nc</i>	% dentro de tipo de datos	20.0	14.8	18.2
<i>TOTAL</i>	% dentro de tipo de datos	100	100	100

Fuente: elaboración propia

La mayor parte de las personas consideró que la ayuda sería indefinida (por parte del cuidador informal). Esta visión mejoró ligeramente tras el paso por el programa (60.0 a 63.0 puntos). Incrementó el volumen de personas que consideraron poder disponer de

ayuda por un tiempo concreto (8-14.8 puntos). El 84.2% de la muestra recibía ayuda de alguien. Esta ayuda pasó de los 77.6 a los 96.3 puntos tras la participación en el programa, lo que supuso un incremento de 18.7 puntos.

El 62.3% de los participantes recibía ayuda de manera continuada, frecuencia que incrementó visiblemente tras pasar por el programa (de 54.0 a 77.8 puntos). Se redujeron los niveles de recepción de ayuda solo en caso de necesitarlo (30.0 a 11.1 puntos) y de las personas que casi nunca recibían ayuda (4.0 a 3.7 puntos). Solo incrementó el volumen de personas que recibían ayuda alguna vez (4.0-7.4 puntos).

Tabla 19.

Cuestiones autoperceptivas

<i>Variable</i>	<i>X²</i>	<i>p</i>	<i>C</i>	<i>p</i>
<i>¿Alguien cree que le ayudaría si fuera necesario?</i>	1.714	0.634	0.148	0.634
<i>¿Cómo cree que le ayudaría?</i>	4.091	0.252	0.225	0.252
<i>Actualmente, ¿recibe ayuda de alguien?</i>	5.692	0.058	0.264	0.058
<i>¿Con qué frecuencia le ayudan?</i>	6.822	0.146	0.285	0.146
<i>Valoración de la situación social</i>	10.804	0.055	0.353	0.055
<i>Valoración de la situación de salud</i>	5.308	0.379	0.255	0.379

Fuente: elaboración propia

En relación a las cuestiones autoperceptivas (Tabla 19), se identificó, tras el PCF-Auto, una mejora en la percepción de la situación social de los AM participantes. Las personas que calificaron de “muy bien” su situación social, y “estar por encima de la mayor parte de las personas” pasaron del 8.2% al 18.5%; incremento de más del 10%. Se redujo notablemente el volumen de personas que consideraron estar “bien, por encima de la mayoría” (del 28.6% al 14.8%). El volumen de personas que consideraron “regular” su estado de salud incrementó, (de 30.6% a 55.6%) y se redujo el volumen de personas que consideró su estado de salud “malo” (de 14.3 a 0).

Los datos sobre la percepción del estado de salud revelaron un incremento en el volumen de participantes que valoró su estado de salud “muy por encima de la mayoría” (de 4.1% a 7.4%) y una reducción de “bien, por encima de la mayoría” (de 20.4% a 18.5%), las personas que valoraron su estado de salud como “muy malo”, pasaron del 8.2% al 0%. Se redujo el volumen de personas que consideraron “malo” su estado de salud (del 26.5% al 14.8%) e incrementó el porcentaje de personas que la consideraron “regular”.

CAPÍTULO 4: COMPENDIO DE PUBLICACIONES

Compendio de publicaciones

A continuación, aparecen ilustradas las publicaciones que conformaron los resultados fácticos de esta tesis doctoral, contemplando que la tesis doctoral por compendio de artículos requiere de la publicación de un mínimo de dos artículos originales publicados en revistas indizadas en Scimago Journal Rank (SJR) y/o en Journal Citation Reports (JCR) más un capítulo de libro o de tres artículos de revista.

Esta tesis doctoral, se encuentra específicamente conformada por tres artículos originales publicados en tres revistas indizadas en Scimago Journal Rank (SJR) y de dos capítulos de libro publicados por la editorial Octaedro.

Listado de artículos y de capítulos de libro

La tesis doctoral presentada, ha sido elaborada a partir de los siguientes trabajos de investigación publicados en revistas y libros nacionales e internacionales. Las publicaciones, que conforman gran parte de esta tesis doctoral, se pueden consultar en el capítulo cuarto, nombrado, *Compendio de publicaciones*.

Nevot, L., Ballester, L. y Vives, M. (2018). *La Implicación Parental en los Programas de Competencia Familiar: Una Revisión Sistemática sobre Técnicas de Implicación*. En R. Roig-Vila (Ed.), *El compromiso académico y social a través de la investigación e innovación educativas en la Enseñanza Superior* (pp. 870-881). Octaedro.

- Octaedro: Q1 en Scholarly Publishers Indicators in Humanities and Social Sciences (SPI) nº12/94 y un Indicador de prestigio percibido por los expertos (ICEE) de 1.448 (2014)

Nevot-Caldentey, L., Orte, C., & Ballester, L. (2019). Strategies for family engagement in evidence-based programmes: A meta-synthesis of systematic reviews from a social casework approach. *Social work & social sciences review*, 20 (2), 15-30.

<https://doi.org/10.1921/swssr.v20i3.1279>

- Social Work & Social Sciences Review: United Kingdom, Q3 Social Sciences (Sociology and Political Science) en 2019 y un impacto de 0.14. Ciencia política y de la administración en general; servicios y políticas de salud; trabajo social. SJR. SCImago Journal & Country Rank, Scopus Sources. ICDS = 10

Nevot-Caldentey, L., Orte, C. y Ballester, L. (2020). Análisis de conglomerados en la definición de perfiles de mayores con dependencia en Palma de Mallorca: relación entre salud, apoyo social y dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 94 (e1-11).

- Revista Española de Salud Pública: España, Ministerio de Sanidad y Consumo, Q3 Medicine, Public Health, Environmental and Occupational Health en 2019 y un impacto de 0.26. Servicios y políticas de salud; salud pública, ambiental y laboral. SJR. SCImago Journal & Country Rank, Scopus Sources. ICDS = 11

Orte, C., Nevot, L., Molina, G. y Ballester, L. (2020). *La promoción familiar y social de la autonomía en adultos mayores: el Programa de Competencia Familiar-Auto*. En C. Orte, L. Ballester y J. Amer (Eds.), *Educación familiar. Programas e intervenciones basados en la evidencia* (pp. 103-118). Octaedro.

- Octaedro: Q1 en Scholarly Publishers Indicators in Humanities and Social

Sciences(SPI) nº12/94 y un Indicador de prestigio percibido por los expertos (ICEE) de 1.448 (2014)

Nevot-Caldentey, L., Orte, C., Ballester, L. y Amer, J. (2021). Innovación educativa y social en promoción familiar de autonomía persona en adultos mayores: el PCF-U-Auto. *Revista Complutense de Educación*, 32(1). <https://doi.org/10.5209/rced.68182>

- Revista Complutense de Educación. España, Universidad Complutense de Madrid. Q2 Education, en 2019 y un impacto de 0.53. Educación en general. SJR. SCImagoJournal & Country Rank, Scopus Sources. ICDS = 10

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión y conclusiones

Esta tesis doctoral se realizó en el marco de la ayuda BES-2017-079962 correspondiente a la convocatoria 2017 del Subprograma Estatal de Formación, Ayudas para contratos predoctorales para la formación de doctores del Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO), dentro del Proyecto de Investigación “Validación del Programa de Competencia Familiar Universal 10-14 en España”, (proyecto MINECO: EDU2016-79235-R [120125 - I+D relativa a las Ciencias Sociales financiada con FGU]). Se dirigió, inicialmente, a evaluar cuáles eran las técnicas con mejores resultados de implicación para su aplicación en los Programas de Competencia Familiar, en respuesta al objetivo 4 del Proyecto de Investigación citado.

Para ello, se realizó, en primer lugar, una revisión sistemática, publicada como capítulo de libro en “El Compromiso académico y social a través de la investigación e innovación educativas en la Enseñanza Superior”, de la editorial Octaedro (Q1 SPI), sobre un total de 958 artículos de revista provenientes de *Web of Science*, *EBSCOhost*, *Scopus* y *Cochrane*. De la revisión se identificaron un conjunto de factores que fueron clasificados en “factores relativos al implementador”, “factores relativos al contexto de la familia”, “factores relativos al programa” y “factores relativos a las características de las familias”.

De manera sintética es posible citar, entre los factores familiares, el nivel de concienciación familiar acerca de la necesidad de cambio, la preparación familiar para desarrollar el programa, el apoyo logístico de que dispongan, el valor percibido acerca de la intervención y del beneficio potencial de la intervención, así como el bienestar de los progenitores/as y las expectativas que tengan las familias sobre la intervención.

En relación al formador, se definieron como factores clave la capacidad de adaptar culturalmente su intervención, su competencia cultural, la confiabilidad, continuidad en la atención o la capacidad para responder a las necesidades familiares emergentes. En relación a la naturaleza del programa, la investigación previa a su aplicación de las barreras posibles a la participación familiar, la sensibilidad cultural en los materiales y métodos, el adaptado suministro logístico, la flexibilidad en la aplicación, la contemplación de servicios basados en el hogar, la educación basada en el video, la inclusión curricular de entrevistas motivacionales o la rigurosidad en la aplicación de los contenidos del programa.

Por otro lado, la segunda revisión, publicada como artículo de revista en “*Social Work and Social Sciences Review*” (Q3 SJR), “*Strategies for family engagement in evidence-based programmes: a meta-synthesis of systematic reviews from a social casework approach*”, se dirigió a realizar una meta-síntesis de los artículos acerca de las técnicas de implicación, en términos de diseño y evaluación de programas preventivos. El análisis de esta revisión de artículos de naturaleza cuantitativa, se dirigió a ahondar en los resultados de la primera revisión, realizando un vaciado de las propuestas de intervención para mejorar la implicación familiar, en función de cada uno de los factores identificados en la primera revisión, publicada en Octaedro.

Como estrategias a considerar, en relación a las familias, se definieron la comprensión de las experiencias y necesidades de los grupos marginados, el hecho de incrementar el sentido de responsabilidad familiar, la motivación parental, la transferencia de un mayor control familiar sobre la intervención y el cambio o la aplicación de estrategias para mejorar el interés familiar acerca de la intervención.

También la preparación para el tratamiento, la recepción de atención a los factores de las familias con bajo nivel socio-educativo, la facilitación de la conexión entre sesiones, los consejos, el incremento de la participación masculina, de la comunicación con la pareja, el resaltar el valor de la confidencialidad del programa, o el diagnóstico y estrategias individuales preventivas, entre otras propuestas que es posible identificar en la revisión.

Previo al inicio del programa, el monitoreo de indicadores de desconexión, fue otra de las propuestas definidas para superar las barreras para la participación. En cualquier caso, varios autores indicaron la necesidad de considerar las necesidades específicas y características socioculturales de cada una de las familias; las familias de estatus socioeconómico bajo, tienen limitaciones propias del lugar/barrio en el que viven. También de adaptar la intervención en función de la edad, educación y composición familiar.

Por otro lado, en relación al diseño de las intervenciones, se identificó la relevancia de considerar las intervenciones basadas en evidencias para garantizar la eficacia en la implicación familiar. En relación a las características del programa, destacaron la localización del lugar de aplicación y la frecuencia, la disposición de transporte y la eficacia de la aplicación de incentivos económicos. En cuanto al formador, destacó la valoración de la honestidad, la evitación de prejuicios y las consideraciones éticas del mismo. La consideración de la familia en la toma de decisiones, por parte del formador, fue definido un factor de implicación familiar.

El profesional de la intervención social, específicamente, se definió como profesional de referencia que puede, desde las primeras reuniones familiares, trabajar con el sistema familiar para mejorar el nivel de concienciación sobre el problema o la necesidad de intervención para mejorar la eficacia de las intervenciones preventivas. El sistema profesional de la intervención social-persona puede ser preparado, mediante la alianza de ayuda, en la adquisición de conciencia acerca del tipo de intervención que requiera y de los contenidos que serán trabajados en el Programa Basado en la Evidencia y evitar la desconexión familiar. El enganche, entendido como la forma de trabajo que facilita la curiosidad familiar acerca de la intervención profesional, el establecimiento de una relación de cooperación y de confianza o la consideración de las necesidades familiares de acompañamiento serán, entre otras, algunas de las técnicas de intervención social de utilidad que faciliten la implicación familiar.

Una vez identificadas las mejores estrategias para mejorar la implicación familiar en los Programas de Competencia Familiar, se decidió analizar las necesidades de las familias con familiares en situación de dependencia para diseñar una estrategia de promoción de la autonomía personal y del bienestar familiar; labor que dio lugar a la publicación del segundo artículo publicado en la “Revista Española de Salud Pública (Q3 SJR) “Análisis de conglomerados en la definición de perfiles de mayores con dependencia en Palma de Mallorca: relación entre salud, apoyo social y dependencia” [*Cluster analysis in the definition of profiles of elderly people with dependency in Mallorca: relationship between health, social support and dependency*].

Este estudio realizado sobre una muestra de 279 personas beneficiarias de la PECEF, sirvió para demostrar, mediante el análisis de clúster, que las situaciones de dependencia, no se ven moderadas únicamente por síntomas de salud biológica o somática y/o cognitiva, correspondientes a los ítems de medición de la dependencia que incorpora el Baremo de valoración actual de la dependencia en España.

Las disposiciones de apoyo social, las percepciones propias de las personas beneficiarias acerca de su estado de salud y los factores familiares y sociales, se asociaron significativamente con los tres perfiles de personas con dependencia (baja, media y alta) definidos por la medida estadística citada.

Estas relaciones, dieron lugar a la identificación de la necesidad de trabajar sobre las variables familiares y sociales, para incidir, tanto sobre la percepción del estado de salud, como sobre la manifestación de síntomas de dependencia. A partir de los resultados de este estudio, se planteó la hipótesis de que, si las personas mayores y sus familiares contaran con las destrezas sociales necesarias para mantener dinámicas sociales y familiares más positivas, y de las herramientas para promover la autonomía en sus miembros, incidiría sobre la calidad de las relaciones y de los cuidados en las primeras etapas de la dependencia, generando mejores resultados en la percepción de su estado de salud, en la motivación y bienestar psicológico de los miembros de la familia, repercutiendo, finalmente, sobre la manifestación efectiva de síntomas de salud somática y cognitiva.

En el marco del trabajo de investigación realizado por el Grupo de Investigación y Formación Educativa y Social, que toma como referencia los estudios sobre familia, se identificaban diferentes investigaciones sobre adaptaciones de programas basados en la evidencia para la prevención de riesgos en familias con menores, jóvenes y adolescentes (Orte y Amer, 2014; Orte *et al.*, 2015; Orte *et al.*, 2016; Orte *et al.*, 2017; Orte y Ballester, 2018; Orte *et al.*, 2019) (entre los principales riesgos se identifica el desarrollo de conductas anti-sociales, delictivas, de riesgo para las relaciones afectivo-sexuales y/o de consumo).

No se habían planteado, aún estrategias para prevenir los riesgos imperantes en el desarrollo de las familias con personas mayores (los principales riesgos para el bienestar de las familias con personas mayores tienden a asociarse con la discapacidad, la enfermedad, la morbilidad, la cronicidad y/o la dependencia [Fiori *et al.*, 2019; Holt-Lundstad *et al.*, 2015; Liao *et al.*, 2019; Lowe, 2010; OMS, 2010; Orte *et al.*, 2017; Waldinger & Schulz, 2016]).

Se identificó que intervenciones anteriores diseñadas para progenitores con menores y dirigidas a la prevención/tratamiento de riesgos en la familia, habían demostrado evidencias de efectividad en la adaptación para familias con personas mayores (Borhani *et al.*, 2011; Farzami *et al.*, 2017; Tabari & Pedram, 2018; Vahedian-Azimi *et al.*, 2018).

La ley 39/2006 y diversos organismos de referencia en materia de personas mayores, envejecimiento, dependencia y cronicidad, citados en esta tesis doctoral, mencionaban y mencionan en la actualidad, la necesidad de implementar y de preconizar el diseño y la aplicación de medidas efectivas de promoción de la autonomía personal. Las carteras de recursos dirigidas a las personas con dependencia, habían estado cubriendo, en su mayoría, las necesidades de prevención terciaria -personas y familias que conviven con la dependencia- y, en menor medida, de prevención primaria -población sin riesgo- o secundaria -en riesgo, pero sin síntomas del problema-.

Se identificó que las medidas de promoción de la autonomía personal de ámbito nacional e internacional, se habían centrado en los programas para la mejora de la capacidad funcional (física, cognitiva, social y psicoafectiva) y en actuaciones para la superación de barreras que dificultan la vida independiente, principalmente.

Se identificaron actividades de ocio activo, de fomento de la lectura o de mantenimiento y rehabilitación cognitiva, para promover la capacidad funcional, y de servicios de salud física o servicios a domicilio, para superar las barreras para la vida independiente, pero no, en específico, para promover, desde la familia, la autonomía y bienestar individual de sus miembros.

Por otro lado, se incluyen también en la tesis, como pretexto del Programa, diversos argumentos acerca de los cambios inesperados que las situaciones de envejecimiento y dependencia generan en los núcleos familiares, y de las alteraciones que a menudo producen sobre las dinámicas y estabilidad familiar. Con el proceso de envejecimiento la red social se reduce, progresivamente, por circunstancias diversas como la jubilación, las pérdidas de seres cercanos y/o por situaciones incapacitantes, mientras que, los vínculos restantes, a menudo, familiares, tienden a ganar intensidad y relevancia para el adulto que se vuelve mayor.

Con frecuencia, se ha visto como las familias tienden a ver dificultada su cotidianeidad, frente a la falta de recursos para enfrentar estos cambios, por lo que los recursos de enfrentamiento y las destrezas de relación familiar en el envejecimiento tornan fundamentales para garantizar la funcionalidad en la calidad de los aportes de las relaciones familiares, generadores de calidad de vida para el adulto mayor.

Se han enumerado, a su vez, diferentes efectos beneficiosos que ejerce el apoyo social sobre la evolución de dolencias de origen diverso y se estudia la relación entre la edad, la dependencia y el apoyo social en el segundo artículo publicado en la “Revista Española de Salud Pública”. Por el conjunto de argumentos que evidencian la necesidad de preconizar las medidas de promoción de la autonomía personal, la relevancia de la familia en el envejecimiento, y las diferentes investigaciones y revisiones realizadas para definir las variables familiares y sociales de mayor incidencia en la dependencia y el envejecimiento, se decidió adaptar el Programa de Competencia Familiar en su versión universal para jóvenes y sus progenitores, a las personas mayores y a sus familiares.

Los resultados de la revisión de medidas promotoras de la autonomía en personas mayores y los argumentos teórico-políticos que dieron lugar al diseño del PCF-Auto, aparecen recogidos en el segundo capítulo de libro publicado por la Editorial Octaedro (Q1 en *Scholarly Publishers Indicators in Humanities and Social Sciences* [SPI]), titulado “La promoción familiar y social de la autonomía en adultos mayores, el Programa de Competencia Familiar-Auto” del libro “Educación familiar. Programas e intervenciones basados en la evidencia”.

El Programa de Competencia Familiar, ha demostrado en repetidas aplicaciones generar mejoras en las dinámicas familiares; mediante el trabajo y puesta en práctica en/de destrezas de relación familiar como la empatía, el manejo de las emociones, la comunicación, el asertividad, se consiguen promover efectivamente relaciones generadoras de bienestar y que optimizan la funcionalidad necesaria para garantizar el envejecimiento activo en el adulto mayor.

En este contexto, esta tesis doctoral, constituye una propuesta de innovación social y educativa para la promoción familiar de la autonomía personal de los adultos mayores. El PCF-Auto es innovador, internacionalmente, al dirigirse a trabajar sobre las relaciones familiares promotoras de la autonomía personal en adultos mayores.

Dada la eficacia demostrada en el PCF Universal para jóvenes y progenitores con sus 6 sesiones de aplicación, la metodología exposición, debate, actividad y actividades para el hogar (EDAH) y los contenidos de trabajo orientados a la mejora de las dinámicas familiares, se decidieron mantener, en el PCF-Auto, las 6 sesiones de trabajo, la mencionada metodología y las variables sobre las que inciden sus contenidos - comunicación, manejo de emociones como el enfado, asertividad-, aunque adaptados a la promoción familiar de la autonomía personal de adultos mayores.

Se trabajan sobre la prevención de los cuidados sustitutos, la asertividad para la prevención específica de la pérdida de autonomía, la comunicación familiar en contextos familiares que enfrentan situaciones de envejecimiento, entre otros contenidos y variables citados en los apartados de diseño del programa en la presente tesis doctoral.

Los resultados del diseño e implementación del primer pilotaje del PCF-Auto se pueden ver en el tercer artículo publicado en la “Revista Complutense de Educación” (Q2, SJR) titulado, “Innovación educativa y social en promoción familiar de la autonomía personal en adultos mayores: el PCF-U-Auto”. Es en este estudio donde aparecen los resultados estadísticos aplicados en las relaciones pre-post para cada una de las medidas acerca de la promoción efectiva de la autonomía personal y de la mejora de las dinámicas familiares generadas a partir de la aplicación del programa.

Relación con los objetivos de la tesis doctoral

Al comienzo de la tesis doctoral, se citaron los objetivos generales y específicos planteados para desarrollar durante estos cuatro años de doctorado. La relación entre cada uno de ellos, las acciones planteadas y su nivel de consecución demuestran la efectividad en las actividades realizadas en el marco de la tesis doctoral.

El primer objetivo general, y que justifica buena parte de los objetivos siguientes, fue el de *Implicar a las familias en la promoción de la autonomía personal individual de personas mayores, mediante el diseño, pilotaje (2) y validación del Programa de Competencia Familiar Universal-Auto (PCF-U-Auto en adelante) para unidades de convivencia constituidas por adultos mayores y familiares.*

Dada la identificación de las debilidades de las aplicaciones de las diferentes versiones del PCF en su versión original en relación al reclutamiento y a la retención, para conseguir implicar a las familias se consideró necesario plantear como primer objetivo específico el *Determinar las técnicas de implicación familiar de mayor eficacia para su aplicación en los Programas de Competencia Familiar.*

La selección efectiva de técnicas de implicación familiar, aparece en las revisiones sistemáticas publicadas, primero, en el libro publicado por la editorial Octaedro, *La Implicación Parental en los Programas de Competencia Familiar: Una Revisión Sistemática sobre Técnicas de Implicación*” y luego en “Social Work & Social Sciences Review”, *Strategies for family engagement in evidence-based programmes: A meta-synthesis of systematic reviews from a social casework approach.*

Estas dos primeras revisiones sistemáticas respondieron al primer sub-objetivo específico de *Búsqueda, selección y diseño de técnicas de implicación familiar (didáctica de la prevención)* que aparece dentro del segundo objetivo específico, *Llevar a cabo una revisión de la literatura existente en materia de diseño y evaluación de programas de prevención* y al tercer objetivo específico relativo a *Elaborar una búsqueda, selección y creación de incentivos para prevenir, reducir y controlar la*

pérdida de familias en el programa y para asegurar la implicación de los profesionales (trabajadores sociales, formadores, otros equipos).

Este tercer objetivo, se planteó una vez definidas las técnicas de implicación familiar de mayor eficacia para los Programas de Competencia Familiar, en sus diferentes versiones, y se cumplió para dar lugar al diseño del PCF-Auto. Se planteó para que, tras seleccionar las técnicas de implicación familiar más efectivas para los PCF, en todas sus versiones, se seleccionaran las técnicas de implicación familiar que mejor se adaptaran a las características y especificidades de la población diana del PCF-Auto.

En relación al segundo objetivo general, relativo a *investigar sobre las estrategias que promuevan el empoderamiento individual de personas mayores y la resiliencia familiar de su entorno*, se investigó en dos sentidos: en primer lugar, se realizó un diagnóstico de las necesidades sociales y familiares de las personas mayores con dependencia que residen en el entorno familiar. Sus resultados aparecieron publicados bajo el título *Análisis de conglomerados en la definición de perfiles de mayores con dependencia en Palma de Mallorca: relación entre salud, apoyo social y dependencia* realizada en la “Revista Española de Salud Pública”.

Con esta investigación se pretendió dar respuesta al primer objetivo específico, de nuevo, sobre *Llevar a cabo una revisión de la literatura existente en materia de diseño y evaluación de programas de prevención*, pero en relación al sub-objetivo específico segundo, relativo a *Definición del perfil sociodemográfico, de salud, de apoyo social y de dependencia de las personas con dependencia para adaptar el diseño del programa a sus necesidades*.

Esta investigación configuró el diagnóstico de la situación de las personas en situación de dependencia, reflejando la carencia de la dimensión social real en la medición del baremo de valoración de dependencia, teniendo en cuenta que dicha investigación demostró el efecto de la calidad de las relaciones sociales en general, y en específico, familiares, sobre la salud somática o biológica y psicológica y por tanto, sobre las situaciones de dependencia -los peores estados de salud y las peores percepciones de salud, determinan una mayor presencia de síntomas de dependencia.

El segundo sentido que tomó la investigación para tratar de responder al mismo objetivo general, relativo a *investigar sobre estrategias de empoderamiento individual y familiar*, tuvo que ver con la necesidad de identificar medidas de promoción de la autonomía individual, desde la intervención familiar. Para ello, se procedió a realizar dos investigaciones más: la *revisión de planes, programas, proyectos, protocolos, guías y manuales tanto nacionales e internacionales en materia de promoción de autonomía para personas mayores*, por un lado, para confirmar y/o descartar los objetivos inicialmente planteados para el diseño del PCF-Auto, a partir de las necesidades sociales que se identificaron en el primer estudio de la Revista Española de Salud Pública, así como para valorar la inclusión de nuevos objetivos identificados en la revisión.

En segundo lugar y una vez claros los objetivos que se pretendían conseguir con la aplicación del PCF-Auto, se realizó la revisión sistemática exploratoria en *Scopus* para cada uno de los 28 objetivos específicos (n=28) planteados. Esta revisión sirvió, específicamente, para materializar los contenidos específicos de promoción de autonomía personal necesarios a partir de las intervenciones basadas en la evidencia identificadas en la revisión.

Sus resultados aparecen narrados en el capítulo de libro *La promoción familiar y social de la autonomía en adultos mayores: el Programa de Competencia Familiar-Auto*, segundo capítulo de libro de la tesis publicado en el segundo libro de la editorial Octaedro y que responde al objetivo general segundo sobre *Investigar sobre las estrategias que promuevan el empoderamiento individual de personas mayores y la resiliencia familiar de su entorno e identificar estrategias de promoción del envejecimiento activo desde el enfoque centrado en las familias, mediante estrategias de afrontamiento individual y familiar para implementarlas en el PCF-Auto*, objetivo específico segundo, por tercera vez, sobre *Llevar a cabo una revisión de la literatura existente en materia de diseño y evaluación de programas de prevención pero relacionado con el tercer sub-objetivo, Búsqueda, selección y diseño de variables de trabajo en la dinámica familiar para promover la autonomía individual*.

El diseño y resultados del primer pilotaje del PCF-Auto y la aplicación y evaluación de las técnicas de implicación familiar definidas en las dos primeras revisiones sistemáticas, aparecen definidos en el artículo *Innovación educativa y social en promoción familiar de autonomía persona en adultos mayores: el PCF-U-Auto* de la Revista Complutense de Educación, y en respuesta al objetivo específico tercero, sobre *Elaborar una selección y creación de incentivos para prevenir, reducir y controlar la pérdida de familias en el PCF-Auto y para asegurar la implicación de los profesionales (trabajadores sociales, formadores, otros equipos) en el PCF-Auto*.

También aparecen los resultados que midieron la eficacia de la intervención sobre la mejora de las dinámicas familiares y de las dinámicas promotoras de la autonomía personal, y que reflejan las labores realizadas para el cumplimiento del objetivo específico cuarto sobre *Diseñar, implementar y evaluar el primer pilotaje del PCF-Auto*.

Un continuo de investigaciones y publicaciones que, en su conjunto, contribuyeron al cumplimiento del último objetivo específico marcado en esta tesis doctoral, que se materializó en *Participar en la difusión de los resultados para conseguir la implicación familiar en los Programas de Competencia Familiar y en la difusión de los resultados del diseño y validación del PCF-U-Auto como estrategia de implicación familiar para la prevención de las situaciones de dependencia*, en relación al objetivo general *Difundir los resultados del diseño, implementación y evaluación del PCF-Auto y del impacto generado sobre la intervención, a partir de la selección y aplicación de las técnicas de implicación familiar seleccionadas mediante revisiones sistemáticas en bases de datos sobre intervenciones anteriores, basadas en evidencias, y aplicadas en el PCF-Auto*.

Con la relación planteada se confirmó la hipótesis inicial de trabajo, H1, en la que se afirmaba que *La aplicación de técnicas de implicación familiar, seleccionadas por haber demostrado evidencias de eficacia y/o efectividad, en los Programas de Competencia Familiar, mejorará la asistencia de las familias a las sesiones del programa, su implicación y, como resultado, la eficacia e impacto de la intervención*, pues el PCF-Auto ha presentado tasas de asistencia y retención familiar positivas.

En segundo lugar, se confirmó también la segunda hipótesis inicial de trabajo, H1, que hipotetizaba que *Mediante las [variables](#) de trabajo del Programa de Competencia Familiar-Auto (ver variables que aparecen en el apartado sobre los objetivos del PCF-Auto, hipervinculado en “variables”), se espera contar con una mejora de las dinámicas familiares positivas (bloque 1 de objetivos), de las competencias de fomento de la autonomía de sus miembros (bloque 2 de objetivos)*,

de las habilidades conductuales y vitales (bloque 3 de objetivos), de las habilidades sociales (bloque 4 de objetivos), y la reducción efectiva de la pérdida de funciones, en relación a la toma de decisiones sobre las actividades básicas de la vida diaria [ABVD] (bloque 5 de objetivos), pues el PCF-Auto consiguió, efectivamente, mejorar las dinámicas familiares positivas, las competencias de fomento de la autonomía de sus miembros y reducir, efectivamente, la pérdida de funciones en relación a la toma de decisiones sobre las actividades básicas de la vida diaria.

Por lo tanto, en relación a los [objetivos específicos](#), se realizaron, en primera instancia, las revisiones sistemáticas sobre técnicas de implicación familiar (*objetivo 1.1. Búsqueda, selección y diseño de técnicas de implicación familiar*) (*didáctica de la prevención*). En segundo lugar, el estudio sobre la población con dependencia y sus familiares en las Islas Baleares (*1.3. Definición del perfil sociodemográfico, de salud, de apoyo social y de dependencia de las personas con dependencia para adaptar el diseño del programa a sus necesidades*). En tercer lugar, la revisión de la literatura sobre planes, programas, proyectos, protocolos y guías a nivel nacional e internacional para identificar estrategias familiares de prevención de la dependencia en adultos mayores (*1.2. Búsqueda, selección y diseño de variables de trabajo en la dinámica familiar para promover la autonomía individual*).

Una vez definidas las áreas sobre las que incidir para promover la autonomía en el ámbito familiar, la investigadora procedió a la formación en el diseño y evaluación de programas de prevención universal, y para la implementación, de la mano de sus directores de tesis con amplia experiencia en el diseño y evaluación de programas basados en la evidencia, se efectuaron, de nuevo bajo la supervisión de los directores de tesis, medidas para difundir el programa a los servicios para la atención de la dependencia en las Islas Baleares; también se realizó una lectura en profundidad de las técnicas que generan implicación familiar y se realizaron las dos revisiones sistemáticas al respecto para la selección efectiva de técnicas para la mejora de la participación en los programas de competencia familiar.

A la hora de diseñar el programa, se contemplaron las técnicas de implicación familiar identificadas en la literatura por su eficacia, y se implementaron en el pilotaje del PCF-Auto. Se pueden identificar en los manuales del programa (*2. Elaborar una búsqueda, selección y creación de incentivos para prevenir, reducir y controlar la pérdida de familias en el programa y para asegurar la implicación de los profesionales [trabajadores sociales, formadores, otros equipos]*).

En relación a la aplicación piloto, la investigadora en formación, organizó las sesiones y fue quien seleccionó los centros para la aplicación del pilotaje del PCF-Auto; proporcionó el soporte logístico necesario a las formadoras (transporte, materiales, meriendas...) y contempló la necesidad de implementar incentivos materiales en las sesiones para fomentar la participación familiar (regalo de obsequios para reforzar los resultados positivos en las familias: colgador de nevera, meriendas o posters del árbol de la vida [ver [manual de implementación](#)]).

También se procuró el seguimiento y la supervisión de las familias, para garantizar la continuidad de la asistencia e implicación en las sesiones, mediante llamadas telefónicas, mensajes y la atención a las necesidades individuales. Finalmente, se procedió a difundir los resultados tanto de técnicas de implicación familiar como del pilotaje del PCF-Auto a la comunidad empírica.

Muestra de ello son el compendio de publicaciones que forman parte de la presente tesis doctoral o la presentación de los resultados de las revisiones sistemáticas en el *II Congreso Virtual Iberoamericano* y *IV Congreso Virtual Internacional sobre Recursos Educativos Innovadores (CIREI 2018)* y de los resultados del PCF-Auto, en el *VII Congreso Internacional Dependencia y Calidad de Vida “Integración: de modelos a resultados”*.

Los resultados del programa se difundieron en los congresos, en libros y en revistas científicas, además de en redes sociales como *Twitter*, *Researchgate* o *Academia*. También en los *Anuaris d’Envel·liment*, realizados anualmente por el equipo investigador, con la colaboración de las diferentes entidades de Baleares que trabajan en el ámbito del envejecimiento, para difundir las investigaciones, intervenciones y el estado más actual de los trabajos con personas *mayores (Objetivo 4. Participar en la difusión de los resultados para conseguir la implicación familiar en los Programas de Competencia Familiar y en la difusión de los resultados del diseño y validación del PCF-Auto como estrategia de implicación familiar para la prevención de las situaciones de dependencia)*.

El PCF-Auto ha demostrado resultados de evaluación positivos sobre la evitación de riesgos para la autonomía por medio del desarrollo de competencias familiares y de destrezas de relación social. De entre los resultados, destaca la eficacia del PCF-Auto en la mejora de las relaciones familiares y de los recursos de enfrentamiento familiar frente a los cambios del envejecimiento y de las posibles situaciones de dependencia.

En cuanto a las estrategias de implicación familiar, se identificaron algunos desafíos relacionados con las características sociodemográficas de la muestra, mientras que destacó el papel del formador como elemento clave para garantizar la implicación de las familias participantes -trabajadoras sociales PIA con amplia experiencia en el trabajo con familias de personas mayores-.

La implicación de las formadoras y el uso de incentivos permitió generar el clima grupal necesario para garantizar el compromiso de las familias en la asistencia y ejecución de actividades de las sesiones; en cualquier caso, se requiere el planteamiento de estrategias para mejorar la ejecución de las prácticas para casa, y para mejorar la asimilación de los contenidos de la sesión 3.

Las familias mostraron altos niveles de satisfacción con el programa e incluso gran parte de la muestra solicitó una segunda aplicación del PCF-Auto dada la utilidad y aplicabilidad de sus contenidos. A modo de limitación, es posible indicar la falta de disponibilidad de un grupo control que permitiera comparar la evolución de los resultados entre el grupo experimental, de aplicación del PCF-Auto y el grupo control, de no aplicación.

Limitaciones

Han sido diversas las limitaciones que enfrentó esta tesis doctoral. En relación a las revisiones sistemáticas, aparece al final de cada artículo las limitaciones propias que enfrentó cada revisión, como, por ejemplo, el limitar el análisis a artículos de revista ya que, probablemente, se excluyeron publicaciones con potenciales contribuciones para el tópico de estudio.

En relación a la revisión de medidas para la promoción de la autonomía personal y al vaciado de la base de datos *Scopus*, por objetivo planteado en el programa, la principal limitación reside en la falta de análisis de los criterios de calidad de cada uno de los artículos revisados y posterior vaciado para su publicación.

La identificación de autores de referencia que pudieran haber mostrado mayores tendencias de publicación en el tema, hubiera podido servir para realizar un rastreo de publicaciones del mismo que no aparecieran en la base de datos y servir para enriquecer los contenidos del programa. En cuanto al diseño del PCF-Auto, contó con la limitación de plantearse, a priori, para contar con un grupo experimental de aplicación y un grupo control, para contrastar la eficacia de los resultados de la aplicación. No obstante, no se dispuso, finalmente, del grupo control de aplicación.

Otra limitación en cuanto a las implementaciones del PCF-Auto fue la imposibilidad de aplicar el segundo pilotaje. Se planteó dicha necesidad para corroborar y dar mayor validez a los resultados de la primera aplicación del programa. No obstante, a pesar de iniciarse las aplicaciones en Inca y en Manacor -faltaba comenzar con los grupos de Palma, dadas las dificultades para seleccionar las familias que tuvieran disponibilidad para acceder a las 6 sesiones o que presentaran la posibilidad para poder acceder conjuntamente -persona mayor y familiar- a las mismas-, se tuvieron que ver interrumpidas en una segunda sesión a raíz de la declaración del estado de alarma en España, el 14 de marzo de 2020, por la pandemia de COVID-19.

Por ende, el programa contó con la limitación de no disponer de versión en línea y de App móvil, que permitiera dar continuidad a los contenidos del mismo; propuesta realizada a partir del primer pilotaje del PCF-Auto para mejorar el seguimiento de las participantes. Se continúa requiriendo, en primer lugar, de la división de la sesión 3 en dos para mejorar la integración de los contenidos trabajados en la misma y de un segundo pilotaje para dar mayor validez a los resultados.

Implicaciones prácticas y políticas

La configuración de la LAPAD entorno a las prestaciones que otorga para dar reconocimiento a los derechos de las personas con dependencia, ha enturbiado su finalidad de participación social y de inclusión, para la promoción de la autonomía real de los colectivos a los que se dirige, acentuando sus procesos de desvinculación social; las personas mayores, las personas mayores con dependencia y/o con discapacidad, constituyen uno de los colectivos de mayor riesgo de exclusión social. Mientras tanto, la excesiva carga de responsabilidad de los cuidados otorgada a la solidaridad familiar o intergeneracional, ha venido siendo una sustitución financiada, precariamente, de la acción protectora que debiera estar en manos del estado. De hecho, España se sitúa al final de la cola de los países de la UE, en cuanto al gasto social de apoyo familiar.

Las carencias en las responsabilidades públicas han acentuado la sobrecarga de las mujeres y han actuado, adversamente, sobre sus posibilidades de bienestar y de desarrollo personal al tener que dedicarse a los cuidados de los miembros de la familia que lo requieran. Como se ha podido identificar en los primeros apartes de esta tesis doctoral, imperan las necesidades de implementar medidas reales de promoción de la autonomía en el ámbito familiar, lo que serían las medidas efectivas de apoyo familiar - la PECEF diseñada como medida de apoyo familiar ha terminado por tener efectos de exclusión en las mujeres y ser generador de múltiples problemas en los diferentes hogares y familias-.

Su preconización se ha indicado en varios preceptos normativos, políticos, sociales y sanitarios, lo que indica que tanto personas como familias requieren destrezas para poder afrontar exitosamente la llegada a esta etapa del ciclo vital.

Por un lado, la insuficiencia en el modelo español (han sido constantes los titulares acerca de la desprotección de una buena parte de las personas con dependencia que, tratando de entrar en el sistema de protección y ver ejercidos sus derechos, no lo consiguen), genera la falta de disponibilidad de fondos y de medidas que podrían girar en torno a unos servicios de atención al envejecimiento y a la dependencia con, además, un gran potencial para generar empleo. Por otro lado, la provisión de fondos a la implementación de medidas de apoyo económico aislado, y no de medidas que mejoren la capacidad de la sociedad para enfrentar sus dificultades, también ha tenido sus repercusiones sobre la disponibilidad presupuestaria.

La dependencia cuesta en torno a 11.400 millones de euros (previsión 2020), con 1,1 millones de personas beneficiarias con derecho efectivo (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda, 2030, 2020), con tendencia al alza pues el INE prevé que más de 12 millones de españoles superen los 65 años -en la actualidad son 9 millones-. De este modo y por su configuración actual, la financiación resulta insuficiente; causa de que los derechos que reconoce no puedan efectuarse.

La atención a la dependencia recae y ha recaído de manera tradicional sobre las familias, por la falta de servicios públicos destinados a los cuidados de las personas con dependencia. Este trabajo invisible supone el 30% más de dedicación que una jornada laboral completa y en el 80% de los casos, es realizado por mujeres, lo que equivaldría a 28 millones de empleos directos (Durán, 2019). Se identifican cerca de 540.000 personas que trabajan en el sector de la dependencia, de las que 330.000 lo hacen en centros de día y residencias y 210.000 en servicios sin alojamiento (CC.OO., 2019). Este nicho de empleo, de potenciarse, incrementaría la rentabilidad del sistema, pues la dependencia es de las inversiones públicas que mayor trabajo generan (por 1 millón de euros de gasto se pueden crear 38 puestos de trabajo de calidad).

Si en vez de escoger la ayuda para cuidados en el entorno familiar, se optara por acudir a un centro de día para promover efectivamente la autonomía personal, se requerirían 150.000 nuevos empleos a tiempo completo para poder satisfacer la demanda. Mayores beneficios y ahorro supondrían el apostar por intervenciones de promoción y prevención personal y familiar, en vez de apostar por las intervenciones de tratamiento de problemáticas ya surgidas, de manera aislada. Las prestaciones como la PECEF, tienden a generar dependencia y cronicidad en la población beneficiaria sobre el sistema. Mientras tanto, la falta de intervenciones de promoción y prevención, incrementa el volumen de personas con necesidades de apoyo y/o genera que las personas requieran apoyo desde edades más tempranas, por un lado, y por otro, la falta de medidas sociales y educativas que permitan maximizar los recursos personales y familiares, limita las posibilidades de que la sociedad, consiga en su hogar, enfrentar autónomamente los cambios.

En este sentido, la apuesta por intervenciones y programas basados en la evidencia permite la aplicación de productos con garantías de eficacia; se requiere mayor investigación y práctica en el ámbito de las personas mayores y de las familias con personas mayores para generar intervenciones basadas en la evidencia que permitan mejorar su calidad de vida y evitar la cronicidad de las intervenciones profesionales y de las ayudas y prestaciones estatales.

Por otro lado, y para atender a las necesidades de las personas con dependencia que prefieren mantenerse en el hogar, se debe potenciar el tele asistencia, para atender las necesidades imprevistas e inmediatas de las personas con dependencia por parte de personal contratado para tal fin, sin que dependa, en exclusiva, del apoyo informal; incrementar las horas de atención en el Servicio de Ayuda a Domicilio, medida de atención comunitaria que podría verse ampliada mediante la redistribución de los recursos económicos disponibles para el sistema de la dependencia.

Además, en esta tesis doctoral, se identificó la necesidad de diseñar medidas de educación para el mantenimiento de la salud, para mejorar la calidad de vida aclamada por la longevidad, ya conseguida por medio de las mejoras en los servicios sanitarios y de la industria farmacéutica. Hemos visto, también, cómo la naturaleza estrictamente económica de la mayor parte de las prestaciones, ha acentuado los efectos de las necesidades educativas y sociales de las situaciones de dependencia sin cubrir, en los hogares.

Personas mayores que, al obtener el apoyo y los cuidados de terceros sin la necesaria adquisición de destrezas sociales y educativas para tal fin, ven acelerado su proceso de deterioro de su salud y autonomía por los efectos de los *cuidados sustitutos* y por la *baja calidad de los cuidados y apoyo social* relacionada con la *sobrecarga del cuidador* quien, a menudo, a pesar de contar con este apoyo económico, *carece de apoyo social y educativo*, de recursos y de destrezas para afrontar exitosamente el reto de cuidar con eficacia, con todas las finalidades y responsabilidades que ello contrae, en igual medida que el adulto que se vuelve mayor.

También ha acentuado el sector de mujeres cuidadoras, el sector de mujeres mayores cuidadoras, con sus síntomas incipientes, también de salud, por edad, y el sector de mujeres que tienen que dejar de trabajar para cuidar del adulto que se vuelve mayor y dependiente; feminización que aparece, de nuevo, reflejada en los resultados de las investigaciones de esta tesis doctoral. En definitiva, un conjunto de evidencias que han mostrado que la finalidad promotora de autonomía personal, no familiar, que enuncia la LAPAD, se ha visto, en gran medida, incumplida.

Las familiares convivientes de las personas en situación de dependencia, han manifestado, síntomas psicológicos, físicos y sociales que evidencian una falta de apoyo educativo y social que requiere de especial atención. También se ha observado una fragmentación en la atención dada; por un lado, se han identificado y se identifican en la actualidad los servicios sanitarios dirigidos a paliar los síntomas de salud de las personas mayores con dependencia y, por otro lado, las medidas de protección social, a menudo, insuficientes, por diversas causas.

Hemos visto varios estudios que identifican la relación entre los síntomas que indican la falta de apoyo social, tanto en cuidadoras como en personas mayores, y su incidencia sobre los síntomas de salud “somática”, refiriéndonos a los componentes corpóreos y orgánicos del ser humano. Se identifica que, tanto mayores experimentan peor la salud, por la ausencia de apoyo social, ocasionada por la soledad o por el apoyo familiar ineficaz, y personas cuidadoras que, a menudo ven deteriorar su estado de salud, por la sobrecarga que supone el hecho de que los cuidados recaigan sobre una misma persona; hecho que contribuye a la falta de eficacia de los cuidados. Tanto la jubilación como la vejez (etapas del ciclo vital), o la dependencia (elemento de cambio en la naturaleza de la provisión de necesidades de la persona que la comience a padecer), generan cambios en la persona y de la persona en relación a su entorno.

Se requiere de mayor atención a las familias, por un lado, para que enfrenten efectivamente los cambios de la dependencia y, por otro, una mayor coordinación socio-sanitaria para paliar los efectos derivados de la desfragmentación en las atenciones y los efectos que ocasiona sobre la salud de las personas y familias las carencias de una atención social y/o sanitaria eficiente y complementaria.

Se requieren ambas para enfrentar con la mayor salud social y somática posible los cambios derivados del envejecimiento y la dependencia. Ambas, fundamentales para garantizar la autonomía y dignidad en el individuo y de los miembros de la familia; autonomía fundamental para preservar la autoestima, el autoconcepto, necesaria para preservar el derecho de las personas de poder tomar las decisiones que afectan a su vida personal, de vivir donde deseen y de recibir los cuidados por parte de quienes deseen; y la dignidad, necesaria para preservar la individualidad que a menudo se pierde en el concepto de “personas mayores” o de “personas dependientes”, atentada principalmente por los estereotipos y prejuicios otorgados a la etapa del final de la vida y, por las situaciones de soledad y de maltrato, a menudo invisibilizadas.

El constructo “maltratar” no solo connota la imagen propia de manifestaciones visuales de maltrato físico, como puedan servir de ejemplo, los zarandeos, golpes o la ausencia de cuidados eficaces, por un lado, y/o verbal, como puedan ser los gritos, amenazas o ridiculizaciones; la sustitución de la persona mayor en las decisiones que pueda efectivamente tomar, o en acciones motoras que pueda ejecutar, aunque le conlleve más tiempo, también son situaciones que se engloban dentro de este constructo, por faltar a los conceptos de autonomía y dignidad, necesarios para garantizar el bienestar y calidad de vida. Hechos que, por mi experiencia -aunque breve- como valoradora de dependencia, y por el hecho de haber tenido a mi madre y a mi tía durante veinte años efectuando los cuidados a mi abuela Antonia (grado III de dependencia hasta su fallecimiento), a menudo ocurren en los hogares.

Las familias pueden sentir que, contrariamente, faltan a su familiar mayor cuando no lo apoyan a la hora de cortar la comida cuando su capacidad motora fina comienza a fallar, cuando no lo apoyan a la hora de ponerse un jersey al presentar dificultades para levantar sus brazos y ejecutar autónomamente la acción, cuando le cuesta coger el teléfono para llamar a su médico y pedir cita o a la hora de escoger cualquier adorno para la casa, por las dificultades comunicativas que puedan tener.

No obstante, mientras la persona mayor mantenga la capacidad, aunque presente altos niveles de dificultad en la ejecución, deberá realizar la acción con la mayor autonomía posible, aunque le cueste más tiempo que si lo hiciera alguien con mayor capacidad, dado que toda destreza que a ciertas edades se deje de realizar, se pierde. La musculatura y señales nerviosas enviadas por el cerebro se atrofian por su desuso; acciones que luego resulta prácticamente imposible volver a recuperar. Lo mismo sucede con las personas cuidadoras. Para cuidarse, es necesario que mantengan su autonomía. De no cuidarse, el deterioro de la salud mental, física y social, tendrá repercusiones sobre la calidad de los cuidados que efectúe. Deberá salir y relacionarse con quien desee, aunque la persona mayor con o sin dependencia de algún modo recrimine la conducta de su cuidadora o, aunque la misma persona cuidadora sienta que falta a su deber de cuidar por tener que realizarlo. Deberá mantener sus actividades de baile, pintura; cual sea su actividad de ocio, aunque sus familiares le soliciten justo en ese momento apoyo.

Deberá saber pedir apoyo cuando lo necesite, coordinarse con sus familiares, allegados, vecinos o profesionales. En suma, un conjunto de destrezas de relación familiar, que, si se adquieren previo al inicio de las situaciones de dependencia, pueden permitir retrasar la aparición de sus síntomas y generar un clima familiar empoderado y positivo. Destrezas todas ellas contempladas en el Programa de Competencia Familiar Auto presentado en esta tesis doctoral.

Líneas de futuro

Se propone la realización de replanteamiento de las sesiones para dar lugar a una nueva versión del PCF-Auto de siete sesiones, que permita una mejor adaptación en la provisión de los contenidos y actividades de la formación, a los tiempos que requieren las personas mayores y sus familiares/cuidadoras/es. También la creación de una App móvil que permita dar un mayor alcance al seguimiento de las familias entre sesiones, para maximizar la adherencia, la ejecución de actividades en el hogar y mejorar la personalización en la atención de necesidades individuales. Se pretende el desarrollo de estas propuestas de intervención dentro de un futuro investigador cercano, para dar lugar a las mejoras necesarias para que el PCF-Auto pueda ser replicado e implementado en diferentes lugares, tanto a nivel nacional como internacional.

Por otro lado, se requiere mayor investigación acerca de las estrategias comunitarias que permitan acompañar las estrategias del PCF-Auto en la promoción familiar de la autonomía personal. También se plantea la necesidad de desarrollar mayor investigación acerca de las estrategias de coordinación socio-sanitaria para dar una mayor eficacia y eficiencia a las intervenciones de promoción real de la autonomía personal con personas mayores.

Finalmente, indicar que se requieren cambios en las medidas educativas implementadas desde las primeras etapas de desarrollo infantil, para dar lugar a una promoción real de la autonomía personal y familiar. Para ello, es necesaria la adopción temprana de un estilo de vida que permita retardar el alcance de las situaciones de dependencia en etapas posteriores del ciclo vital, por un lado, y realizar un cambio cultural en relación a los estereotipos arraigados a la vejez, que permitan dar un mayor alcance a los modelos sociales de atención al envejecimiento y equipararse, así, a los modelos médicos y tradicionales de atención a los más mayores. De este modo, será posible crear una sociedad con capacidad para ver las oportunidades vitales, las posibilidades de desarrollo y las potencialidades que tiene el llegar a la vejez.

Cierre

La principal aportación de esta tesis doctoral ha sido el diseño y validación del PCF-Auto, como instrumento para la prevención familiar de la dependencia en adultos mayores. El desarrollo de la misma ha permitido dar lugar a la transmisión efectiva de estrategias de mejora de la dinámica familiar positiva y a la prevención de los efectos que la carencia de apoyo social ejerce sobre los adultos mayores. También ha servido para fomentar las estrategias de promoción de autonomía en el ámbito familiar y para demostrar evidencias de efectividad en la generación de cambios para mejorar, en la práctica real, tanto el bienestar como la calidad de vida en adultos mayores; clave principal para la que se decidió encauzar el diseño del Programa de Competencia Familiar Auto (PCF-Auto) y a la que se da respuesta en esta tesis doctoral.

REFERENCIAS

- Abellán, A., Aceituno, P., Pérez, J., Ramiro, D., Ayala, A. y Pujol, R. (2019). *Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos*. Informes Envejecimiento en Red. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>
- Acedo, C. y Gomila, A. (2013). Confianza y cooperación. Una perspectiva evolutiva. *Contrastes. Revista Internacional de Filosofía, Suplemento 18*, 221-238. <https://doi.org/10.24310/Contrastescontrastes.v0i0.1169>
- Agencia Estatal, BOE 286 (2009). *Instrumento de Ratificación del Tratado por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea y el Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea, hecho en Lisboa el 13 de diciembre de 2007, 286, I Disposiciones Generales*, 27 de noviembre de 2009, 100309-100500. [https://www.boe.es/eli/es/ai/2007/12/13/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/2007/12/13/(1))
- Alavi S & Jannatifard F. (2012). Relationships Between Perceived Social Support And Self-Esteem In The Carpet Knitter Of Naeen's Villages. *Iran Occupational Health*, 9(1), 1–8. Recuperado de <http://ioh.iums.ac.ir/article-1-703-en.html>
- Alguacil, R. (2019). El envejecimiento activo, en contrapunto al envejecimiento patológico, resalta aspectos positivos y del desarrollo en el ciclo vital. <https://www.geriaticarea.com/2019/06/05/el-envejecimiento-activo-en-contrapunto-al-envejecimiento-patologico-resalta-aspectos-positivos-y-del-desarrollo-en-el-ciclo-vital/>
- Andrew, M. K. (2005). Social capital, health, and care home residence among older adults: A secondary analysis of the health survey for England 2000. *European Journal of Ageing*, 2(2), 137–148. <https://doi.org/10.1007/s10433-005-0031-8>
- Araujo, I., Jesus, R., Araujo, N. y Ribeiro, O. (2017). Perceção do apoio familiar do idoso institucionalizado com dependência funcional. *Enfermeria Universitaria*, 14(2), 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.003>
- Arber, S. (2004) Gender, marital status, and ageing: Linking material, health and social resources. *Journal of Aging Studies*, 18, 91-108. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2003.09.007>
- Arezzo, M. F. & Giudici, C. (2015). Social capital and self-perceived health among european older adults. *Social Indicators Research Journal*, 130, 665-685. <https://doi.org/10.1007/s11205-015-1195-z>
- Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2020). Febrero 2020 XX dictamen del observatorio. Recuperado de https://www.directoressociales.com/images/documentos/dictamenes/XX_Dictamen/INF_O%20GLOBAL%20XX%20DICTAMEN%203-3-20_compressed.pdf
- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *Gerontologist*, 29(2), 183-190. <https://doi.org/10.1093/geront/29.2.183>
- Atchley, R. C. (1999). *Continuity and adaptation in aging. Creating positive experiences*. J. Hopkins University Press.
- Axford, N. Lehtonen, M. Kaoukji, D. Tobin, K. & Berry, V. (2012) Engaging parents in parenting programs: Lessons from research and practice. *Children and Youth Services Review*, 34, 2061–2071. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.06.011>

- Ball, M.M., Perkins, M.M., Whittington, F.J., Hollingsworth, C., King, S.V. & Combs, B.L. (2000) Independence in assisted living. *Journal of Aging Studies*, 18, 467-483. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2004.06.002>
- Ballester, L., Valero, M., Orte, C. & Amer, J. (2020). An analysis of family dynamics: substance abuse prevention programme for adolescents. *European Journal of Social Work*, 21(3), 1-13. <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1473842>
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes, (Eds.) (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioural sciences* (pp.1-35). Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thoughts and actions*. Prentice Hall.
- Barceló, T., (2012). Las actitudes básicas rogerianas en la entrevista de relación de ayuda. *Miscelánea Comillas*, 70 (136), 123-160. Recuperado de <https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/view/722/598>
- Baron-Cohen, S., (2012). *Empatía Cero: Nueva teoría de la crueldad*. Alianza.
- Basegio, M., Bettinelli, L.A. & Lorenzini, A. (2011). Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. *Revista Brasileira de Enfermagem* 64(5), 958-962. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500024>
- Bellamy, G. & Gott, M. (2013). What are the priorities for developing culturally appropriate palliative and end-of-life care for older people? The views of healthcare staff working in New Zealand. *Health and Social Care in the Community*, 21(1), 26-34. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01083.x>
- Bellón, J.A., Delgado, A., Luna del Castillo, J.D. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 18(6), 289-296. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-cuestionario-funcion-familiar-apgar-familiar-14357>
- Bengoa, R. (2019). Edad&Vida: Alineando el reto, la respuesta y la política. En J.M. Via (Presidencia). *VII Congreso Dependencia y Calidad de Vida*. Simposio o conferencia llevado a cabo en el congreso. Fundación Edad&Vida, Barcelona.
- Berenschot, L. & Grift, Y. (2019). Validity and reliability of the (adjusted) impact on participation and autonomy questionnaire for social-support populations. *Berenschot and Grift Health and Quality of Life Outcomes*, 17(41), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1106-0>
- Berkman, L.E. & Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow up study of Alameda County residents. *American Journal Epidemiology*, 109, 11, 1070-1088. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx103>
- Berzosa, G. (2017). Personas con discapacidad en procesos de envejecimiento. Envejecer activo, viviendo los cambios con ilusión. Ponencia presentada en la Mesa Redonda sobre Envejecimiento Activo, organizada por la Fundación Gil Gayarre y Plena Inclusión, celebrada en febrero, Madrid.

- Bickel, H., Ander, K-H., Brönnner, M., Etgen, T., Gnahn, H., Gotzler, O., ... Förstl, H. (2012). Reduction of long-term care dependence after an 8-year primary care prevention program for stroke and dementia: the INVADE trial. *Journal of American Heart Association*, 1(4). <https://doi.org/10.1161/JAHA.112.000786>
- Birren, J. (1996). History of Gerontology. In J. Birren (ed.), *Encyclopedia of Gerontology. Age, Aging and the Aged*. Academia Press.
- Blanchard-Fields, F. (2007). Everyday problem solving and emotion: An adult developmental perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 16(1), 26–31. <https://doi.org/10.1111%2Fj.1467-8721.2007.00469.x>
- Bland, S., Krogh, V., Winkelstein, W. & Trevisan, M. (1991). Social network and blood pressure: a population study. *Psychosomatic Medicine*, 53, 6, 598-607. <https://doi.org/10.1097/00006842-199111000-00002>
- Blazer, D. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 115, 684-694. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113351>
- Bofill-Poch, S. (2018). Changing moralities: rethinking elderly care in Spain. *The Australian Journal of Anthropology*, 29, 237–24. <https://doi.org/10.1111/taja.12282>
- Bondareff, W (1980). Neurobiology of aging. In J. E. Birren & R. B. Sloane (Eds.), *Handbook of mental health and aging* (pp. 75-99). Prentice-Hall.
- Borhani, F., Kargar, M., Dortaj, E. & Sabzevari, S. (2011). The effect of family-centered empowerment model on quality of life of school-aged children with thalassemia major. *Iran Journal of Nurse Midwifery*, 16(4), 292-298. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3583099/>
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V. & Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNC functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients. *Medicine Care*, 26, 7, 709-723. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00005650-198807000-00006>
- Broom, A. & Kirby, E. (2013). The end of life and the family: hospice patients' views on dying as relational. *Sociology of Health & Illness*, 35(4), 499-513. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01497.x>
- Brueggen, K., Kasper, E., Ochmann, S., Pfaff, H., Webel, S., Schneider, W. & Teipel, S. (2017). Cognitive Rehabilitation in Alzheimer's Disease: A Controlled Intervention Trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 57, 1315-1324. <https://doi.org/10.3233/JAD-16077>
- Buhler, C. (1968). The developmental structure of goal setting in group and individual studies. In C. Buhler & F. Massarik (Eds.), *The course of human life* (pp. 27-54). Springer.
- Carrillo, G.M., Laguna, M. L., Janeth, O., Chaparro, L. y Carreño, S.P. (2021). Efecto de una intervención educativa para cuidadores familiares de personas con cáncer en cirugía. *Enfermería Global*, 20(61). <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.419811>
- Carstensen, L. L. (1992). *Motivation for social contact across life span: A theory of Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. Brunner
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165–181. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.54.3.165>

- Carstensen, L. L., Rosenberger, M. E., Smith, K. i Modrek, S. (2015). Optimizing health in aging societies. *A Public Policy & Aging Report*, 25(2), 38-42. <https://doi.org/10.1093/ppar/prv004>
- Carstensen, L., Fung, H. & Charles, S. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27(2), 103-123. <https://doi.org/10.1023/A:1024569803230>
- CDC (2020). *Alzheimer's disease and healthy aging. Soledad y aislamiento social vinculados a afecciones graves*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/aging/spanish/features/lonely-older-adults.html>
- CEAFA (2014). Estado del arte de la enfermedad de alzheimer en España. Recuperado de https://www.ceafa.es/files/2014/06/estado_del_arte-2.pdf
- Chan, M. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Resumen*. Organización mundial de la Salud.
- Consejo Económico y Social de la Comunidad de Castilla y León. (2010). *Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Aplicación de la Ley 39/2006 en Castilla y León*. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/cescyl-informe-01.pdf>
- Conselleria d'Afers Socials i Esports. Direcció General d'Atenció a la Dependència (2019). *Situació dependència*. Recuperado de <https://www.caib.es/sites/dgdependencia/f/301627>
- Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies. (2009). *Guía de buenas prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia*. Recuperado de https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/1.1_Residencias%20Mayores-Parte%20I.pdf
- Council of Europe (2010). Convenio europeo de derechos humanos. Council of Europe. https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_SPA.pdf
- Couture, M., Larivière, N. & Lefrançois, R. (2005). Psychological distress in older adults with low functional independence: A multidimensional perspective. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 101-111. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2004.12.004>
- Crampton, D. (2007). Research review: Family group decision-making: A promising practice in need of more programme theory and research. *Child and Family Social Work*, 12, 202–209. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2006.00442.x>
- Cumming, E. & Henry, W. E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. Basic Book.
- d'Hombres, B., Rocco, L., Suhrcke, M. & McKee, M. (2010). Does social capital determine health? Evidence from eight transition countries. *Health Economics*, 19, 1, 56–74. <https://doi.org/10.1002/hec.1445>
- da Gamma, J., Sánchez, L. y Ballester, L. (2018). *Porto com a referencia europea de l'envelliment actiu i saludable*. Anuari d'envelliment 2018.
- Dahan-Oliel, N., Gélinas, I. & Mazer, B. (2008). Social participation in the elderly: what does the literatura tell us? *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*, 20(2), 159-176. <https://doi.org/10.1615/CritRevPhysRehabilMed.v20.i2.40>

- Dapp, U., Anders, J., Meier-Baumgartner, H.P. & Renteln-Kruse, W.v. (2007). Geriatrische gesundheitsförderung und prävention für selbständig lebende senioren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40, 226-240. <https://doi.org/10.1007/s00391-007-0469-8>
- Dauphinot, V., Delphin-Combe, F., Mouchoux, C., Dorey, A., Bathsavanis, A., Makaroff, Z., Rouch, I. & Krolak-Salmon, P. (2015). Risk factors of caregiver burden among patients with alzheimer's disease or related disorders: a cross-sectional study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 44, 907–916. <https://doi.org/10.3233/JAD-142337>
- Dean, M. (2006). *Envejecer en el siglo XXI*. Boletín sobre el Envejecimiento. Perfiles y Tendencias 21.
- Del-Pino-Casado, R., Serrano-Ortega, N., López-Martínez, C. & Orgeta, V. (2019). Coping strategies and psychosocial distress in family carers of frail older people: a longitudinal study. *Journal Affective Disorders*, 1, 256-523. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.038>
- Díaz, M.E. (2014). *Promoción de la autonomía personal y social (cfs integración social)*. Altamar.
- Dishion, T. J. Connell, A. Weaver, C. Shaw, D. S. Gardner, F. & Wilson, M. (2008) The Family Check-Up with high risk indigent families: Preventing problem behavior by increasing parents' positive behavior support in early childhood. *Child Development*, 79, 1395–1414. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01195.x>
- Duke Center for the Study of Aging and Human Development (1978). Older americans resources and services. OARS: The method and its uses. Recuperado de <https://sites.duke.edu/centerforaging/services/older-americans-resources-and-services/>
- Dunér, A. & Nordström, M. (2007). The roles and functions of the informal support networks of older people who receive formal support: a swedish qualitative study. *Ageing & Society*, 27(1), 67-85. <https://doi.org/10.1017/S0144686X06005344>
- Durán, M.A. (2020). *La riqueza invisible del cuidado*. Universitat de València.
- Ekelund, C., Dahlin-Ivanoff, S. & Eklund, K. (2013). Self-determination and older people A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1–9. <https://doi.org/10.3109/11038128.2013.853832>
- Engel, B. (1993). Autonomic behavior. *Experimental Gerontology*, 28, 499-502. [https://doi.org/10.1016/0531-5565\(93\)90075-O](https://doi.org/10.1016/0531-5565(93)90075-O)
- Engström, M., Wadensten, B. & Häggström, E. (2010). Caregivers' job satisfaction and empowerment before and after an intervention focused on caregiver empowerment. *Journal of Nursing Management*, 18, 14-23. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01047.x>
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado* (edición revisada). Paidós.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. Norton.
- Erikson, E. R. (1959). *Identity and life cycle: Psychological issues I*. International Universities Press.
- Estatuto del Consejo de Europa (1998). Recomendación nº (98) 9 del comité de ministros a los estados miembros relativa a la dependencia. Recuperado de <https://sid.usal.es/docs/F3/LYN10476/3-10476.pdf>

- Eurofound (2016). Encuesta europea sobre calidad de vida 2016. Recuperado de <https://www.eurofound.europa.eu/es/surveys/european-quality-of-life-surveys/european-quality-of-life-survey-2016>
- European Commission (2018). The 2018 ageing report (Informe nº 065). European Commission. <http://envejecimientoenred.es/informe-sobre-envejecimiento-2018-comision-europea/>
- European Commission (2012). Active ageing. Recuperado de https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_378_en.pdf
- European Union Law (2012). Charter of fundamental rights of the European union. European Union. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT>
- Eurostat (2017). Radiografía de la soledad en la Unión Europea. Recuperado de <https://es.euronews.com/2017/06/29/cuales-son-los-europeos-que-estan-mas-solos>
- Eusko Jaurlaritza. (2016). Estrategia vasca de envejecimiento activo 2015-2020. Recuperado de http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ESTRATEGIAVASCA_2015.pdf
- Farzami, A., Heravi, M., Rejeh, N., Alhani, F. & Nia, S. (2017). The effect of family-centered empowerment model on quality of life in elderly patients with angina. *Payesh*, 16(6), 775-783. Recuperado de <http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-2049-en.html>
- Fernández Ballesteros, R.M., Zamarrón, M.D. y Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Fernández-Ballesteros, R. (1986). Hacia una vejez competente. En M. Carretero, A. Marchesi y J. Palacios (dirs.) *Psicología evolutiva, 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza Editorial.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Calidad de vida: Concepto y contribución. En: Adair, J., Belanger, D. y Dion, K. (Eds.), *Avances en la Ciencia Psicológica* (Vol 1). Sussex, UK: Psicología.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Social support and quality of life among older people in Spain. *Journal of Social Issues*, 58(4), 645-661. <https://doi.org/10.1111/1540-4560.00282>
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Psicología de la vejez. Comportamiento y adaptación*. Psicología Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Un nuevo paradigma en el estudio del envejecimiento. En Fernández-Ballesteros, R (Ed.), *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Psicología Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Positive aging: objective, subjective and combined outcomes. *A E-Journal of Applied Psychology*, 7, 22-30. <https://doi.org/10.7790/EJAP.V7I1.238>
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (1992). *Introducción a la evaluación psicológica*. Vol. I y II. Madrid: Ed. Pirámide. (50 Edición, 1996).
- Fernández-Ballesteros, R. y Zamarrón, M. D. (2007). *CUBRECAVI Cuestionario Breve de Calidad de Vida*. Madrid: TEA Ediciones.

- Fernández-Ballesteros, R., Bustillos, A., Santacreu, M., Schettini, R., Díaz-Veiga, P. & Huici, C. (2016). Is older adult care mediated by caregivers' cultural stereotypes? The role of competence and warmth attribution. *Clinical Interventions in Aging*, 11(5), 545-552. <https://doi.org/10.2147/CIA.S96235>
- Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón, M. D. & Caprara, M. G. (2007). Quality of life, life satisfaction and positive ageing. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Geropsychology. European perspective for an ageing world* (pp. 196-223). Hogrefe & Huber.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D. y Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. IMSERSO.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., Rudinger, G., Schroots, J. F., Hekkonen, E., Drusini, A., Paul, C., Charzewska, J. & Rosenmayr, L. (2004). Assessing competence: The European Survey on Aging Protocol (ESAP). *Gerontology*, 50(5), 330-347. <https://doi.org/10.1159/000079132>
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M., López, M., Molina, M., Díez, J., Montero, P., i Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647. Recuperado de <http://www.psicothema.es/psicothema.asp?id=3779>
- Ferreira, P. M. (2015). O Envelhecimento ativo em Portugal: tendências recentes e (alguns) problemas. *Revista Kairós: Gerontologia*, 18(19), 07-29. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2015V18IESPECIAL19P07-29>
- Figar, S., Galarza, C., Petrlik, E., Hornstein, L., Rodríguez, G., Waisman, G., Rada, M., Soriano, E. R. & Quirós, F. G. (2006). Effect Of Education On Blood Pressure Control In Elderly Persons: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Hypertension*, 19(7), 737-743. <https://doi.org/10.1016/j.amjhyper.2005.10.005>
- Figley, C. R., (1995b). *La compasión fatiga: Lidando con el trastorno de estrés traumático secundario en aquellos que tratan a los traumatizados*. Brunner / Mazel
- Fine, M. & Glendinning, C. (2005) Dependence, independence or inter-dependence? Revisiting the concepts of 'care' and 'dependency'. *Ageing & Society*, 25, 601-621. <https://doi.org/10.1017/S0144686X05003600>
- Fiori, F., Graham, E. & Feng, F. (2019). Household changes and diversity in housing consumption at older ages in Scotland. *Ageing & Society*, 39, 1, 161-193. <https://doi.org/10.1017/S0144686X17000873>
- Folland, S. (2007). "Does community social capital contribute to population health?" *Social Science & Medicine*, 64: 2342–2354. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.003>
- Formosa, M. & Galea, R. (2020). Critical educational gerontology at a senior center in Malta: possibilities and limitations for critical consciousness. *Educational Gerontology*, 46(2), 59-71. <https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1711587>
- Franco, D., Araújo, A., de Cássia, R., Oliveira, K., Toledo, E. & Tàmara, D. (2012). Nutritional status and epidemiological profile of elderly people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 22(1), 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.05.017>
- Fredrickson, B. L., & Carstensen, L. L. (1990). Choosing social partners: How old age and anticipated endings make people more selective. *Psychology and Aging*, 5, 335-347. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0882-7974.5.3.335>

- Fung, H. H., Carstensen, L. L., & Lang, F. R. (2001). Age-related patterns in social networks among European Americans and African Americans: Implications for socioemotional selectivity across the life span. *International Journal of Aging and Human Development*, 52, 185-206. <https://doi.org/10.2190%2F1ABL-9BE5-M0X2-LR9V>
- Gallo, J. (2011). *Dependencia y entorno residencial y familiar de las personas mayores de 75 años que viven solas: autopercepción y comportamiento* (tesis doctoral). Universitat de les Illes Balears, Illes Balears.
- García, A. J. y García, M. A. (2013). Nuevas formas de envejecer activamente: Calidad de Vida y Actividad Física desde una perspectiva Psicosocial. *Escritos de Psicología*, 6(2), 1-5. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2013.1407>
- Gewin, A. M., & Hoffman, B. (2016). Introducing the cultural variables in school-based substance abuse prevention. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 23, (1), 1-14. <https://doi.org/10.3109/09687637.2015.1071781>
- Gobierno de Aragón. (2010). Manual de formación. La atención y el cuidado de las personas en situación de dependencia. Recuperado de <https://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/ServiciosSocialesFamilia/Documentos/Manual%20de%20formaci%C3%B3n.pdf>
- Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García. (2014). Guía del plan de atención individualizada a personas mayores en situación de dependencia. atención en servicios residenciales y de atención diurna. Recuperado de <https://www.navarra.es/NR/rdoonlyres/2889857A-0BA2-4EB5-AADC-CF841DD9889E/288437/PAreducido.pdf>
- Gobierno de Navarra. (2006). Manual de educación para la salud. Recuperado de <https://www.navarra.es/NR/rdoonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>
- Gobierno del Principado de Asturias. (2017). Manual de procedimiento del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en el principado de Asturias. Recuperado de https://www.socialasturias.es/servicios-sociales/normativa-y-procedimiento/manual-de-atencion-a-la-dependencia_331_1_ap.html
- Goldberg, J. (2010) Family carers in palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 13, 3,339–40. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00018>
- Goldberg, S. (2005). The secrets of successful mediators. *Negotiation Journal*, 21(3), 365-376. <https://doi.org/10.1111/j.0748-4526.2005.00069.x>
- Goldberg, S. & Shaw, M. L. (2007). The secrets of successful (and unsuccessful mediators) continued: Studies two and three. *Negotiation Journal*, 23(4), 393-418. <https://doi.org/10.1111/j.1571-9979.2007.00152.x>
- Gomes da Penha, A. I., Tavares, C.M. & Falcão, M. F. (2018). Mild cognitive impairment in the elderly. *Dementia e Neuropsychologia*, 12(2), 165-172. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-020009>
- Gonzales, N., Dumka, L., Millsap, R., Gottschall, A., McClain, D., Wong, J., Germán, M., Mauricio, A.M., Wheeler, L., Carpentier, F.D. & Kim, S.Y. (2012). Randomized trial of a broad preventive intervention for mexican american adolescents. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 80(1), 1-16. <https://doi.org/10.1037/a0026063>

- Griffith, J., Brosnan, M., Lacey, K., Kelling, S. & Wilkinson, T. (2004). Family meetings – a qualitative exploration of improving care planning with older people and their families. *Age and Ageing*, 33, 577-581. <https://doi.org/10.1093/ageing/afh198>
- Guadalupe, S. & Cardoso, J. (2017). As redes de suporte social informal como fontes de provisão social em Portugal: o caso da população idosa. *Revista Sociedade e Estado*, 33(1), 215-250. <https://doi.org/10.1590/s0102-699220183301009>
- Hammarström, G. & Torres, S. (2007). Dependency or independence? A qualitative study of how elderly home-help recipients regard having help and support. *Sociologisk Forskning*, 30-51.
- Havighurst, R. J. (1961). Successful ageing. *The Gerontologist*, 1(1), 8-13. <https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>
- Havighurst, R. J. & Albrecht, R. (1953). *Older people*. Longmans, Green.
- Heckhausen, J. & Schulz, R. (1993). Optimization by selection and compensation: Balancing primary and secondary control in life span development. *International Journal of Behavioral Development*, 16(2), 287-303. <https://doi.org/10.1177%2F016502549301600210>
- Hedayati, B. (2015). The effect of implementation of family-centered empowerment model on the self-esteem of the old people with hypertension. *Journal of Educational Health Promotion*, 5(74). <https://doi.org/10.4103/2277-9531.171787>
- Hernández, M.A., Fernández, M.J., Blanco, M.A., Alves, M.T., Fernández, M.J., Souto, A.I., González, M.P. y Clavería, A. (2019). Depresión y sobrecarga en el cuidado de personas mayores. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e1-e10. https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr_om/VOL93/O_BREVES/RS93C_201908038.pdf
- Heydari, S., Salahshourian-fard, Raffi, F. & Hoseini, F. (2009). Correlation of perceived social support from different supportive sources and the size of social network with quality of life in cancer patients. *Iran Journal of Nursing*, 22(61), 8-18. Recuperado de <http://ijn.iuums.ac.ir/article-1-728-en.html>
- Hoffman, S. & Hatch, M.C. (1996). Stress, social support and pregnancy outcome: a reassessment based on recent research. *Pediatric and Perinatal Epidemiology* 4, 380-405. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.1996.tb00063.x>
- Holdsworth, L. (2015). Bereaved carers' accounts of the end of life and the role of care providers in a 'good death': a qualitative study. *Palliative Medicine*, 29(9), 834-841. <https://doi.org/10.1177/0269216315584865>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med*, 7(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- House, J. S., Landis, K. R. & Umberson, D. (1988). Social Relationships and Health. *American Association for the advancement of Science*, 241(4865), 540-545. <https://doi.org/10.1126/science.3399889>
- Hudson, P. & Payne, S. (2011) Family caregivers and palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 14(7), 864-869. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0413>
- Igualdad, Justicia y Políticas Sociales, Salud (2020). Informal carers in focus. Policy report on informal care in the netherlands. The Netherlands Institute for Social Research.

https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_cuidad_informa_holand/eu_def/adjuntos/Informal+carers+in+focus_d2.pdf

IMSERSO (2010). Dependencia y familia: una perspectiva socio-económica. IMSERSO. Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/12013depfamila.pdf>

IMSERSO (2011). Envejecimiento activo. Libro blanco. https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf

INE (2019). Estadística del Padrón Continuo. INE. Recuperado de: https://www.ine.es/CDINEbase/consultar.do?mes=&operacion=Estad%EDstica+del+Padr%F3n+Continuo&id_oper=Ir

INE (2020). Discapacidad (tasas, esperanzas de vida en salud). https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926668516&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m3=1259926137287

Instituto Nacional de Estadística (2018). Proyecciones de población 2018. Recuperado de https://www.ine.es/prensa/pp_2018_2068.pdf

Izal, M. y Fernández-Ballesteros, R. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de Psicología*, 6 (2), 181-198. Recuperado de https://www.um.es/analesps/v06/v06_2/07-06_2.pdf

Jancey, J., Howat, P., Lee, A., Clarke, A., Shilton, T., Fisher, J. & Iredell, H. (2006). Effective recruitment and retention of older adults in physical activity research: PALS study. *American Journal of Health Behaviour*, 30(6), 626-35. <https://doi.org/10.5555/ajhb.2006.30.6.626>

Job, V., Rothermund, K., Sieber, V. & Nikić, J. (2018). Age Differences in Implicit Theories About Willpower: Why Older People Endorse a Nonlimited Theory. *Psychology and Aging*, 33(6), 940-952. <https://doi.org/10.1037/pag0000285>

Jopp, D. & Smith, J. (2006). Resources and life management strategies as determinants of successful aging: On the protective effect of selection, optimization and compensation. *Psychology and Aging*, 21(2), 253-265. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0882-7974.21.2.253>

Jopp, D., Park, M.-K., Lehrfeld, J. & Paggi, M. (2016). Physical, cognitive, social and mental health in near-centenarians and centenarians living in New York City: findings from the Fordham Centenarian study. *BMC Geriatrics*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0167-0>

Jung, C. C. (1933). *Modern man in search of a soul*. Harcourt, Brace.

Junta de Andalucía. (2016). *I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia (2016-2020)*. Recuperado de <https://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/77981.html>

Kahana, E. & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18-41). Springer Publishing.

- Kahana, E. & Kahana, B. (2003). Contextualizing successful aging: New direction: New direction in ag-old search. In R. Settersten, Jr. (Ed.), *Invitation to the life course. A new look at old age* (pp.225-255). Baywood Pub.
- Kamegaya, T. & Yamaguchi, H. (2016). Effects of a 12-week municipal dementia prevention program on cognitive/motor functions among the community-dwelling elderly. *Geriatrics*, 1(3). <https://doi.org/10.3390/geriatrics1030018>
- Karademas, C.E. (2006). Self-Efficacy, Social Support And Well-Being: The Mediating Role Of Optimism. *Personality and Individual Differences*, 40, 1281-1290. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.10.019>
- Kavanagh, M., Bentley, R., Turrell, G., Bromm, D., & Subramanian, S. (2006). Does gender modify associations between self-rated health and the social and economic characteristics of local environments? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 490-495. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.043562>
- Khanlary, Z., Maarefvand, M., Biglarian, A. & Heravi-Karimooi, M. (2016). The effect of a family-based intervention with a cognitive-behavioral approach on elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 28(2), 114-126. <https://doi.org/10.1080/08946566.2016.1141738>
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1989). Interpersonal relationships and immune function. In L. L. Carstensen & J. M. Neale (Eds.), *Mechanisms of psychological influence on physical health, with special attention to the elderly* (pp. 43-60). Plenum Press.
- Kim, E. S., Kawachi I., Chen Y. & Kubzansky L. D. (2017). Association Between Purpose in Life and Objective Measures of Physical Function in Older Adults. *JAMA Psychiatry*, 74(10), 1039-1045. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2145>
- Klaperski, S., von Dawans, B., Heinrichs, M., & Fuchs, R. (2013). Does the level of physical exercise affect physiological and psychological responses to psychosocial stress in women? *Psychology of Sport & Exercise*, 14(2), 266Y274. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2012.11.003>
- Kotkamp-Mothes, N., Slawinsky, D., Hindermann, S. & Strauss, B. (2005). Coping and psychological well being in families of elderly cancer patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 55, 213-229. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2005.03.006>
- Kumpfer, K. L., & Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, 58(6-7), 457-465. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.6-7.457>
- Kumpfer, K. L., & Johnson, J. L. (2007). Strengthening family interventions for the prevention of substance abuse in children of addicted parents. [Intervenciones de fortalecimiento familiar para la prevención del consumo de sustancias en hijos de padres adictos]. *Adicciones*, 19(1), 13-25. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/320/320>
- Kumpfer, K., Heffernan, H. & Brown, J. (2019). Strengthening Families Program. Program descriptions. UT: Strengthening Families Program. Recuperado de <https://strengtheningfamiliesprogram.org/contact.html>
- Kumpfer, K., Park, M., Magalhaes, C., Orte, C., y Amer, J. (2018). *El impacto de la satisfacción de las familias y la calidad del formador en los resultados de la intervención familiar*. En C. Orte y L. Ballester (Eds.), *Intervenciones efectivas en prevención familiar de drogas* (pp. 119-135). Octaedro.

- Kumpfer, K., Xie, J., & O'Driscoll, R. (2012). Effectiveness of a culturally adapted Strengthening Families Program 12-16 years for high-risk irish families. *Child Youth Care Forum*, 41, 173-195. <https://doi.org/10.1007/s10566-011-9168-0>
- Lawton, M.P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89. <https://doi.org/10.1093/geronj/30.1.85>
- Leakey, T., Lunde, K.B., Koga, K., & Glanz, K. (2004). Written parental consent and the use of incentives in a youth smoking prevention trial: a case study from project SPLASH. *American Journal of Evaluation*, 25(4), 509-523. <https://doi.org/10.1177%2F109821400402500407>
- Lee, I., & Wang, H.-H. (2014). Preliminary development of humanistic care indicators for residents in nursing homes: a delphi technique. *Asian Nursing Research*, 8, 75-81. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2014.03.001>
- Lehr, U. (2008). *La longevidad, un reto para el individuo y la sociedad*. En Foro de la Sociedad Civil sobre Envejecimiento, celebrado en León, noviembre 2007. Madrid, España: IMSERSO
- Levasseur, M., Lefebvre, H., Levert, M.-J., Lacasse-Bédard, J., Desrosiers, J., Therriault, P.-Y., Tourigny, A., Couturier, Y. & Carbonneau, H. (2016). Personalized citizen assistance for social participation (APIC): a promising intervention for increasing mobility, accomplishment of social activities and frequency of leisure activities in older adults having disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64, 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.01.001>
- Levenson, R. W., Carstensen, L., Friesen, W. & Ekman, P. (1991). Emotion, psychology and expression in old age. *Psychology and Aging*, 6(1), 28-35. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0882-7974.6.1.28>
- Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. McGrawHill Book Co.
- Lewis, K., Bavarian, N., Snyder, F., Acock, A., Day, J., Dubois, D., Ji, P., Schure, M.B., Silverthorn, N., Vuchinich, S. & Flay, B. R. (2012). Direct and mediated effects of a social-emotional and character development program on adolescent substance use. *International Journal of Emotional Education*, 4(1), 56-78. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24308013/>
- Liao, M.-Y., Yeh, C.-J., Lee, S.-H., Liao, C.-C. & Lee, M.-C. (2019). Association of providing / receiving support on the mortality of older adults with different living arrangements in Taiwan: a longitudinal study on ageing. *Ageing & Society*, 38, 10, 2082-2096. <https://doi.org/10.1017/S0144686X17000484>
- Liberalesso, A., Silva, F., Portella, A., Firmino, d., Cachioni, M., Sathler, S., Sanches, M., Borges, P.B., Bof de Andrade, F. & Lima-Costa, M. F. (2018). Factors associated with perceived quality of life in older adults: ELSI-Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 52(16), 1-10. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000613>
- Liechty, T., & Genoe, M. R. (2013). Older men's perceptions of leisure and aging. *Leisure Sciences*, 35(5), 438Y454. <https://doi.org/10.1080/01490400.2013.831287>
- Limón, M.^a. R y Crespo, J.A. (2002). *Grupos de debate para mayores. Guía práctica para animadores*. Narcea.
- Limón, M.^a. y Chalfoun, M.^a. (2017). La Biblioteca como agente social en el proceso de empoderamiento de los adultos mayores en un ambiente intergeneracional e intercultural.

Congreso Internacional de Pedagogía Social. Libro de Actas y Resúmenes. Editorial Copiarte: Sevilla

- Limón, M.R. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula Abierta*, 47(1), 45-54. <https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.45-54>
- Limón, M.R. y Ortega, M.C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*. 6, 225-238. Recuperado de <http://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/68.pdf>
- Lin, L.-J. & Yen, H.-Y. (2018). The Benefits of Continuous Leisure Participation in Relocation Adjustment Among Residents of Long-Term Care Facilities. *The Journal of Nursing Research*, 26(6), 427-437. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000263>
- Lopes, L. & Cachioni, M. (2016). Estratégias comunicativas de cuidadores de idosos com demencia: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(2), 186-195. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000122>
- Lowe, P. (2010). *Ageing*. Newcastle University.
- Lowenstein, A. (2007). Solidarity – conflict and ambivalence: testing two conceptual frameworks and their impact on quality of life for older family members. *Journal of Gerontology*, 62B(2), S100-S107. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.2.S100>
- Lupien, S. J. & Wan, N. (2004). Successful ageing: From cell to self. Philosophical transactions of the Royal Society of London, Series B. *Biological Sciences*, 359(1449), 1413-1426. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1516>
- MacCaul, K.D., Glasgow, R. E & Schafer, L.C. (1987). Diabetes regimen behaviors. Predicting Adherence. *Medicine Care*, 25, 686-881. <https://doi.org/10.1097/00005650-198709001-00005>
- Martin-Joy, J. S., Malone, J. C., Cui, X. J., Johansen, P. O., Hill, K. P., Rahman, M. O., Waldinger, R. J. & Vaillant, G. E. (2017). Development of Adaptive Coping From Mid to Late Life: A 70- Year Longitudinal Study of Defense Maturity and Its Psychosocial Correlates. *A The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(9), 685-691. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000711>
- Martín, M. (2016). *Promoción de la autonomía personal*. Editorial Síntesis.
- Martín, M., Barriopedro, M. I., Martínez del Castillo, J., Jiménez-Beatty, J. E. y Rivero-Herráiz, A. (2014). Diferencias de género en los hábitos de actividad física de lapoblación adulta en la Comunidad de Madrid. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 38(10), 319-335. <http://dx.doi.org/10.5232/ricyde2014.03803>
- Martínez de la Iglesia, J., Onís, M.C., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C. y Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 620-630. <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>
- Martínez-Lage, P., Martín-Carrasco, M., Arrieta, E., Rodrigo, J. y Formiga, F. (2018). Mapa de la enfermedad de alzheimer y otras demencias en España. Proyecto mapea. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53(1), 26-37. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.07.006>
- Martínez, T. (2006). Envejecimiento activo y participación social en los centros sociales de personas mayores. *Serie Documentos Técnicos de Política Social*, 17, 47-61.

- Masoudi, R., Alhani, F., Moghadassi, J. & Ghorbani, M. (2010). The Effect Of Family-Centered Empowerment Model On Skill, Attitude, And Knowledge Of Multiple Sclerosis Caregivers. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*, 17, 87–97. Recuperado de http://journal.bums.ac.ir/browse.php?a_id=659&sid=1&slc_lang=en
- McCann, I.L. & Pearlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149. <https://doi.org/10.1002/jts.2490030110>
- Merchán, E. y Cifuentes, R. (2014). Tema 6. Teorías psicosociales del envejecimiento. Recuperado de <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>
- Metze, R. N., Kwekkeboom, R. H. & Abma, T.A. (2015). 'You don't show everyone your weariness': Older adults' views on using family group conferencing to regain control and autonomy. *Journal of Aging Studies*, 34, 57-67. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.04.003>
- Milte, R., Ratcliffe, J., Bradley, C. & Shulver, W. (2019). Evaluating the quality of care received in long-term care facilities from a consumer perspective: development and construct validity of the Consumer Choice Index – Six Dimension instrument. *Ageing & Society*, 39, 1, 138-160. <https://doi.org/10.1017/S0144686X17000861>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023). Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the prisma statement. *Plos Medicine*, 6(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Mora, F. (2009). *Entrevista realizada sobre el envejecimiento humano al profesor Mora. Sesenta y más*. Madrid: Ministerio de Trabajo y asuntos Sociales, 285, 14-17. Recuperado de <http://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/68.pdf>
- Morfi, R. (2007). Atención del personal de enfermería en la Gerontología comunitaria en Cuba. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(1), 1561-2961. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v23n1/enf05107.pdf>
- Morris, K., & Connolly, M. (2012). Family decision making in child welfare: Challenges in developing a knowledge base for practice. *Child Abuse Review*, 21, 41–52. <https://doi.org/10.1002/car.1143>
- Mosquera, I., Larrañaga, I., Del Río, M., Calderón, C., Machón, M., García, M.M. (2019). Desigualdades de género en los impactos del cuidado informal de mayores dependientes en Gipuzkoa: estudio CUIDAR-SE. *Revista Española de Salud Pública*, 93, 1-13. https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr_om/VOL93/ORIGINALES/RS93C_201901002.pdf
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in Personality*. Oxford University Press.
- Naciones Unidas (2002). Plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento. Recuperado de <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020). *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25663>
- Neugarten, B. L. (1964). *Personality in middle and late life*. Atherton Press.
- Neugarten, B. L. (1975). The future and the young old. *The Gerontologist*, 15(49). https://doi.org/10.1093/geront/15.1_Part_2.4
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J. & Tobin, S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16(2), 134-143. <https://doi.org/10.1093/geronj/16.2.134>
- Nevot-Caldentey, L., Orte, C. & Ballester, L. (2019). Strategies for family engagement in evidence-based programmes: A meta-synthesis of systematic reviews from a social casework approach. *Social Work & Social Sciences Review*, 20(2), 15-30. <https://doi.org/10.1921/swssr.v20i3.1279>
- Nevot-Caldentey, L., Orte, C. y Ballester, L. (2020). Análisis de conglomerados en la definición de perfiles de mayores con dependencia en Palma de Mallorca: relación entre salud, apoyo social y dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 94(e1-11). Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr_om/VOL94/ORIGINALES/RS94C_202007040.pdf
- Nevot, L., Ballester, L. y Vives, M. (2018). La Implicación Parental en los Programas de Competencia Familiar: Una Revisión Sistemática sobre Técnicas de Implicación. En R. Roig-Vila (Ed.), *El compromiso académico y social a través de la investigación e innovación educativas en la Enseñanza Superior* (pp. 870-881). Barcelona, España: Octaedro
- Nevot, L., Orte, C., Ballester, L. i Molina, G. (2018a). *Polisimptomatologia: suport social i autonomia*. Anuari d'Envel·liment 2018.
- Nevot, L., Rus, A., Coll, J. y March, P.J. (2018b). *Factors associats a la dependència a les Illes Balears*. Anuari d'Envel·liment 2018.
- Notthoff, N., Klomp, P., Doerwald, F. & Scheibe, S. (2016). Positive messages enhance older adults' motivation and recognition memory for physical activity programmes. *European Journal of Ageing*, 13(3), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0368-1>
- Nyman, S. R. & Victor, C. R. (2012). Older people's participation in and engagement with falls prevention interventions in community settings: an augment to the Cochrane systematic review. *Age and Ageing*, 41(1), 16-23. <https://doi.org/10.1093/ageing/afr103>
- Observatorio de Personas Mayores, IMSERSO (2003). Naciones Unidas y envejecimiento. *Boletín sobre el Envejecimiento*, 7, 2-16. <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm7.pdf>
- OCDE (2017). ¿Cómo va la vida en España? OCDE: París. Recuperado de: <https://www.oecd.org/statistics/Better-Life-Initiative-country-note-Spain-in-Espagnol.pdf>
- Odmsn, T.E., Berkman, L.F. & Kassl, S. (1992). Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal Epidemiology*, 135(15) 598-607. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a116297>

- Oetzel, J., Simpson, M., Berryman, K., Iti, T. & Reddy, R. (2015). Managing communication tensions and challenges during the end-of-life journey: perspectives of Māori Kaumātua and Their Whāna. *Health Communication*, 30, 350–360. <https://doi.org/10.1080/10410236.2013.861306>
- Oliveira, A., Oliveira, N., Arantes, P. & Alencar, M.A. (2010). Qualidade de vida em idosos que praticam actividade física – uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(2). <https://doi.org/10.1590/S1809-98232010000200014>
- Oliver, A., Gutiérrez, M., Tomás, J., Galiana, L. y Sancho, P. (2016). Validación de un modelo explicativo del proceso de envejecer con éxito a partir de aspectos psicológicos, físicos, relacionales y de ocio. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 6(1), 47-56. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v6i1.148>
- OMS (2002). 55ª Asamblea mundial de la salud. Envejecimiento y salud. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/81910/sa5517a1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OMS (2007). Ciudades globales amigables con los mayores: una guía. Recuperado de https://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_guide/es/
- OMS (2010). Informe sobre la salud en el mundo. OMS: Suiza. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029_spa.pdf;jsessionid=51E452EDC00FCDF28ABC54D32E3E177D?sequence=1
- OMS (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=F5A7467550B90D85A8840E4DF605FA38?sequence=1>
- OMS (2021). What are integrated people-centred health services? Recuperado de <https://www.who.int/service-delivery-safety/areas/people-centred-care/ipchs-what/en/>
- OPS (2021). Década de envejecimiento saludable (2020-2030). Recuperado de <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-2020-2030>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2002). *Madrid International Plan of Action on Ageing*. UN.
- Organización de Naciones Unidas (ONU) (2002). *Plan de Acción Internacional Madrid sobre el Envejecimiento*. ONU.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1990). *Healthy Aging*. WHO.
- Orte-Socias, C. y Amer-Fernández, J. (2014). Las adaptaciones culturales del Strengthening Families Program en Europa. Un ejemplo de programa de educación familiar basado en evidencia. *Estudios sobre Educación*, 26, 175-195. <https://doi.org/10.15581/004.26.175-195>
- Orte, C., Ballester, L., Mascaró, A., y Nevot, L. (2017). La utilización de redes para ligar en los adultos mayores. *Anuari d'Envel·liment*, 207-241.
- Orte, C., Ballester, L. & Amer, J. (2015). The Strengthening Families Program in Spain: A longterm evaluation. *Journal of Children's Services* (due in March, 2015, special issue).
- Orte, C., Ballester, L. & Barrio, B. (2013). Effective intervention programs with families. Presentation. *Pedagogía Social: revista interuniversitaria*, 21,7-11. https://doi.org/10.7179/PSRI_2019.34.01

- Orte, C., Ballester, L. & March, M.X. (dirs.) (2015). *Le Programme de Compétences Familiales: l'adaptation du SFP en Espagne*. Editions Universitaires Européennes.
- Orte, C., Ballester, L. y Amer, J. (2015). Evaluación de las técnicas de implicación familiar en el desarrollo de programas de competencia familiar. En AIDIPE (Ed.), *Investigación con y para la sociedad*, 1, 113-123. Cádiz, España: Bubok.
- Orte, C., Ballester, L., Amer, J., & Vives, M. (2014). Assessing the role of facilitators in evidence-based family-centric prevention programs via delphi technique. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 95(4). <https://doi.org/10.1606/1044-3894.2014.95.30>
- Orte, C., Ballester, L., Amer, J., & Vives, M. (2019). Building Family Resilience Through an Evidence-Based Program: Results From the Spanish Strengthening Families Program. *The Family Journal*, 27(3), 1-9. <https://doi.org/10.1177/1066480719872753>
- Orte, C., Ballester, L., March, M., Amer, J., Vives, M. & Pozo, R. (2015). The Strengthening Families Programme in Spain: A long-term evaluation. *Journal of Children's Services*, 10(2). <https://doi.org/10.1108/JCS-03-2013-0010>
- Orte, C., Ballester, L., Pascual, B., Gomila, M.A., y Amer, J. (2016). Las competencias de los formadores en el Programa de Competencia Familiar, un programa de educación familiar basado en la evidencia. *Revista Complutense de Educación*, 29(3). <https://doi.org/10.5209/RCED.53547>
- Orte, C., Nevot, L., Ballester, L. y Molina, G. (2020). La promoción familiar y social de la autonomía en adultos mayores: el Programa de Competencia Familiar-Auto. En C. Orte, L. Ballester y J. Amer (Eds.), *Educación familiar. Programas e intervenciones basados en la evidencia*. (pp. 105-121). Octaedro.
- Orte, C., Nevot, L., Molina, G. y Ballester, L. (2019). *El programa de competencia familiar universal auto (pcf-u-auto): fundamentos teóricos del diseño del pcf-u-auto para el Ir pilotaje fbd-uib en palma de mallorca*. Anuari d'Envel·liment 2019.
- Orte, C., Oliver, J.L., Amer, J., Vives, M. y Pozo, R. (2019). Prevención universal. Evaluación de los efectos del programa de competencia familiar universal en centros educativos de primaria y secundaria (PCF-U, 11-14). *Journal of Research in Social Pedagogy*, 34, 19-31. Recuperado de <http://recyt.fecyt.es/index.php/PSRI/>
- Orte, C., y Amer, J. (2014). Las adaptaciones culturales del Strengthening Families Program en Europa. Un ejemplo de programa de educación familiar basado en la evidencia. *Ese-Estudios Sobre Educación*, 26, 175-195. <http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/36788/1/201406%20ESE%2026%20%282014%29-7.pdf>
- Ortega-Tudela, J.M. y Ortiz-Colón, A.M. (2015). Redes sociales y formación permanente en personas mayores. *Revista Complutense de Educación*, 26. https://doi.org/10.5209/rev_RCED_2015.v26.47549
- Ortiz, M.D. (2007). Experiencias en la intervención psicológica con familias de personas dependientes. *Psychosocial Intervencion*, 16(1). Recuperado de <https://journals.copmadrid.org/pi/art/e2ad76f2326fbc6b56a45a56c59fafdb>
- Osorio, L., Salinas, F. y Cajigas, M. (2018). Responsabilidad social y bienestar de la persona mayor. *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, 92, 223-252. Recuperado de <http://ciriec.es/wp-content/uploads/2016/10/COMUN074-T6-OSORIO-SALINAS-ok.pdf>

- Palacios, C. (8 de mayo de 2019). *Relación social de las personas mayores y con discapacidad*. Recuperado de <http://www.concellodeguitiriz.com>
- Palladino, R., Pennino, F., Finbarr, M., Millett, C. & Triassi, M. (2019). Multimorbidity and health outcomes in older adults in ten european health systems, 2006-2015. *Health Affairs*, 38(4), 613-623. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05273>
- Parra, M.A. (2017). *Envejecimiento activo y calidad de vida: análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años* (tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante.
- Pascual, B., Sánchez-Prieto, L., Gomila, M.A., Quesada, V., y Nevot, M. L. (2019). Formación para la prevención en el ámbito socioeducativo: un análisis de los perfiles profesionales. *Pedagogía social: revista interuniversitaria*, 34, 33-35. https://doi.org/10.7179/PSRI_2019.34.03
- Paykel, E. S. (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 377, 50-58. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05803.x>
- Pearlman, L. A. & Mac Ian, P. (2012). Vicarious traumatization: an empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology Research and Practice*, 26(6), 558-565. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558>
- Pearlman, L.A. & Saakvitne, K.W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. W. W. Norton.
- Pérez, M. (2016). Cinco elementos clave del Envejecimiento Activo. En S. Ezquerro, M. Pérez, M. Pla y J. Subirats (Eds.) *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI*. Barcelona: Ariel.
- Perry, T. E., Andersen, T. C., & Kaplan, D. B. (2014). Relocation remembered: Perspectives on senior transitions in the living environment. *Gerontologist*, 54(1), 75Y81. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt070>
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos-Lopez, C. & Zuddas, C. (2016). Active ageing and success: A brief history of conceptual models. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(4), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
- Pimouguet, C., Bassi, V., Somme, D., Lavallart, B., Helmer, C. & François, J. (2013). The 2008-2012 french alzheimer plan: a unique opportunity for improving integrated care for dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 34, 307-314. <https://doi.org/10.3233/JAD-121648>
- Pinazo, S., Lorente, X., Limón, R., Fernández, S., y Bermejo, L. (2010). Envejecimiento y aprendizaje a lo largo de la vida. En L. Bermejo, *Envejecimiento Activo y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores*, 3-10. Editorial Médica Panamericana S.A.
- Poitras, J. (2013). The strategic use of caucus to facilitate parties' trust in mediators. *International Journal of Conflict Management*, 24(1), 23-39. <https://doi.org/10.1108/10444061311296116>
- Population Pyramid (2020). World 2020. Recuperado de <https://www.populationpyramid.net/world/2020/>
- Prinz, R. J., & Miller, G. E. (1996). Parental engagement in interventions for children at risk for conduct disorder. En R. D. Peters, & R. J. McMahon (Eds.), *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Przybylski, R. (2008). *What Works. Effective recidivism reduction and risk- focused prevention programs: a compendium of evidence-based options for preventing new and persistent criminal behavior*. Colorado Division of Criminal Justice. Office of Adult and Juvenile Assistance (Denver, CO). Recuperado de <https://nicic.gov/what-works-effective-recidivism-reduction-and-risk-focused-prevention-programs-compendium-evidence-0>
- Resende, C., Mota-Pinto, A., Rodrigues, V. & Alves, C. (2017). Relevant factor son cognitive evaluation of the portuguese population. *Acta Médica Portuguesa*, 30(4), 293-301. <https://doi.org/10.20344/amp.7299>
- Riera, J. A. (2018). La generación de confianza en la práctica de la mediación familiar: ¿por qué las partes confían en los mediadores? (Tesis doctoral). Universitat de les Illes Balears, Palma.
- Robins-Browne, K., Hegarty, K., Guillemen, M., Komesaroff, P. & Palmer, V. (2017). The role of relational knowing in advance care planning. *The Journal of Clinical Ethics*, 28(2), 122-134. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28614075/>
- Rocco, L. & Marc, S. (2012). *Is social capital good for health?* Technical report, WHO Regional Office for Europe.
- Rodríguez, G. (2017). España alcanza un nuevo récord de envejecimiento con 118 mayores por cada 100 menores de 16 años. Recuperado de <https://www.expansion.com/economia/politica/2017/07/07/595e2ca8468aeb3a398b45eb.html>
- Rodríguez, M.M. (2008). Maltrato de las personas mayores. Análisis desde una perspectiva de género. *Boletín del Adulto Mayor*, 1. <https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/BoletinAdultoMayorCaritasCubanaOctubre2008.pdf>
- Rogers, C.R. (1980). *A way of being*. Houghton Mifflin.
- Rouxel, P., Tsakos, G., Demakakos, P., Zaninotto, P., Chandola, T. & Watt, R. G. (2015). Is social capital a determinant of oral health among older adults? findings from the english longitudinal study of ageing. *PlosONE*, 10, 5, e0125557. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125557>
- Rubenstein, R.L., Kilbride, J.C. & Nagy, S. (1992). *Elders living alone: frailty and the perception of choice*. Aldine de Gruyter.
- Rubinstein, D. (2014). Effective communication as an important skill for quality care in elderly patients. *Medicine and Law*, 33, 107-118. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27359020/>
- Saavedra, M.O., Mastrapa, Y.E. & Raya, D.A.A. (2020). Family caregiver of the elderly at the end of life as a subject of nursing care. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(1), 1-17. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2020/cnf201p.pdf>
- Salmerón, J.A., Escarbajal, A. y Martínez De Miguel, S. (2018). Estudio sobre una experiencia educativa con mujeres mayores en centros sociales. Implicaciones para el aprendizaje a lo largo de la vida. *Revista Complutense de Educación*, 29(2), 317-334. <https://doi.org/10.5209/RCED.52381>
- Sanabria, Y.A. (2015). Comunicación, envejecimiento y salud. *Quiñónez*, 1(1), 1-17. http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/CDH/article/view/1329/844

- Sánchez, L., Orte, C., Ballester, L., & Amer, J. (2019). Can Better Parenting Be Achieved Through Short Prevention Programmes? The Challenge of Universal Prevention through Strengthening Families Program 11-14. *Child & Family Social Work*. <https://doi.org/10.1111/cfs.12717>
- Sankar, A. (1989). Gerontological research in China: the role of anthropological inquiry. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 4, 199-224. <https://doi.org/10.1007/BF00119706>
- SAS (2017). Examen de salud para mayores de 65 años. Sevilla: Junta de Andalucía. Recuperado de: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/examen-salud-mayores-65_2017.pdf
- Sas, C., Brahney, L., Oechsner, C., Trivedi, A., Nomesque, M., Mughal, Z., Cheverst, K.W., Clinch, S. & Davies, N. (2017). Communication needs of elderly at risk of falls and their remote family. *CHI*, (6-11), 2900-2908. <https://doi.org/10.1145/3027063.3053274>
- Schäfer, H. (1975). *Plädoyer für eine neue Medizin*. Piper.
- Schliefer, S. (1989). Bereavement, depression and immunity: The role of age. In L. L. Carstensen & J. M. Neale (Eds.), *Mechanisms of psychological influence on physical health, with special attention to the elderly* (pp. 61-80). New York: Plenum Press.
- Schröder-Butterfill, E. & Fithry, T. S. (2014). Care dependence in old age: preferences, practices and implications in two Indonesian communities. *Ageing & Society*, 34, 3, 361-387. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3837214/>
- Schulz, R. (1985). Emotion and affect. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *The psychology of aging* (pp. 531-543). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Sevilla, B. (2019). Prevalencia del alzhéimer entre la población de 60 años o más España 2018. Statista, Recuperado de <https://es.statista.com/estadisticas/916499/prevalencia-del-alzheimer-entre-la-poblacion-de-60-anos-o-mas-en-espana/>
- Shakeri, N. (2012). Effect Of Social Assists And Hopefulness In Elderly Health Status With Chronic Pain. *Iranian Journal Of Ageing*, 7(1), 7-15. Recuperado de http://salmandj.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=491&sid=1&slc_lang=en
- Sharp, S., McAllister, M. & Broadbent, M. (2016). The vital blend of clinical competence and compassion: how patients experience person-centered care. *Contemporary Nurse*, 52, 300-312. <https://doi.org/10.1080/10376178.2015.1020981>
- Simpson, L. R., & Starkey, D. S. (2006). Secondary traumatic stress, compassion fatigue, and counselor spirituality: Implications for counselors working with trauma. Recuperado de <http://www.counselingoutfitters.com/Simpson.htm>
- Skrabski, A., Kopp, M., & Kawachi, I. (2003). Social capital in a changing society: Cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(2), 114-119. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.57.2.114>
- Small, S., Cooney, S. & O'Connor, C. (2009). Evidence-informed program improvement: using principles of effectiveness to enhance the quality and impact of family-based prevention programs. *Family Relations*, 58(1), 1-13. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2008.00530.x>
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6, 1231-1239. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/660126/>

- Smilkstein, G., Ashworth, C. & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *Journal of Family Practice*, 15, 303-311. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7097168/>
- Smith, E.R. (1999). Implicaciones afectivas y cognitivas de la membresía grupal que se convierte en parte del yo: nuevos modelos de prejuicio y autoconcepto. En D. Abrams y M. Hogg (Eds.), *Identidad social y cognición social*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Social Research Unit (2012). *An introduction to evidence-based programmes in children's services*. Social Research Unit.
- Souesme, G., Martinent, G. & Ferrand, C. (2014). Perceived autonomy support, psychological needs satisfaction, depressive symptoms and apathy in french hospitalized oldere people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 65, 70-78. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.03.001>
- Stafford, M., Cummins, S., Macintyre, S., Ellaway, A., & Marmot, M. (2005). Gender differences in the associations between health and neighbourhood environment. *Social Science & Medicine*, 60(8), 1681–1692. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.028>
- State of California (2019). Department of Aging. California: *The California Department of Aging (DA)*. Recuperado de https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/
- Stockwell-Smith, G., Moyle, W. & Kellett, U. (2018). The impact of early-stage dementia on community-dwelling care recipient/carer dyads' capacity to self-manage. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 629-640. <https://doi.org/10.1111/jocn.14657>
- Stowe, J. D. & Cooney, T. M. (2014). Examining Rowe and Kahn's concept of successful aging: Importance of taking a life course perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 43-50. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu055>
- Suarez, M.A. y Alcalá, M. (2014). Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20(1). Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010
- Szabo, A., Allen, J., Alpass, F. & Stephens, C. (2019). Loneliness, socio-economic status and quality of life in old age: the moderating role of housing tenure. *Ageing & Society*, 39, 998-1021. <https://doi.org/10.1017/S0144686x17001362>.
- Tabari, F. & Pedram, S. (2018). Effect of education based on family-centered empowerment model on the quality of life of elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *IRCS Medical Science*, 22(91), 301-311. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11204.58249>
- Teófilo, J., González, A.N., Díaz-Veiga, P. i Rodríguez, V. (2011). *Estudio Longitudinal Envejecer en España: El proyecto ELES*. IMSERSO.
- Tomioka, K., Kurumatani, N. & Hosoi, H. (2017). Association between the frequency and autonomy of social participation and self-rated health. *Geriatrics & Gerontology International*, 17, 2537-2544. <https://doi.org/10.1111/ggi.13>
- Torío, S. y García-Perez, O. (2017). "Otro" envejecer: senior Cohousing. Pensar, crear y trabajar en comunidad. Congreso Internacional de Pedagogía Social. *Libro de Actas y Resúmenes*. Editorial Copiarte: Sevilla.
- Törnbohm, K., Hadartz, K. & Sunnerhagen, K. (2018). Self-perceived participation and autonomy at 1-year post stroke: a part of the stroke arm longitudinal study at the

- University of Gothenburg (SALGOT study). *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 27(4), 1115-1122. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.11.028>
- Tranvåg, O., Petersen, K. A. & Näden, D. (2015). Relational interactions preserving dignity experience: perceptions of persons living with dementia. *Nursing Ethics*, 22(5), 577-593. <https://doi.org/10.1177/0969733014549882>
- Tretteneig, S., Vatne, S. & Mork, A.M. (2017). Meaning in family caregiving for people with dementia: a narrative study about relationships, values, and motivation, and how day care influences these factors. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 445-455. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S151507>
- Trueba, C. (2009). La teoría aristotélica de las emociones. *Signos Filosóficos*, 11(22). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-13242009000200007
- Úcar, X. (2014). Evaluación participativa y empoderamiento. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 24, 13- 19. https://doi.org/10.7179/PSRI_2014.24.01
- United Nations (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo. Naciones Unidas. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
- United Nations (2019). *World population ageing 2019*. United Nations. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>
- Vaca, R. (2016). El empoderamiento en el ámbito de la gerontología clínica y social. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51, 4. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.09.003>
- Vahedian-Azimi, A., Rahimi, F., Amini, H., Salesi, M. & Alhani, F. (2018). Effect of family-centered empowerment model on quality of life in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis study. *Journal of Hayat*, 24(2). Recuperado de https://hayat.tums.ac.ir/browse.php?a_id=2451&slc_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1
- Valero, M., Ballester, L., Orte, C., & Amer, J. (2017). Meta-analysis of family-based selective prevention programs for drug consumption in adolescence. *Psicothema*, 29(3), 299-305. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.275>
- Van Leeuwen, K., van Loon, M., van Nes, F., Bosmans, J., de Vet, H., Ket, Johannes, Middershoven, G. & Ostelo, R. (2019) What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *Plos One*, 14(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213263>
- Van Orden, K., Wiktorsson, S., Duberstein, P., Ingeborg, A., Mellqvist, M. & Waern, M. (2015). Reasons for attempted suicide in later life. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(5), 536-544. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.07.003>
- Vaquerizo, D., Hennekam, H. y Ni, E. (2011). Situación de los sistemas de atención a la dependencia en la Unión Europea. Madrid: *Fundación caser*. Recuperado de: https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/adjuntos/informe-sistemas-de-atencioon-a-la-dependencia-en-la-ue-versioon-espanol_0.pdf
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28. http://institucionales.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_15-28.pdf

- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Revista Anales de la Facultad de Medicina*, 68, 284-290. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>
- Vidriales, R., Hernández, C. y Plaza, M. (2016). *Envejecimiento y trastorno del espectro del autismo. Una etapa vital invisible*. Autismo España.
- Villar, F., Triadó, C., Pinazo, S., Celdrán, M. & Solé, C. (2010). Reasons for Older Adult Participation in University Programs in Spain. *Educational Gerontology*, 36(3), 244-259. <https://doi.org/10.1080/03601270903058341>
- Villarejo-Galende, A., Eimil, M., Llamas, S., Llanero, M., López de Silanes, C., y Prieto, C. (2019). Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Neurología*, 11. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.10.005>
- Viwattanakulvanid, P. & Kittisopee, T. (2017). Influence of disease-related knowledge and personality traits on Parkinson's patient empowerment. *Thai Journal of Pharmaceutical Sciences*, 41(2), 76-83. Recuperado de <http://www.thaiscience.info/Journals/Article/TJPS/10984252.pdf>
- Wada, Y., Sakuraba, K. & Kubota, A. (2015). Effect of the long-term care prevention Project on the motor functions and daily life activities of the elderly. *The Journal of Physical Therapy Science*, 27(1), 199-203. <https://doi.org/10.1589/jpts.27.199>
- Waldinger, R. J., & Schulz, M. S. (2016). The long reach of nurturing family environments: Links with midlife emotion-regulatory styles and late-life security in intimate relationships. *Psychological science*, 27(11), 1443-1450. <https://doi.org/10.1177%2F0956797616661556>
- Watkins, L., Sacajiu, G. & Karasz, A. (2007). The role of the bioethicist in family meetings about end of life care. *Social Science & Medicine*, 65, 2328-2341. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.06.025>
- Weiland, M., Dammermann, C. & Stoppe, G. (2011). Selective optimization with compensation (SOC) competencies in depression. *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 144-119. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.001>
- Werher, I. & Lipsky, M. (2015). Psychological theories of aging. *Disease-a-Month*, 61(11), 480-488. <https://doi.org/10.1097/00012272-198610000-00009>
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy drop-out. *Professional Psychology Research and Practice*, 24(2), 190-195. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0735-7028.24.2.190>
- Wiesmann, U., & Hannich, H. J. (2013). The contribution of resistance resources and sense of coherence to life satisfaction in older age. *Journal of Happiness Studies*, 14(3), 911Y928. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9361-3>
- Wilkins, J. & DPhill, M.D. (2018). Narrative interest standard: a novel approach to surrogate decision-making for people with dementia. *Gerontologist*, 58(6), 1016-1020. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx107>
- Wittrahm, A. (2015). Binden und lösen im lebenslauf. Drei psychologische stationen zur entwicklung der familie und in der familie. *European Journal of Mental Health*, 10, 190-200. <https://doi.org/10.5708/EJMH.10.2015.2.5>

- Wood, S., Kisley, M., & Burrows, L. (2007). Looking at the sunny side of life: age-related change in an event-related potential measure of the negativity bias. *Psychological Science*, 18 (9), 838-843. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01988.x>
- Yanguas, J., Cilveti, A. y Segura, C. (2019). ¿A quienes afecta la soledad y el aislamiento social? Observatorio Social La Caixa. <https://observatoriosociallacaixa.org/es/-/soledad-personas-mayores>
- Yesavage, J.A. (1988). Geriatric depression scales. *Psychopharmacol Bull*, 24, 709. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3249773/>
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L. & Lum, O. (1983). Development and validation of a geriatric depression scale: a preliminary report. *Journal Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

ANEXOS

En los anexos, se adjunta información adicional e inédita de los capítulos de libro y de los artículos de revista publicados para el cumplimiento de los objetivos de la tesis doctoral realizada por compendio de artículos, dada la información relevante acerca de los estudios realizados, pero que no pudo incluirse en sus publicaciones por las restricciones de espacio que marcan las revistas y las editoriales para que sea posible su publicación.

En segundo lugar, la transcripción del panel de expertos realizado para identificar las mejoras necesarias del diseño del PCF-Auto a partir de su aplicación, En tercer lugar, las evidencias gráficas de su aplicación y finalmente, en último lugar, se adjuntan los manuales, guías y carteles que forman parte del diseño del PCF-Auto así como los diferentes instrumentos de medición.

ANEXO 1

A continuación, aparece información adicional a los contenidos de los artículos y capítulos de libro publicados y que dieron lugar a esta tesis doctoral. Se trata de información inédita, no publicada en ninguno de los artículos, y que formó las bases para el análisis de resultados informados en las comunicaciones y pósteres de los congresos, artículos y capítulos de libro; actividad que permitió completar los objetivos de difusión de resultados, al resto de la comunidad empírica.

En primer lugar, y en cuanto a los resultados de las revisiones sistemáticas, se facilitan un conjunto de tablas de vaciado de principales técnicas de implicación familiar, en función del clústeres o grupos que se nombraron a partir de la revisión a texto completo de cada uno de los artículos. Aparecen también gráficos de sectores que permiten ilustrar las medidas que cada uno de los grupos abarcaron dentro del total de técnicas de implicación familiar definidas en la literatura incluida, revisada y vaciada para análisis.

En función de la naturaleza de la técnica o factor de implicación familiar evaluado/a por los estudios incluidos en las revisiones, se clasificaron en cuatro grandes grupos: factores organizacionales, del programa, familiares y del formador. En las tablas se definen los grupos, las N de artículos incluidos en cada factor dentro de los grupos y las palabras clave que definen cada factor. En las figuras, se ilustra la representación porcentual de los artículos por factor.

Tabla 1*Factores organizacionales que facilitan el enganche*

Factor/Técnica	N art. ⁸	Propuestas
Interdependencia entre organismos	N=7*	-Colaboración organización programa-centros infantiles -Inclusión entornos atención primaria - Concienciación comunidad - Formación profesionales contexto - Difusión nacional programa prevención - Participación líderes comunidad - Vinculación capital social positivo - Modelo colaboración interagencial irlandés -
Entorno de trabajo de apoyo	N=2	-Actitud implementadores: atención ambivalencia - Apoyo organizacional - Reducción ansiedad - Facilitación recursos -
Supervisión	N=3*	-Supervisión profesionales salud en general (2) -
Capacitación personal y proveedores	N=7*	-Intervención en línea: investigadores y profesionales (tecnologías aprendizaje) - Capacitación profesionales salud (2) - Capacitación profesionales red social - Formación participantes locales - Plantillas descripción y replicación - Capacidad colaboración interdisciplinar -
Compromiso con el modelo de intervención basado en la evidencia	N=16	-Estrategias prevención/tratamiento en red (individuo, familia, sistema salud, estructura legal y social) -Rigurosidad aplicación programa (2) - Prevención primaria -Proyecto Pragmático participación - Modelo transteórico tratamiento - Prevención familiar – Psicoeducación - <i>Wilderness Adventure Therapy</i> (WAT) - Tª Positiva de Desarrollo Juvenil - Adaptación contextos clínicos -Análisis <i>Complier Average Causal Effect</i> y <i>Intent-to-Treat</i> - Terapia Estratégica Breve - Enfoque <i>FOSTER</i> - Terapia Cognitivo Conductual por computadora - Enfoque reducción daños - Terapia Sistémico-Motivacional -
Suministro de apoyos concretos a clientes	N=8	-Estrategias resolución problemas - Previsión problemas generalizados - Contemplar causas consumo - Reforzar adherencia: simplificación, apoyo, desestigmatización, aumento atención - Capital social positivo - Factores individuales, sociales, psicológicos y económicos - Apoyo organizaciones familiares - Intervención grupal + acción comunidad - Actividades comunitarias como variantes (2) -

Nota. Elaboración propia

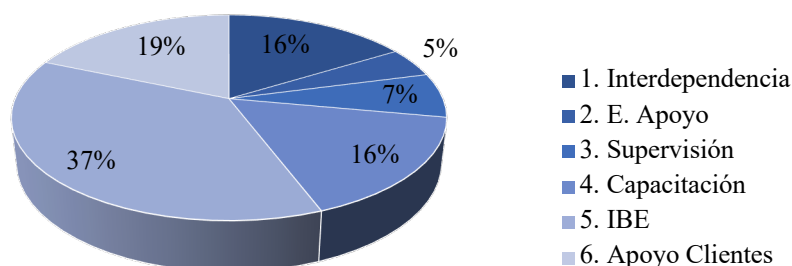


Figura 2. Relación N Artículos/Factor relativo a la organización. Nota. Elaboración propia

^{8 8} N art.: Número de artículos que defienden el factor o técnica categórica. Queda ilustrada en la primera columna de la izquierda de cada Tabla (1,2,3,4)

Tabla 2.*Factores familiares que facilitan el enganche*

Factor/Técnica	N art.	Propuesta concreta
Conciencia familiar del problema	N=4	-Conocimientos problema – comprensión necesidades vinculadas a la intervención preventiva– comprensión experiencias y necesidades grupos marginados – sensibilización problema – incrementar sentido responsabilidad – motivación parental en cuidado filial (superar efectos estigma) – mayor control y aceptación – generación interés -
Preparación para tratamiento: el cuidador y la familia están motivados	N=7	-Comprensión contenidos y praxis programa – guía para profesionales para toma de decisiones informada – formación integral formadores en habilidades comunicación, motivación o “coaching” de equipos –alianza terapéutica –psicoeducación de mejora actitudinal (CPP) –mecanismos participación subyacente -
Apoyo logístico	N=8	-Atención bajo nivel socioeconómico – atención a la “falta de tiempo” (2), “falta de medios” y “falta de conocimiento” – incentivo económico (2) – incentivos familias/recursos (3) – apoyo social, transporte, vivienda, creencias, relación formadora/participante, compromiso -
Valor percibido y beneficio del servicio	N=9	-Atención a factores bajo nivel socioeducativo – facilitar conexión entre sesiones – asesoramiento – incremento participación masculina – comunicación pareja (2) – accesibilidad apoyo social y servicios formales – mejora confidencialidad y reducción estigma – atención factores familiares e infantiles (no extrafamiliares) -
Bienestar del cuidador; buena gestión servicios	N=4	-Diagnóstico y estrategias preventivas individualizadas (2) – Apoyo y control personalizado – habilidades adaptación estrés – participación y retención padres – mayor satisfacción padres -
Expectativas realistas	N=1	- Paquetes informativos alumnos para llevar a casa a los padres + sesiones proactivas información familiar – Comprensión contenidos -

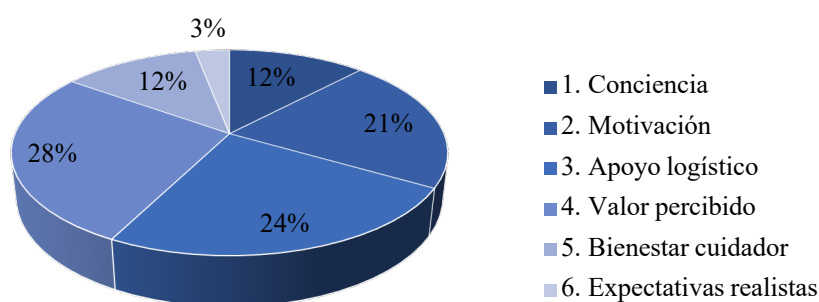
Nota. Elaboración propia*Figura 3.* Relación N Artículos/Factor Familiar*Nota.* Elaboración propia

Tabla 3.*Factores relacionados con el personal proveedor del programa*

Factor/Técnica	N art.	Propuesta concreta
Adaptación cultural	N=5	-Adaptación lenguaje (2)- tratamiento personalizado (psicoterapia individual) – técnicas de modelado – homogeneidad cultural -
Competencia cultural de los proveedores y del personal	N=10	-Detección individuos vulnerables recaídas (2)—identificación factores adherencia familiar – factores familiares retención - factores predictores no asistencia – intervenciones adaptadas – apoyo culturalmente sensible (mensajes, educación) – adaptar programa a condiciones locales – minimizar impacto eventos adversos – abordaje directo incumplimiento sistemático – adaptación económica y social – contemplación raza, edad, educación, expectativas educativas, modalidad intervención y duración – adaptación estrategias retención – adaptación sitios web – intervención culturalmente sensible con minorías étnicas -
3. Confiabilidad/amabilidad del personal	N=4	-Buena comunicación y relación de confianza – relación colaborativa a partir de alianza terapéutica (contenido informativo) – tratamiento sensible estigma – atención intereses adolescentes – factores generadores de confianza (motivación)- barreras multinivel (trato irrespetuoso, discriminación, distancia instalaciones – cooperación formador y familia – motivación y preparación formador para interacción positiva (confianza) -
Continuidad de la atención	N=5	-Seguimiento telefónico y atención individualizada – seguimiento basado en pautas – monitoreo indicadores desconexión – rastreo adherencia – evaluación funcionamiento y monitoreo alianza -
El proveedor es atento y responde a las necesidades de las familias	N=9	-Atención dudas y sugerencias – estrategias ajuste socioeconómico y adaptado a necesidades población diana (oportunidad interacción familiar, relaciones horizontales, facilitar conocimientos, estrategias respuesta necesidades socioeconómicas y servicios – intervenciones personalizadas (alianza) – relación formador y participante -

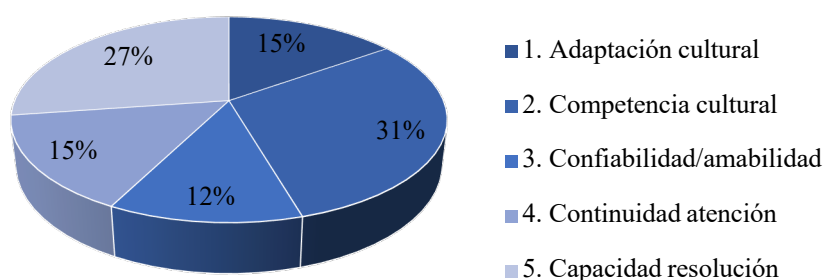
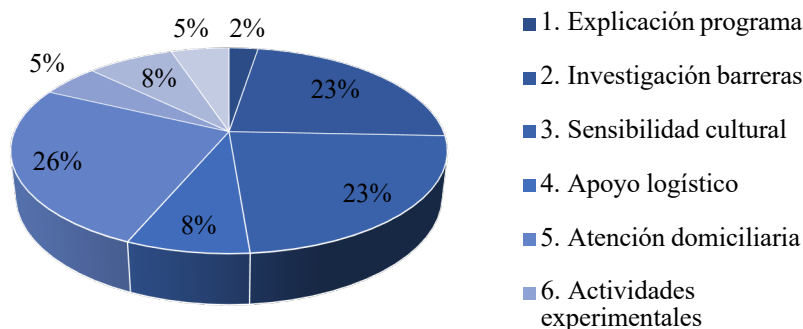
Nota. Elaboración propia*Figura 4.* Relación N Artículos/Factor Proveedor*Nota.* Elaboración propia

Tabla 4.*Factores del programa que facilitan el enganche*

Factor/Técnica	N art.	Propuesta concreta
Investigar sobre barreras y obstáculos para la participación: desarrollar planes para resolverlas	N=9	-Necesidades específicas (2) – Intervención comunitaria – empoderamiento/adaptación curricular –jóvenes protección – autoeficacia, tiempo, experiencia, incapacidad económica, falta habilidades – estigma, apoyo (3), pobreza (2)– educación, conocimiento, creencias, emociones – análisis de barreras – barreras vecindario (2) – estrategias apoyo afrontamiento estrés – estrategias educativas, conductuales y cognitivas – tiempo – grupos focales – constitución familiar -
Sensibilidad cultural: los materiales y métodos del programa	N=9	- Nivel socio-económico diverso – Asesor cultural, necesidades grupos subculturales, traducción (2), implementadores adaptados, sistemas de entrenamiento “, adaptaciones culturales contenidos, calidad implementación y evaluación resultados, alianzas locales e internacionales (4) – adaptación/problemas juveniles, nivel educativo padres (2) -
Suministro de apoyo logístico y flexibilidad	N=3*	-Acceso a personas con pocos recursos – recursos financieros para superar barreras acceso (2) – sistema de referencia y respuesta rápida – soporte telefónico – brevedad intervención e intensidad (3) – instalaciones – suficiencia profesionales -
Servicios basados en el hogar	N=10	-Visitas e intervención domiciliaria (3) – Intervención asistente digital – prevención online (3)– recordatorio mensajes – manual autoayuda + consejero telefónico -
Actividades experimentales	N=2	-Educación basada en el video (2) -
Entrevistas motivacionales	N=4*	-Entrevista motivacional (3) -
Intervención Basada en la Evidencia (IBE)	N=2	-Rigurosidad en aplicación de contenidos del programa -

Nota. Elaboración propia*Figura 5.* Relación N Artículos/Factor Programa.*Nota.* Elaboración propia

En segundo lugar, se facilita información adicional e inédita del estudio observacional descriptivo realizado con la colaboración de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal -Dirección General de Dependència del Gobierno Balear-. La población que formó parte de la muestra sobre la que se realizó el estudio, es descrita en términos de; área territorial (1), género (2), edad (3), naturaleza del hogar (4), nivel de estudios (5), parentesco cuidador-dependiente (6) y domicilio (7).

- *Por área territorial:* el 38,89% de la muestra formaba parte de los municipios de menos de 20.000 habitantes mientras que el 29,21% a los municipios de más de 20.000 y el resto a Palma (30,9%).
- *Por género:* el 33,7% de los sujetos encuestados fueron hombres y el 66,3% fueron mujeres.
- *Por edad:* el 38,8% tenía menos de 75 años, mientras que el 61,2% tenía 75 años o más. Se identifica una predominancia de la población masculina en situación de dependencia por debajo de los 75 años de edad (46,7% hombres y 34,7% mujeres). Estos datos se invierten si miramos la distribución por encima de los 75 años de edad (53,3% hombres y 65,3% mujeres).

Ubicando el punto de mira entre grado de dependencia y sexo, se observa como la proporción de mujeres queda distribuida en 46,6% en el Grado I, 36,4% en el Grado II y el 16,9% en el Grado III. En el caso de los hombres, queda en el 43,3% en el Grado I, 43,3% en el Grado II y 13,3% en el Grado III.

- *Naturaleza del hogar:* el 49,4% de los hogares estaban constituidos por 2 personas. El 17,4% por 4 y el 15,7% por 1. El 27,5% tenían 2 hijos, el 20,2% no tenían hijos y el 19,7% tenía 3.
- *Nivel de estudios:* el 11,8% de la muestra era analfabeta, el 35,4% de la población no disponía de estudios, pero sí sabía leer y escribir, el 36,5% disponía de estudios primarios, el 11,2% contaba con estudios secundarios y solo el 5,1% tenía estudios superiores. Cruzando los datos entre nivel de estudios y edad, es posible inferir que la tendencia al estudio es una característica más vinculada a las personas menores de 75 años de edad (42% con estudios primarios).

Predomina la situación de no tener estudios a pesar de sí saber leer y escribir entre las personas de 75 o más años de edad (44%). El mayor volumen de población analfabeta se ubica en el Grado II (17,4%), exagerándose fundamentalmente en la proporción de personas que no tienen estudios, pero sí saben leer y escribir en la muestra relativa al Grado I (43,2%). Diferencias que se reducen entre la población con estudios primarios (37%, 36,2% y 35,7% en los Grados I, II y III). Se observa que el 8,6%, el 11,6% y el 17,9% correlativamente, cuentan con estudios secundarios, y el 4,9%, el 1,4% y el 14,3% con estudios superiores.

- *Parentesco cuidador-dependiente:* En el 30,9% de los casos, la persona dependiente era el padre o la madre de la persona cuidadora, el 18,5% era el hijo o la hija, el 30,9% el esposo o la esposa, el 6,2% una hermana o hermano y el 5,1% otros.
- *Domicilio:* En el 69,7% de los casos, el domicilio de la persona cuidadora coincidía con el domicilio de la persona dependiente. Por género, la tendencia es sugerente: el 83,3% de las personas que conviven con el cuidador son hombres, mientras que se reduce al 62,7% la proporción de mujeres que viven con el cuidador familiar principal. Por grado, como era de esperar, se identifica una

relación significativa en la coincidencia domiciliar. A mayor grado de dependencia, mayor probabilidad de convivir con el cuidador principal.

Por las características dadas, se identifica como la muestra seleccionada cumple con las condiciones que garantizan su representatividad por cuestiones de territorio, de género y de edad; criterio que permite la inferencia en los resultados devenidos del análisis estadístico posterior.

ANEXO 2

Transcripción panel de expertos y valoraciones participantes

AUDIO: 3 may. 18.46h. BOTONS

Valoraciones:

- La actividad del árbol ha gustado mucho.
- Ha sido importante el poder estar en grupo y conocer los problemas de otras personas para darte cuenta de las cosas importantes.
- Ayuda a reflexionar.
- Cariño y aprendizaje y por ayudarlo a ver las cosas importantes del día a día.
- Es un regalo. Poder compartir con las personas que queremos y con otras personas que pasan por una situación similar. Tener un espacio de escucha para cuidadores y personas dependientes.
- Pasar tiempo en el programa con las personas que queremos. Aprender y mejorar a hacer las cosas de diferente manera.
- Aprender habilidades como la perseverancia. Los formadores han hecho fácil la teoría y la práctica.
- Cada sesión aprendías de las otras personas y ha habido una ayuda mutua. Se aprenden herramientas para continuar el día a día con cualquier persona (hijos, padres, pareja, etc.)
- Crecimiento personal. Relaciones positivas con los otros participantes.
- Se ha formado un grupo muy cohesionado.
- El programa a beneficiado a los participantes.
- Experiencia positiva. Ganas de repetir otro programa.
- Tener conciencia de que en la situación que viven no sólo importan los problemas de uno mismo, sino que los sentimientos y preocupaciones de las otras personas también son importantes.

Los formadores evalúan los siguientes puntos del programa:

1. Actividades y prácticas para casa

Sesión 0	<p><u>Actividades</u></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Los caramelos</i>, tiene buenos resultados.• <i>Que te gusta de ti mismo</i>, tiene resultados positivos. Hubo un caso en el que los cuidadores eran mayoritariamente hombres y les costó expresarse en la actividad.• <i>Como aprendemos</i>, resultados positivos y duración adecuada.• Adaptar el lenguaje a la actividad <p><u>Prácticas para casa</u></p> <ul style="list-style-type: none">• En general, no han gustado.• Pocos participantes solían realizarlas. Sobre todo porque a algunos les cuesta/no saben escribir.• Otros sentían que es una carga de trabajo innecesaria.• Los que realizaban la actividad para casa, al comentarla la semana siguiente, no se acordaban de cómo había ido o que habían hecho.• Los formadores encuentran innecesario explicarlas.• Se propone que el registro lo lleven a cabo los formadores, en vez de las familias.• Como las prácticas para casa no han funcionado como tareas, se propone: dedicar tiempo en la sesión a preguntar cómo ha ido la semana, si han puesto algo en práctica de lo aprendido en el programa, qué les ha funcionado, etc. Y, de manera oral, incidir en lo que ha funcionado para que se consoliden las habilidades aprendidas.• <i>Nuestro tiempo</i>, es un poco repetitivo. Ya que debían repetirlo siempre a la hora de explicar la práctica para casa.• Las actividades podrían estar fuera del manual, en hojas aparte que se darían en la sesión.
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none">• <i>El poder de la recompensa</i>, funciona muy bien.• Las actividades se evalúan positivamente.
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none">• <i>Las metas y objetivos</i> provocan confusiones en los participantes. Cambiar el lenguaje, para que sea más comprensivo.• Por otro lado, se considera que las personas mayores ya no les interesa las definiciones sobre metas y objetivos.

2. Duración de las sesiones

- Los participantes sienten que tienen que hacer las sesiones con prisa.
- Las personas dependientes les cuesta cambiar de aula.
- Algunos cuidadores no sabían escribir, esto suponía que necesitaban algo más de tiempo.
- La selección del grupo es muy importante y que afecta a la duración y actividades de las sesiones. Sobre todo hay problemas si hay personas con deterioro cognitivo.
- Dos horas y media de duración es más que suficiente.

(Nota: la valoración general es que la duración de las sesiones es adecuada, lo único sería tener en cuenta que algunas personas necesitan 5 minutos para cambiar el aula)

3. Contenido de las sesiones

- La duración de la sesión debería contemplarse desde los contenidos que tiene cada sesión en concreto. Es decir, si hay mucho contenido en una sesión, debería chaparse en dos o que la sesión tuviese otra duración.
- En el material de soporte: revisar el lenguaje de los contenidos, porque a veces se utiliza el mismo que el de PCF padres e hijos.
- “Decid” se utiliza mucho dentro del manual. Y no permite dejar a los familiares tiempo a debatir o obtener feedback.
- Revisar la terminología de los adultos mayores, porque pueden provocar confusión. Cambiar por “persona a la que cuidáis”.
- Añadir más ejemplos para que los contenidos sean más fáciles de interiorizar.

SESIÓN 1	Perfecta, ninguna queja ni nada que cambiar.
SESIÓN 2	El contenido es muy “tajante” / “violento” en cuanto a los contenidos de la sesión. A nivel conductual está demasiado adaptado a PCF de padres e hijos que a cuidadores y dependientes.
SESIÓN 3	Se considera que faltan actividades. Revisar el contenido de “castigo” porque las personas dependientes no entendían y era “violento”.
SESIÓN 4	Se necesita dedicar un poco de tiempo a realizar una contextualización para explicar los términos que aparecen en esta sesión. La parte de la “ <i>presión social y decir no</i> ” se ve innecesaria con el colectivo que se trata en este programa. Además, “ <i>decir no</i> ” se interpretaba de otra manera como no aceptar regalos.
SESIÓN 5	Se necesita adaptar el tiempo porque los formadores no pueden llevar a cabo todo el contenido de la sesión, los cuestionarios, etc. Y los participantes quieren hacer un feedback del Programa. El “contrato” se considera mejor realizarlo primero por separado y luego conjuntamente.

4. Cuestionarios

- Cuestionarios pre-test y post-test: falta tiempo para completarlos. Se concluye que los cuestionarios deberían hacerse fuera de la aplicación del programa. Incluir una sesión previa para su realización. Y otra sesión para realizar los post-test.
- Deberían quitarse los cuestionarios de la sesión 0, hacerse previamente y de manera privada. Debido a la falta de tiempo y porque los cuestionarios tienen preguntas muy personales. En una aplicación, estas preguntas bloquearon a algunos participantes del programa. Una formadora comenta que hizo los cuestionarios post-test en su despacho (porque la familia tuvo un viaje y no pudo asistir a la última sesión) y la realización de estos fue muy positiva. La realización de los cuestionarios debería ser separando a los dos grupos: cuidadores y dependientes. Para que no se condicionen las respuestas. Se considera una buena opción separar los grupos por aulas.
- Confusión con la terminología de familiar en los cuestionarios. Debido a que no sabían si se refería al cuidador o a los que conviven con la persona dependiente u otros familiares.

5. Merienda

- Se propone hacer “la merienda” al finalizar la sesión 0. Se considera que los participantes no se conocen y que la merienda al final puede ser menos “violenta”.
- Revisar horarios con las meriendas.
- Se concluye que son fundamentales.

6. Manuales

- Consideran que los manuales para las familias tienen mucho texto. Se ponían nerviosos al tener que leer tantos conceptos.
- Adaptar el lenguaje para que sea más fácil de comprender.

7. Perfiles

- A los hombres les cuesta más expresarse y participar.
- Seleccionar personas que no tengan las competencias que se tratan en el programa. Para que sea más productivo, sobretodo con las relaciones entre los participantes.
- En ocasiones se han producido momentos duros en los que las personas cuidadoras no han venido a las sesiones. Y las personas dependientes no han podido participar en las dinámicas conjuntas.
- Preguntar a los participantes que disponibilidad horaria para decidir después si aplicar el programa por la mañana o por la tarde.
- Grupo óptimo: 8 a 10 familias. Grupo aplicable: 6 a 12 familias.
- Preparar los grupos para tener en cuenta las bajas, para que no perjudiquen a la dinámica grupal. Si la aplicación sólo tiene 6 grupos se debe cancelar por si producen bajas.
- Afectó la presión del calendario a la aplicación del programa.

8. Espacios

- Hay algunos que necesitaban una preparación previa.
- Hay participantes que utilizan caminador y el espacio estaba muy lejos de los baños.
- Tener en cuenta utilizar espacios donde no sea muy difícil aparcar.
- Revisar el tema de las llamadas: que la administración se encargue de llamar y proporcionar la información correcta y necesaria a los participantes.
- Intentar que sea en un horario o un espacio que no llegue a molestar a otras personas que están trabajando en el mismo edificio.
- Revisar el horario. Tanto para realizar las sesiones y la merienda.

9. Formadores

- Valoran positivamente tener un formador de más o de reserva, por si alguno falla. 4 formadores es un número perfecto.
- Formación previa: les parece insuficiente. Es necesario que todos los formadores trabajen y se formen en todas las sesiones de todos los manuales. Se propone una formación específica del manual que trabajará el formador (trabajar las sesiones una a una) y una formación introducción que explique a los formadores el programa y que de unas pinceladas a lo que se trabaja en los otros manuales.
- *¿Cualquier persona puede ser formador/a?* Se concluye que sí, si tienen habilidades para trabajar con el colectivo que se trabaja con esta aplicación del PCF, aunque no tenga formación previa/experiencia con el colectivo. Pero el programa podría fracasar si las personas tienen formación/experiencia previa con el colectivo, pero no se les forma para aplicar el programa.

10. Coordinación con otros servicios

- El filtro para la selección de los participantes debería ser Dirección General de Dependencia.
- Tener en cuenta el perfil del filtro: no se recomienda, por ejemplo, una enfermera. Debería ser un **perfil profesional social**.

11. Otros

- Incentivos: no hay una conclusión unánime.
- Contacto por WhatsApp: se concluye que mejor no, porque se puede hacer un mal uso.
- Dinámicas conflictivas: se necesita formación para la reconducción de las sesiones. También el idioma, hay personas que no entienden el mallorquín, se hizo la sesión en castellano y algunas personas se enfadaron porque no querían en este idioma.
- Se han ido asimilando los contenidos de las sesiones.
- Nivel de satisfacción de participantes y formadores: positiva, lo único negativo es que los formadores debían darse prisa en explicar los contenidos por la falta de tiempo.
- Atención hacia los formadores de parte de Lluc: positiva.
- Otros servicios que hayan observado cambios en las familias: no ha habido feedback.

ANEXO 3

Galería de imágenes de las aplicaciones del PCF-Auto – evidencias gráficas



Nota. Primer día de sesión en el Instituto Mossèn Alcover de Manacor. Presentación del programa y pasación de cuestionarios pre.



Nota. Primer día de sesión en “Botons”. Las formadoras Míriam Ramírez, Sonia Cruz y Maribel Moya, presentan el programa. Los participantes se presentan y realizan los cuestionarios pre.



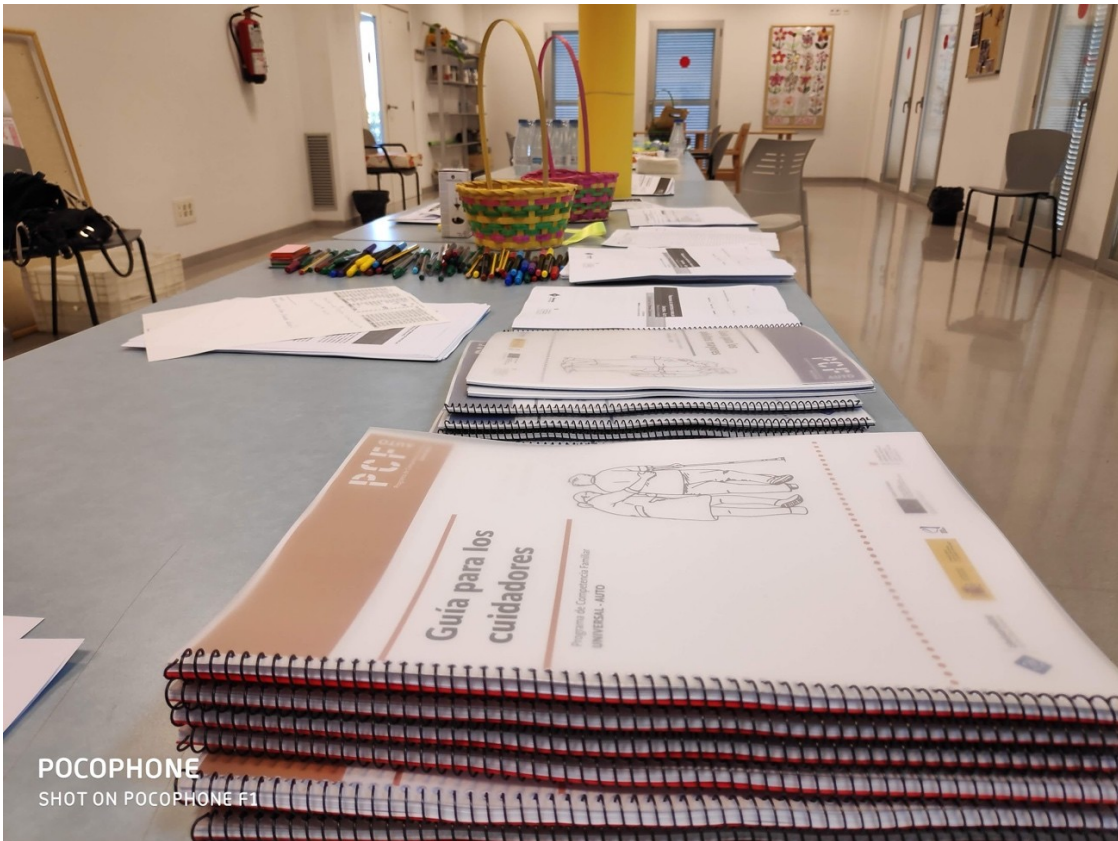
POCOPHONE
SHOT ON POCOPHONE F1

Nota. Role-playing de la sesión 2 de familias en el Instituto Berenguers d'Anoia de Inca. Las formadoras; Paquita Cloquell, sentada a la izquierda y Rosa Perelló, en representación.



POCOPHONE
SHOT ON POCOPHONE F1

Nota. Cuarta sesión de familias de PCF-Auto en las instalaciones de Joan Crespí con las formadoras Elsa Herranz, Juan Cruz, Pilar Perales y Margarita Eugenia Ginard.



Nota. Primer día de aplicación en “Son Cladera”, antes de la llegada de las familias. En la imagen aparecen los manuales y los materiales preparados para la sesión.



Nota. Gregorio Molina, formador de la aplicación realizada en Manacor con las familias participantes. Esta imagen muestra la complicidad generada por la relación de cooperación y de confianza generada en el transcurso de las sesiones del PCF-Auto.



Nota. Puntos fuertes destacados por parte de los adultos mayores de si mismos, de sus parejas y de sus familiares



Nota. Paquita Cloquell mostrando y colgando los pósters de la sesión de adultos mayores en Inca.



Nota. Merienda-cena de la última sesión en la que se celebra la fiesta de graduación y despedida.



Nota. En Palma “Nord”, preparando las actividades de la primera sesión. En la imagen aparecen las formadoras Carmen Fiol, valoradora de dependencia, Elsa Herranz, del servicio de Tutela, y Sonia Cruz, trabajadora social PIA.



Nota. Realizando el álbum de fotos del último día en “Botons”



Nota. María, persona con dependencia de Grado I en la sesión 5 y la investigadora en formación.

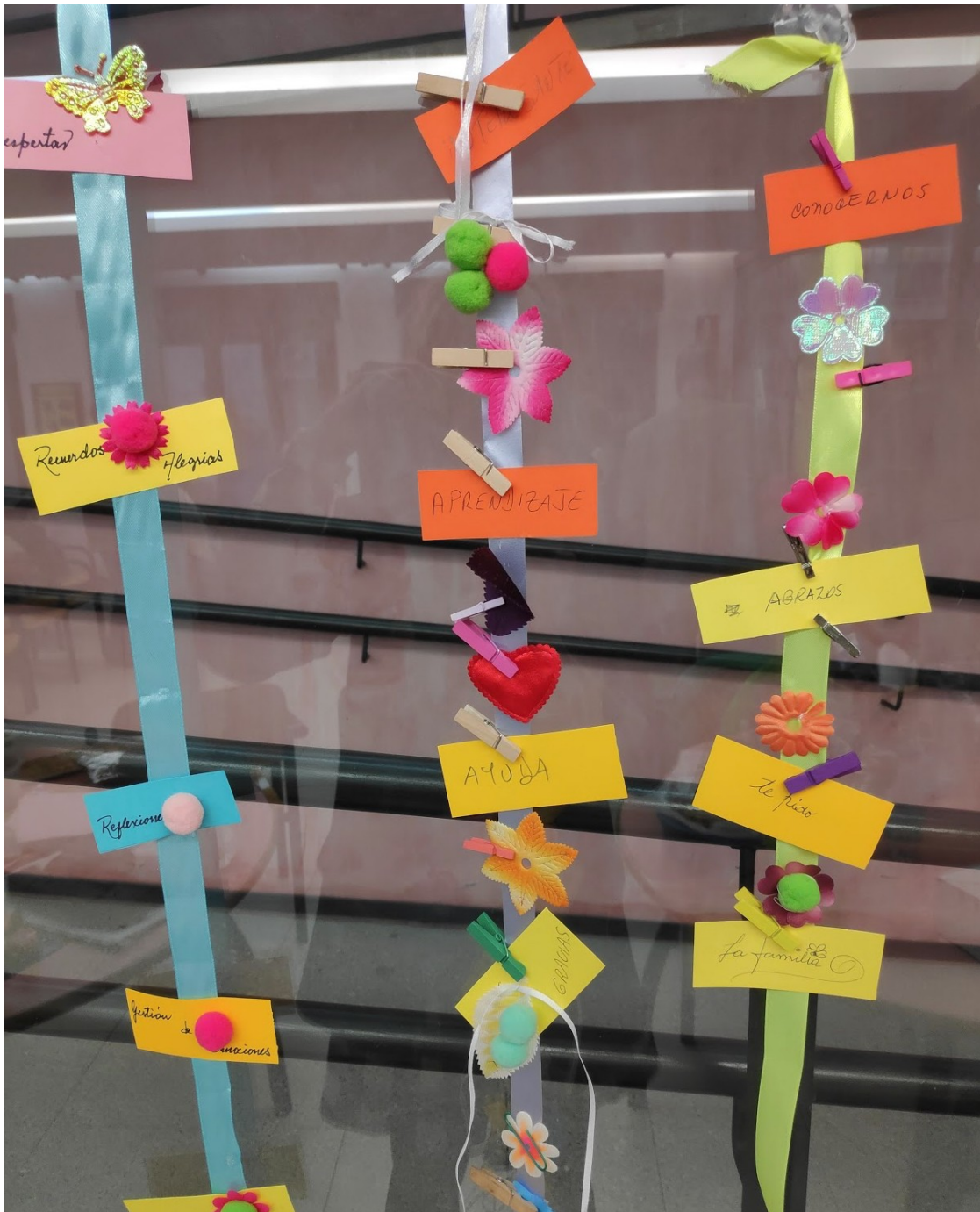


POCOPHONE

Nota. Fotografía realizada tras la sesión 6 con las familias del grupo realizado en Manacor. En la imagen aparecen las formadoras Marga Ribot y Magdalena Llabrés, dos trabajadoras sociales PIA de Manacor y Gregorio Molina, en aquel momento Director Técnico y actual Director General de Dependencia.



Nota. Entrega de los certificados de última sesión con fotografía con las formadoras. En la imagen aparecen Miriam, Sonia y Maribel; tres trabajadoras sociales PIA.



Nota. Resultados de los incentivos por sesión: en el primer día se les explicó que tras cada sesión se les facilitarían cartelitos con adornos para realizar un colgador de nevera. Así, tras cada sesión, las familias tenían que acordar qué era lo más significativo que se llevaban de la jornada de PCF-Auto. El último día de sesión hicimos las exposiciones con los colgadores de cada familia.



Nota. Preparativos de los incentivos del último día de sesión para realizar un álbum de fotos con las fotografías realizadas a lo largo de las aplicaciones de PCF-Auto



Nota. Fiesta de la sesión 6 en el corral de las instalaciones facilitadas por el Ayuntamiento de Palma para realizar las aplicaciones del PCF-Auto, “Botons”.



Nota. Gregorio Molina, formador en el PCF-Auto, realizando una de las exposiciones de la sesión 5.



Nota. Primer día de aplicación de PCF-Auto en Palma Nord



Nota. Formación de formadoras para segundo pilotaje del PCF-Auto, realizada en la residencia Son Güells.



Nota. Presentación formal del PCF-Auto a las formadoras por parte del Director General de Dependencia del Govern de les Illes Balears, Gregorio Molina, de la Dra. Orte, IP del Grupo de Investigación y Formación Educativa y Social (GIFES-UIB) y de la doctoranda que presenta la actual tesis doctoral.

ANEXO 4

Materiales PCF-Auto

Entre las labores de diseño del PCF-Auto, tuvo lugar el diseño, elaboración y maquetación de manuales, guías y carteles, que se adjuntan en el presente ANEXO 4.

- [Manual de formación para las sesiones con los familiares y/o cuidadores.](#)
- [Manual de formación para las sesiones con los adultos mayores.](#)
- [Manual de formación para las sesiones con las familias.](#)
- [Manual de implementación del programa.](#)

Las siguientes Figuras 15, 16, 17 y 18 representan las carátulas de cada uno de los manuales necesarios para la implementación del PCF-Auto:



Figuras 15, 16, 17, 18: Elaboración propia a partir de los manuales de formación para las sesiones con los cuidadores, con los adultos mayores, con las familias y del manual de implementación necesarios para la aplicación del PCF-Auto

Se incluyen dos *guías* que se entregan a los familiares y a los adultos mayores. Se trata del material con el que prepararán, seguirán y recordarán las sesiones.

- [Guía de los cuidadores.](#)
- [Guía de los adultos mayores.](#)



Figuras 19 y 20. Elaboración propia a partir de la guía para los cuidadores y la guía para los adultos mayores diseñadas para la implementación del PCF-Auto

Finalmente, se dispone de *carteles* en los que se resumen, esquemáticamente, los criterios y aspectos fundamentales de cada una de las sesiones.

Asimismo, se adjuntan los diferentes instrumentos de medición necesarios para comprobar la eficacia del PCF-Auto, en el cumplimiento de sus objetivos.

Manual de implementación del programa

Programa de Competencia Familiar
UNIVERSAL - AUTO



Universitat
de les Illes Balears



Unión Europea

Fondo Europeo
de Desarrollo Regional
"Una manera de hacer Europa"



G CONSELLERIA
O SERVEIS SOCIALS
I I COOPERACIÓ
B DIRECCIÓ GENERAL
/ DEPENDÈNCIA

MANUAL DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

AUTORES:

Carmen Orte Socías (Universitat de les Illes Balears)
Lluís Ballester Brage (Universitat de les Illes Balears)
Maria de Lluç Nevot Caldentey (Universitat de les Illes Balears)
Josep Lluís Oliver Torelló (Universitat de les Illes Balears)
Belén Pascual Barrio (Universitat de les Illes Balears)
Marga Vives Barceló (Universitat de les Illes Balears)
Joan Amer Fernández (Universitat de les Illes Balears)
Maria Antònia Gomila Grau (Universitat de les Illes Balears)
Rosario Pozo Gordaliza (Universitat de les Illes Balears)
Miren Fernández-de-Álava (Universitat de les Illes Balears)
Victòria Quesada Serra (Universitat de les Illes Balears)
María Valero de Vicente (Universitat de les Illes Balears)
Lydia Sánchez Prieto (Universitat de les Illes Balears)
Carmen López-Esteva (Universitat de les Illes Balears)

COLABORADORES:

Albert Cabellos Vidal (Universitat de les Illes Balears)

Il·lustrador: Pau Oliver García-Delgado

Diseño de las portadas: Lluís Vidaña Lladó y Albert Cabellos Vidal

Diseño y maquetación: Lluís Vidaña Lladó y Albert Cabellos Vidal

ISBN: 978-84-8384-367-3

DL: PM 1528-2017

RESPONSABLES DE LAS ORGANIZACIONES QUE DESARROLLAN EL PROGRAMA , COORDINADORES Y FORMADORES

Estáis a punto de conocer un programa que beneficiará en gran medida a las familias con personas en situación de dependencia que participen, en especial a las que completen el programa de competencia familiar¹. La implicación de las familias que necesitan y quieren mejorar sus competencias, fomentar la autonomía de sus adultos mayores, así como la calidad de sus relaciones mediante la formación en nuevas técnicas y la mejora de su capacidad educativa, no se puede subestimar. Estamos seguros de que este programa de fortalecimiento familiar proporcionará un apoyo efectivo a todos los participantes.

Este **Manual de Implementación** ha sido desarrollado para ayudar a los coordinadores y formadores en el cumplimiento del programa de competencia familiar (PCF-U² 11-14). El manual proporciona información sobre el PCF y responde a las preguntas más frecuentes para desarrollar el programa.

Algunos de los temas tratados en este manual son:

- Formación, preparación de los formadores y materiales
- Logística para desarrollar el programa
- Incentivos para las personas mayores y sus familias
- Resolución de los problemas más frecuentes
- Técnicas de facilitación de los grupos
- Cuestiones éticas

Esperamos que el manual ayude a desarrollar el programa de la mejor manera posible, mejorando de manera eficaz las habilidades de la familia. El PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR (PCF) es un programa activo, basado en investigaciones realizadas desde los años ochenta del siglo XX. Estamos constantemente actualizando y añadiendo criterios, así como material didáctico, para atender a las necesidades de las familias de forma eficaz; por eso agradecemos las preguntas, sugerencias y comentarios. Si tenéis cualquier comentario o pregunta, por favor comunicádnoslas, encontraremos nuestras referencias en la página web: <http://competenciafamiliar.uib.es/>.

Una vez más, os damos la bienvenida al programa de competencia familiar.

Carmen Orte, Investigadora principal de la adaptación española del Programa de Competencia familiar.

Universitat de les Illes Balears

¹ Para facilitar la lectura, se evita el uso continuado de la duplicidad de género (formador/formadora). Así, cada vez que se mencione formador, etc. se entiende que se hace referencia a ambos sin que eso implique ningún tipo de consideración discriminatoria ni valoración peyorativa.

² A partir de aquí PCF se refiere exclusivamente a las siglas de la versión.

1. PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA	9
1.1. Fundamentos teóricos y experimentales del PCF	12
1.1.1. Envejecimiento activo	13
1.1.2. Determinantes sociales de dependencia y autonomía	17
1.1.3. El rol de la familia	19
1.2. Experiencia internacional. Adaptaciones en diversos países	20
1.3. Dimensión social de la dependencia percibida por las personas mayores	20
1.3.1. Barreras y limitaciones percibidas por las personas dependientes	20
1.3.2. Cuidados recibidos por las personas dependientes	22
1.4. Los cuidadores familiares	23
1.4.1. La relación de la persona dependiente y su cuidador/a	23
1.4.2. El impacto del cuidado sobre el cuidador	24
1.5. Resumen de la presentación de los fundamentos del PCF - AUTO	27
1.6. Adaptación para la población española	28
1.6.1. Lenguaje y aspectos formales	29
1.6.2. Aspectos estructurales	29
1.6.3. Contenido de las sesiones	30
1.6.4. Evaluación del programa	30
2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR - AUTO	31
3. ESTRUCTURA Y CONTENIDO DEL PROGRAMA	34
3.1. Estructura de las sesiones	34
3.2. Formato del Programa de Competencia Familiar (PCF)	34
3.3. Contenido de las sesiones	35
4. PARTICIPANTES: CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	36
4.1. Criterios de inclusión	36
4.2. Criterios de exclusión	37
4.3. Dimensiones y formación de los grupos	37
4.4. Captación de las familias: La entrevista motivacional	38
4.5. Mantenimiento y pérdida de participantes	39
5. APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR	41
5.1. Descripción de los materiales didácticos	41
5.1.1. Manuales	41
5.1.2. Guías	43
5.1.3. Carteles ("Póster")	43
5.2. Consejos para mejorar la eficacia del PCF-U AUTO	44
5.3. Incentivos del PCF-U AUTO	44
5.3.1. Incentivos de los adultos mayores	45
5.3.2. Incentivos de los cuidadores	46

5.3.3. Incentivos para las familias	46
5.3.4. Incentivos del servicio de guardería	46
5.3.5. Recursos formales: Incentivos para el personal y organizaciones	47
5.3.6. Recursos necesarios	48
5.4. Comprobaciones básicas	48
6. RECOMENDACIONES SOBRE LAS CONDICIONES DE APLICACIÓN	49
6.1. Recursos humanos	49
6.1.1. Formadores	49
6.1.2. Monitores para los niños y las niñas	52
6.1.3. Voluntarios colaboradores	53
6.1.4. Coordinador del programa	53
6.1.5. Evaluadores externos	53
6.2. Recursos espaciales	54
6.3. Recursos materiales	54
6.3.1. Recursos permanentes	54
6.3.2. Recursos específicos (para cada sesión y aula)	55
6.3.3. Recursos motivacionales	56
6.4. Recursos y orientación para el seguimiento	56
7. FUNCIONAMIENTO DE LAS SESIONES: CRITERIOS GENERALES Y ORIENTACIONES PARA LAS DINÁMICAS DE GRUPO	57
7.1. Orientaciones generales	57
7.2. El enfoque metodológico para el desarrollo de la competencia familiar	59
7.3. Orientaciones sobre el estilo comunicativo de los formadores	61
7.4. Cómo crear un ambiente positivo	62
7.5. Cómo actuar en situaciones de dificultad en las sesiones	63
7.6. Actividades para la consolidación de los aprendizajes. Prácticas para casa	63
7.7. Las dinámicas de grupos: Criterios y recomendaciones técnicas	64
7.7.1. Criterios para las dinámicas grupales	64
7.7.2. Técnicas o procedimientos grupales para la implementación del programa	67
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	71
8.1. Comunicación inclusiva: Adaptación cultural y de género	71
8.2. Confidencialidad	71
8.3. Obligación de denunciar	71
8.4. “De eso no se habla” y secretos familiares	72
8.5. Coherencia de los formadores	72
9. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	72
REFERENCIAS	73

1. PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA

Uno de los principales retos que tenemos en España respecto a la prevención de las situaciones de dependencia en edades avanzadas es el de **disponer de programas de prevención familiar universal basados en la evidencia científica** que puedan estar disponibles para su utilización en diferentes contextos preventivos relacionados con las familias, ya sea en contextos formales como el red estatal de servicios para las personas en situación de dependencia o en contextos no formales como los centros de servicios sociales, de salud, culturales o de otro tipo.

Tal como recoge Przybylski en 2008, el **movimiento basado en la evidencia científica**, se originó en el campo de la medicina y de la salud pública en torno a la década de los 80, a partir de declaración de A.L. Cochrane respecto a la falta de evidencia científica de la mayoría de tratamientos médicos que se llevaban a cabo en la práctica diaria. Unos años más tarde, la comunidad médica empezó a proporcionar evidencia científica de las intervenciones a partir de estudios rigurosos y a diseminarlo entre los profesionales del ámbito en un formato que fuera fácilmente accesible para ellos. Esta práctica se ha ido diseminando a otros campos tales como la psicología, la educación, la intervención social o la criminología. Una premisa fundamental de este movimiento es que la información utilizada debe ser fiable y creíble.

Aplicado al ámbito de la prevención, los **programas basados en evidencia** son programas que han demostrado su eficacia en la intervención, obtenida a partir de estudios rigurosos que han sido debidamente evaluados y validados; generalmente, mediante ensayos controlados aleatorizados o diseños casi experimentales, y han demostrado que producen resultados positivos identificables (Small, Cooney and O'Connor, 2009; Social Research Unit, 2012).

Una característica muy importante de estos programas es que han tenido en cuenta la **diseminación** en una forma que facilita el acceso a los profesionales para su valoración y aplicación de forma ágil. Es por ello que disponen de un **currículum**, bien identificado y documentado, que facilita su diseminación y su utilización en los servicios y organizaciones públicas y privadas para orientar la acción y la intervención y conocer los resultados de la misma fomentando la buena práctica. Es en esta línea que las administraciones públicas y entidades financiadoras piden, y es bueno que lo hagan, **eficacia probada para los programas en los que invierten recursos públicos**, mejorando la calidad de la atención que proporcionan y con ello la probabilidad de obtener los resultados esperados (Orte, 2013).

En cuanto a la importancia de la **dimensión familiar**, según (Ortiz, 2007) cabe destacar el papel principal que ésta desarrolla, como amortiguadora del impacto que la enfermedad incapacitante o la discapacidad efectúe sobre la persona, como facilitadora del proceso de adaptación a su situación de dependencia, como proveedora de recursos de apoyo y cuidado, como promotora del bienestar, de la salud, de la autonomía, de la autoestima, así como de su rehabilitación/habilitación a partir del déficit funcional que padezca, como elemento clave de desarrollo afectivo, cognitivo, social y de personalidad, como herramienta básica para el manejo y reducción, tanto de la frecuencia, duración e intensidad, de aquellas alteraciones de comportamiento que puedan devenir en razón de la enfermedad incapacitante o de la discapacidad mencionada. Aquí resulta fundamental destacar la existencia de ciertas actitudes familiares que serán facilitadoras y otras, que dificultarán la atención y promoción de la autonomía de la persona en situación de dependencia. Algunos ejemplos pueden ser, la sobreprotección, las actitudes negativas frente a la discapacidad y la persona que la padece, el

envejecimiento y las personas mayores, la enfermedad y las personas con enfermedad mental, crónica o terminal.

Una de las cuestiones centrales de los programas basados en la evidencia científica, con capacidad de producir y medir los cambios en relación a los objetivos preventivos, tiene que ver con su **diseminación** y con su **mantenimiento a lo largo del tiempo**. Justamente lo que se pretende es que la población destinataria de los programas de prevención pueda beneficiarse de los mismos a través de las distintas organizaciones, y servicios que los oferten, ya sean servicios sociales, de salud o de otra naturaleza, vinculados con las familias y los profesionales que forman parte de los mismos. Así pues, la cuestión de la diseminación de los programas de prevención tiene que ver, pero no solo, con la calidad de los materiales o curricula del programa de que se trate, junto a otros recursos de apoyo, protocolos de evaluación y orientaciones para su implementación y evaluación. Sin embargo, uno de los aspectos que hasta ahora no se ha discutido suficiente y que está limitando la diseminación de estos programas, a pesar de su prestigio como programas fundamentados e incluso con resultados medibles con indicadores biológicos (Brody, 2014), además de comportamentales y psicológicos, es el **coste de llevarlos a cabo**. Una cuestión que se tuvo ocasión de debatir en el mes de mayo de 2014 en el marco de la 22 edición de la **Conferencia de la Sociedad de Investigación en Prevención** (Society for Prevention Research, SPR), que tuvo lugar en Washington a finales de mayo principios del mes de junio de 2014.

Al respecto de esta cuestión, la **relación coste-beneficio** en los programas de prevención basados en la evidencia es muy positiva porque, entre otros beneficios, previenen las problemáticas objeto de prevención (en el caso de las situaciones de dependencia, de identificarse intervención temprana basada en la evidencia reduciría y retrasaría las necesidades derivadas de la dependencia) y contribuyen al ahorro de los costes sociales de las atenciones que requieren las personas con dependencia avanzada. Con todo, una dimensión temporal y una **evaluación a largo plazo** es necesaria para poder valorar dichos beneficios, y por ello debe formar parte de la agenda de planificación política de la Administración, y de forma más concreta, de la planificación técnica y de los recursos inmediatos que se ponen en marcha en la práctica preventiva a través de programas.

Hay también otras cuestiones importantes que influyen y condicionan la diseminación y el mantenimiento de los programas en el tiempo, y que deben tenerse en cuenta, nos referimos, por ejemplo a algunas de ellas: la **formación específica de los profesionales** en los contenidos de los programas o incluso a otros aspectos de importante calado como el acceso universal de las familias y su motivación y mantenimiento en los programas preventivos, aspectos que requieren un tratamiento muy específico, dados los bajos porcentajes de asistencia y mantenimiento de estas familias en los programas de prevención universal. También las **dotaciones económicas a programas de prevención de larga duración** y con vocación de permanencia como oferta de las instituciones que trabajan con familias, necesitan de evidencia empírica que legitime dichos programas. Aunque son cuestiones que requieren diferente tratamiento y estudio, todas ellas tienen que ver con la diseminación, la generalización y el mantenimiento de los programas de prevención basados en la evidencia científica, ya sea en una versión original como la que se presenta en este proyecto, ya sea como en su versión adaptada desde otra lengua y cultura, como se suele hacer, por ejemplo, con programas desarrollados en Estados Unidos.

Tomando en consideración algunas de estas cuestiones observamos, cada vez más, el interés de los investigadores por la elaboración de programas preventivos en diferentes formatos y duración, que respondan a buena parte de los aspectos planteados. En la práctica suponen

también la elaboración de programas teniendo en cuenta aspectos como la **conexión entre la teoría, la etiología y el contenido de la intervención; el impacto de los mensajes y contenidos preventivos** en la población diana; la elaboración de **nuevos sistemas de reclutamiento, motivación y mantenimiento de las familias**, especialmente mediante estrategias orientadas a aquellas que mayormente pueden beneficiarse de los programas preventivos; teniendo en cuenta cuestiones de trabajo conjunto, fomentando los vínculos sociales; respondiendo a sus preocupaciones, intereses, necesidades y expectativas y atendiendo las barreras a la participación. En definitiva, **teniendo especial cuidado en los diferentes aspectos que fomentan el reclutamiento y la retención de las familias en los programas de prevención** (Axford, Lehtonen, Kaoukji, Tobin y Berry, 2012). En esta misma línea y también con la finalidad de conseguir que los programas de prevención sean accesibles a las familias y más eficientes, se está empezando a potenciar el uso de **tecnologías interactivas** y de las redes sociales más avanzadas en programas basados en la evidencia que ya han demostrado su eficacia en contextos presenciales; utilizando diferentes “menús” preventivos en función de las necesidades de las familias. En definitiva, **la optimización de los programas orientados a la familia** (SPR, 2013, 2014) y la difusión de sus resultados especialmente en lo que se refiere al coste-beneficio de los mismos.

Actualmente, **en España, se puede constatar la carencia de programas de prevención familiar universal validados**. Dicha carencia, limita la capacidad de decisión de los profesionales, así como de los responsables de las políticas de salud pública. En relación a esa necesidad se ha desarrollado un **diseño de un programa de prevención familiar universal**, para su aplicación en España. El fundamento del mismo se encuentra en el Programa de Competencia Familiar, un programa de fortalecimiento familiar desarrollado en Estados Unidos y adaptado a múltiples países de nuestro entorno.

El PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR³ es uno de los programas más eficaces para el cambio en las relaciones familiares, ya que implica no solo a los cuidadores o a las personas en situación de dependencia por separado, sino también a toda la familia. El PCF es único entre los programas de mejora de la dinámica familiar y de fortalecimiento de las relaciones, ya que fue desarrollado específicamente para familias en situaciones de riesgo. En un estudio de 24 meses, realizado por el equipo dirigido por la profesora Carmen Orte, la adaptación española del SFP, el Programa de Competencia Familiar, mostró su eficacia a largo plazo en los principales factores que componen la dinámica familiar positiva (resiliencia, comunicación, organización y cohesión familiar y otros factores) (Orte, Ballester y Amer, 2015).

Se procede así, a validar la adaptación de la implementación del Programa de Competencia Familiar de demostrada eficacia en la mejora de las relaciones familiares, en la reducción de las tasas de depresión, de ansiedad familiar, en la mejora de las estrategias de afrontamiento familiar, entre otros resultados relevantes, para fomentar la autonomía de las personas en situación de dependencia, la mejora del bienestar y habilidades de sus cuidadores y sobre las relaciones familiares.

³En adelante “PCF”.

1.1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y EXPERIMENTALES DEL PCF

Para reducir los factores de riesgo y desarrollar los factores de protección, es esencial mejorar el entorno familiar y las habilidades de los cuidadores para fomentar la autonomía de las personas mayores en situación incipiente de dependencia.

Debido a los diversos problemas que presentan las familias y al deterioro sufrido en las relaciones familiares cuando las éstas sufren de estrés, se decidió que para realizar cambios consistentes se necesitaba un programa de media duración.

Se ha podido comprobar que un programa de **entrenamiento activo**, basado en un **enfoque sistémico** (conjunto de la familia) y desde planteamientos **cognitivos y emocionales**, era la opción más eficaz. Sabemos que lo que se aprende se debe probar en las condiciones de seguridad del grupo de formación; también que los adultos mayores son una parte fundamental de la familia y que deben formar parte de los procesos de formación. También se sabe que no es suficiente aprender conceptos y técnicas, hay que implicarse personalmente, cambiar las actitudes de los miembros de la familia. Todos estos planteamientos permiten mejorar con eficacia la dinámica familiar.

Hasta 2016, se disponía solo de los programas de prevención selectiva PCF 7-11 y PCF 12-16, orientados a familias con menores en riesgo. La necesidad de disponer de un programa equivalente de prevención universal, motivó el desarrollo de la versión del PCF 11-14, como programa de prevención universal para población española entre 11 y 14 años.

En paralelo, en un estudio realizado por Nevot, Orte y Ballester en 2018 sobre 298 beneficiarios de la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar, se identificó una relación significativa entre el apoyo social percibido por parte del cuidador y del dependiente y el grado de dependencia del adulto mayor. Dado que el PCF se centra en trabajar las relaciones familiares por medio de la influencia sobre el vínculo familiar como estrategia para mejorar las relaciones entre los miembros de la familia, consiguiendo entre sus principales resultados demostrados, la mejora de ciertas variables como la comunicación familiar, las estrategias de afrontamiento familiar, resiliencia familiar, cohesión familiar o niveles de depresión manifiestos a nivel individual, se identifica la extrapolabilidad de parte del trabajo que efectúa en el vínculo en su caso, entre padres y jóvenes, a cuidadores y adultos mayores. Se habla de la adaptación de una parte del mismo. En cualquier caso, se ajustan las estrategias familiares de control y supervisión a las necesidades de las familias en situación de dependencia.

De este modo, mientras que en el programa de adolescentes se habla en términos de “instrucción”, en el programa orientado a adultos mayores se define la variable en términos de “demanda o petición” bidireccional. Por otro lado, se adaptan también los contenidos de los riesgos imperantes en cada etapa del desarrollo. Mientras que los principales riesgos de la relación adolescente-entorno se centran en el desarrollo de conductas antisociales, disruptivas y/o de consumo, los principales riesgos relacionales dados entre la población mayor, guardan relación con la pérdida de autonomía en la ejecución y toma de decisiones asertiva en cada una de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVBD). Por ello, la segunda gran adaptación efectuada sobre el Programa de Competencia Familiar Universal se centra en esta segunda gran dimensión; la adaptación evolutiva de la prevención de riesgos.

El objetivo del PCF-U-AUTO es poner al alcance de las familias un programa de prevención universal eficaz. La mejor y más viable opción se basa en la combinación de tres subprogramas de 6 semanas de duración y sesiones separadas de una hora en cada caso.

En total, se trata de realizar 5 sesiones de 2 horas:

- Un Programa para los cuidadores (6 sesiones de una hora).
- Un Programa para los adultos mayores (6 sesiones de una hora), y
- Un Programa para la familia, contando con la participación de cuidadores y adultos mayores juntos (6 sesiones de una hora).

En total, cada miembro de la familia participa en 11 sesiones, es decir, en 11 horas de trabajo en grupo, más algunas horas dedicadas a la comunicación con los formadores y el conjunto de los grupos, tanto en las meriendas con las que se inicia cada sesión como en las cuatro cenas. Más adelante se explica cómo se estructuran todas estas actividades. En cualquier caso, como se verá también más adelante, se incluye una sesión previa para presentar el programa, hablar sobre las inquietudes que se planteen las familias, así como programar las sesiones.

El objetivo original del programa de prevención universal, posteriormente detallado en un amplio conjunto de objetivos de mejora de la dinámica familiar, es **reducir los factores de riesgo** para el funcionamiento autónomo del adulto mayor. Para lograr este objetivo, se desarrolló un estudio de los fundamentos de la prevención familiar (Kumpfer y DeMarsh, 1985; Kumpfer, DeMarsh y Child, 1989).

1.1.1. ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El número creciente de población de edad avanzada es un fenómeno mundial que preocupa el conjunto de la sociedad ya que, con el proceso de envejecimiento, hay cambios físicos, psicológicos y sociales que tienen efecto en el equilibrio biopsicosocial. La capacidad funcional y el envejecimiento saludable son el resultado de la interacción multidimensional entre la salud física, la salud mental, la independencia en la vida diaria, la integración social, el apoyo familiar y la independencia económica. El proceso de envejecimiento activo y saludable preserva las funciones sociales, cognitivas, personales y la relación del individuo con su familia y la comunidad (Carstensen, Rosenberger, Smith y Modrek, 2015, Fernández-Ballesteros, 2011; Ferreira, 2015; Araujo, Jesús, Araujo y Ribeiro, 2017).

El papel de los responsables políticos, los profesionales y del conjunto de la sociedad debe destacar mediante la estimulación de los paradigmas del envejecimiento activo y saludable, todo buscando mejorar la calidad de vida de las personas mayores, cuando su integridad física, psicológica y/o social pueda empezar a ser vulnerable (Fernández-Ballesteros, 2011; Ferreira, 2015). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) y la Comisión Europea (European Commission, 2011) consideran que todas las medidas, políticas y prácticas que contribuyen al envejecimiento saludable son de gran importancia. Recientemente, la OMS ha publicado un informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, en el que mejora la definición de envejecimiento saludable que utilizaba los últimos quince años y pone énfasis en el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar y la autonomía en el vejez (OMS, 2015).

De este modo, la sociedad está cambiando los comportamientos y las actitudes, lo que provoca una constante renovación de los planteamientos de los profesionales de la salud y de otras áreas implicadas en la intervención social y también la adaptación de los servicios de salud y de apoyo social a las nuevas realidades sociales y familiares que acompañan al envejecimiento (Veloso y Rocha, 2016). Varias áreas han colaborado en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. Por ejemplo, los servicios de salud trabajan para prevenir enfermedades, por retrasar la aparición o para disminuir la severidad (Gonçalves, 2012), y los servicios

sociales, en el desarrollo de servicios para promover la autonomía, actuando sobre la actividad física, las funciones cognitivas o la socialización, entre otras áreas (Oliveira, Oliveira, Arantes y Alencar, 2010; OMS, 2015). En este contexto, todos los proyectos son relevantes para aprender a desarrollar de la mejor manera las iniciativas preventivas y de promoción de la autonomía.

El proceso de envejecimiento ha sufrido no sólo cambios conceptuales a lo largo del tiempo, de acuerdo con el contexto social y cultural, sino también cambios demográficos. El envejecimiento demográfico es un fenómeno global progresivo. Las proyecciones apuntan a que la población europea con más de 65 años se duplicará, al final del primer medio siglo, en 2050, un periodo en el que el número de ciudadanos más mayores de 80 años parece que se triplicará. Un escenario que tiene una justificación simple: la esperanza de vida media en Europa ha aumentado de forma exponencial, mientras que el número de nuevos nacimientos se mantiene en niveles inferiores a la tasa de reproducción de la población, lo que crea las condiciones necesarias para un envejecimiento notable de la población.

Los nuevos enfoques psicosociales centrados en el desarrollo activo y sano hacen referencia a criterios como la resiliencia, la relación social adecuada (grado de satisfacción y calidad), sentido de pertenencia, resistencia y sentido de propósito. En este contexto, las personas con relaciones sociales adecuadas tienen una mayor probabilidad de supervivencia, del 50%, cuando se comparan con relaciones sociales pobres o insuficientes (Holt-Lunstad et al., 2010).

En otras culturas han desarrollado concepciones similares a los planteamientos reconocidos actualmente como determinantes de un envejecimiento saludable. El concepto japonés *ikigai* (*iki* = Vida, *gay* = vale la pena), basado en tradiciones y generaciones milenarias, se basa en principios de vida sostenidos en un sentido de pertenencia a la comunidad (Moai). La característica común del *ikigai* es la resistencia. La formación física, mental y emocional resistente es esencial para afrontar los cambios de la vida (Kim et al., 2017).

Un equipo de la universidad de Harvard inició en 1937, un estudio longitudinal del desarrollo de los adultos, que se mantiene hasta hoy. Se trata de un estudio que ha seguido el desarrollo de dos grupos de hombres y mujeres en los últimos 75 años para identificar los predictores psicosociales de un envejecimiento saludable. Las variables estudiadas son: salud mental, salud psicológica, experiencia de la Segunda Guerra Mundial, trabajo, relaciones, envejecimiento y cambio. Los resultados de la investigación indican que las buenas relaciones hacen personas más felices y más saludables. Las tres bases de las relaciones sociales son: 1) las personas que tienen las relaciones sociales más extensas (con la comunidad, la familia y los amigos) son físicamente más saludables y viven más; 2) la calidad de las relaciones íntimas es protectora, y 3) el grado de satisfacción que sienten por sus relaciones son protectoras de la salud mental. Los resultados de un reciente metaanálisis también han demostrado un aumento significativo del 50% de la probabilidad de supervivencia de los participantes con relaciones sociales más fuertes (Waldinger y Schulz, 2016).

Por tanto, «las relaciones sociales o su relativa falta constituyen un factor de riesgo importante para la salud y rivalizan con el efecto de los factores de riesgo para la salud como el tabaquismo, la presión arterial, los lípidos sanguíneos, la obesidad y la actividad física» (House, Landis y Umberson, 1988).

Relacionado con los aspectos anteriores, también es relevante el estudio de Martin et al. (2017), en que se destaca que los estilos de afrontamiento adaptativos mejoran el enfrentamiento al proceso de envejecimiento. Los estilos de afrontamiento adaptativos posibilitan una adecuada gestión de los conflictos. Los autores enfatizan que los estilos de afrontamiento adaptativos

promocionan una mayor resiliencia, porque actúan como un factor de protección en situaciones de riesgo. Por lo tanto, los estilos de afrontamiento adaptativos no sólo favorecerán la adaptación al envejecimiento, sino que también lo harán en el caso de que se produzcan factores de riesgo, lo que convierte a los estilos de afrontamiento en otra variable esencial. Por otra parte, hay que destacar la estimulación cognitiva y los entrenamientos mentales como otro factor destacable del envejecimiento activo. Como explica Iborra (2013), no se puede plantear una relación lineal entre la edad cronológica y el declive cognitivo, sino que se debe tener en cuenta toda una serie de factores implicados que también participarán; la plasticidad y las capacidades compensatorias. Aunque como señalan Vásquez, Rodríguez, Villarreal y Campos (2014), con la edad hay un mayor riesgo de que se produzca una ralentización del funcionamiento cognitivo, una disminución de la capacidad de aprendizaje y una mayor tasa de olvido, la mejora de la reserva cognitiva se ha propuesto como un modelo útil para atenuar el impacto de estos cambios. Se ha demostrado que las personas con mejores reservas cognitivas han generado mejores respuestas ante el deterioro del envejecimiento. El uso de programas de estimulación cognitiva influirá mejorando la reserva cognitiva, que actuará como protección en procesos de deterioro y, en consecuencia, promocionando el envejecimiento activo (Iborra, 2013; Vásquez et al., 2014).

El concepto de envejecimiento se ha convertido, así, en un objeto de estudio importante no sólo por el conocimiento de su génesis y por las estrategias que la atenúan individualmente, sino también por las consecuencias socioeconómicas que tiene a nivel demográfico y que influyen en las orientaciones políticas sociales y de sostenibilidad (Velo y Rocha, 2016). En una sociedad donde se espera que un gran porcentaje de gente sea mayor en un futuro cercano, es absolutamente necesario prepararse y prevenir. No podemos continuar teniendo una posición meramente reparadora. El envejecimiento se debe considerar con una perspectiva positiva, centrada en las características del envejecimiento y con medidas preventivas para controlar y reducir las pérdidas, no sólo los efectos negativos de la vejez (Fonseca, 2005). El éxito del envejecimiento depende, pues, de la interacción entre las características del individuo y las condiciones ambientales cambiantes. La salud no es la única condición de un envejecimiento exitoso y que condiciona las capacidades de las personas mayores y su calidad de vida, también hay otros factores relacionados con los hábitos de vida y con la actitud personal. Por ejemplo, las actitudes negativas arraigadas a profesionales en una sociedad que sólo evalúa los gastos del colectivo (Wong et al., 2016). Para ello, se debe luchar contra los estereotipos mediante programas que empoderan a las personas mayores (Fernández-Ballesteros et al., 2005). Por ello se diferencia entre envejecimiento saludable y envejecimiento activo, a pesar de la importante relación entre ambos (Roncon, Lima y Pereira, 2015).

Aunque se podría hablar de otra tipología más de envejecimiento: el exitoso. se caracterizaría por la habilidad de mantenerse con bajo riesgo de enfermar, mediante el establecimiento de altos niveles de actividad física y mental. Pero, además, debe incluir el compromiso con la vida y mantener relaciones interpersonales y de participar en actividades significativas (Alvarado, Maya y María, 2014). La pérdida de capacidades se puede relacionar con dificultades de salud, con el aumento de las demandas del entorno o con una combinación de los dos tipos de factores. estas pérdidas pueden comprometer la salud y la autonomía de las personas mayores y contribuir al aumento de la vulnerabilidad. Se considera también que hay límites para la adaptación y plasticidad de comportamiento impuestos por la edad, lo que resulta en un aumento progresivo de las pérdidas y la consiguiente disminución de las ganancias (Cai, Chan, Yan y Peng, 2014; Gutchess, 2014). Sin embargo, el proceso general de adaptación del individuo a lo largo de su vida se refleja en los mecanismos de adaptación interactiva que siempre buscan maximizar las ganancias y minimizar las pérdidas. Según muestran las revisiones sistemáticas, estos procesos se realizan a través de la selección, la optimización y

la compensación. A estos procesos deben contribuir las iniciativas preventivas y de promoción (Cosco, Prina, Perales, Stephan y Brayne, 2014).

Sin embargo, la participación activa de las personas mayores tiende a disminuir con el envejecimiento debido a los cambios en varios niveles en esta etapa de su vida y los roles que juegan también muestran una tendencia progresiva a disminuir. En muchos casos, el proceso de jubilación, caracterizado por la sensación de que hay una pérdida de valor y de actividad útil o productiva, es uno de los principales motivos que disminuyen la participación (Fernández-Ballesteros et al., 2005). En cuanto a la participación social de las personas mayores, se observa la tendencia a participar en las redes sociales más restringidas, como en todo su ciclo de vida están sometidos a cambios debido a los antecedentes familiares, el trabajo, la participación en la comunidad, entre otros, y la disminución de los contactos intersocial. En este sentido, hay que estimular las personas mayores a mantener su potencial, porque sólo así se pueden hacer todos los esfuerzos para aumentar su poder de decisión sobre los diferentes aspectos de su vida, promoviendo la adopción de estilos de vida compatibles con los ideales de un envejecimiento activo (Alvarado, Maya y María, 2014; Cosco, Prina, Perales, Stephan y Brayne, 2014; OMS, 2015).

Según la OMS (2015), el envejecimiento activo se define como el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores. El concepto de envejecimiento activo es muy amplio y se basa no sólo en la capacidad de ser activo físicamente, sino también con la posibilidad de participar de forma continua en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y civiles. La literatura nos dice que el envejecimiento psicológico provoca cambios de funcionalidad, especialmente en el rendimiento cognitivo, afectivo y social (Cosco, Prina, Perales, Stephan y Brayne, 2014; Gonçalves, 2012). Las personas mayores muestran dificultades particulares para adaptar a nuevos roles, situaciones nuevas y cambios rápidos, para gestionar las pérdidas afectivas y sociales, para preservar el estado de ánimo y mantener un estado psíquico normal (tienden a presentar alteraciones psíquicas, tales como: hipocondría, paranoia y pensamientos suicidas), y tienen poca autoestima y disminución de la autoimagen. También presentan más dificultades de gestión del conflicto y en las relaciones sociales (Martin et al., 2017). La motivación interna de las personas mayores también tiende a disminuir. La edad, cuando se es consciente, en general, aumenta la preocupación por la disminución de sus capacidades mentales, físicas y sociales, mientras que la autopercepción saludable y la sensación de felicidad se construyen sobre un envejecimiento más activo y basado en actitudes positivas (Cho, Martin y Poon, 2012; Young, Fan, Parrish y Frick, 2009).

Por lo tanto, es importante no sólo minimizar el deterioro físico y funcional, sino también las pérdidas psicológicas. Los aspectos psicológicos que influyen en el envejecimiento se ponen de manifiesto en las alteraciones del rendimiento cognitivo, afectivo y social de los individuos, así como en la disminución de la motivación y los sentimientos depresivos. Un uso inadecuado de los procesos psicológicos podrá actuar como factor de riesgo en procesos de adaptación, como el envejecimiento. Con esto en mente, la gente mayor portuguesa es una población en riesgo de vulnerabilidad (desde de enfermedades crónicas al aislamiento social, pasando por el deterioro cognitivo, generador de dependencia), ya que, además de tener una población en proceso de envejecimiento creciente, los servicios de apoyo no podrán crecer, los próximos años, para hacer frente a sus necesidades (Veloso y Rocha, 2016).

El Informe sobre Envejecimiento Europeo de 2018 predice que la proporción de la población total de la UE, hasta 2070, disminuirá un 4,5%, y los porcentajes de dependencia serán los segundos más altos del mundo.

El aumento de la vida de la población no es un fenómeno pasajero. Los avances en medicina y biología muestran que ha llegado para quedarse y que es muy probable que se consiga una mayor longevidad en las próximas décadas. Con el hecho de alargar nuestra vida, la medicina moderna ha logrado uno de los éxitos más notables. Sin embargo, estos avances deben ir acompañados de una adecuada planificación y de un conjunto de respuestas a los nuevos y exigentes retos sociales provocados por nuestro envejecimiento (da Gama, Sánchez y Ballester, 2018).

1.1.2. DETERMINANTES SOCIALES DE DEPENDENCIA Y AUTONOMÍA

La atención al envejecimiento es objeto de debate entre los organismos mundiales, europeos, estatales y autonómicos, por las implicaciones económicas y sociales que conllevan las tendencias demográficas (WHO, 2015; Eurostat, 2017; CSIC, 2018; IMSERSO, 2016; IBSALUT, 2017; IMAS, 2016; GIFES, 2018, entre otros). Con el aumento de la longevidad, el inicio y el deterioro de las limitaciones en las actividades de la vida diaria se está desplazando hacia las edades más avanzadas; particularmente, más allá de la edad de 75, con implicaciones de necesidad de atención social (Gómez-Leon et al., 2019). Esto refiere la necesidad de cuidados de larga duración, los cuáles pueden describirse como las actividades de apoyo y de atención realizadas para garantizar que las personas con pérdida de función y capacidad puedan mantener su bienestar (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) 2005; Milte et al. 2019). Esto puede abarcar la atención brindada dentro del propio hogar del individuo o la atención brindada en entornos institucionales.

En términos de consumidores de cuidados a largo plazo, se debe reconocer que esto abarca, en primer lugar, a las personas en situación de dependencia, aunque también se puede considerar que incluye a sus cuidadores informales; las familias.

Los miembros de la familia a menudo están muy involucrados en brindar atención informal y en tomar decisiones para la atención médica y social de las personas mayores, especialmente cuando el residente tiene un deterioro cognitivo grave o cuando la toma de decisiones se les transmite formalmente (WHO, 2012; Milte et al., 2019). El tema requiere atención de investigación, porque la red pública de atención a las personas mayores puede no haberse mantenido al día con las necesidades creadas por los determinantes sociales vinculados al envejecimiento acelerado y a los cambios en la estructura familiar (Liao et al., 2019).

Por otro lado, se identifica que los determinantes sociales de la salud constituyen un enfoque fundamental de la tarea de la WHO y un área prioritaria en el proyecto del 12º programa general del trabajo de la WHO 2014-2019. En particular, el apoyo social se identificó como determinante clave de las comisiones (WHO, 2010).

En atención al concepto de apoyo social, Vives, Orte y Ballester (2015) señalan que este ha sido conceptualizado en base a diferentes términos y conceptos. Algunos, toman variables objetivas -relaciones sociales- mientras que otros se decantan por variables subjetivas para su definición -bienestar social-.

Tomando la concepción de Robert D. Putnam, referente en el estudio del apoyo social, se identifica una esencia binaria. Menciona aspectos de carácter estructural, enfatizando los matices conductuales del concepto como la participación y, por otro lado, aspectos de carácter cognitivo, acentuando los valores y las percepciones subjetivas como la confianza (Rouxel et al., 2015). Se ha argumentado que la influencia del apoyo social define dos grupos que no se excluyen mutuamente: los que brindan apoyo social y los que reciben apoyo social.

El apoyo social puede ser una de las razones por las que, a pesar de la mejora producida en cuanto a medicina y condiciones de vida en el tiempo sean indudables, la distribución de la salud dentro y entre regiones enfrente un desequilibrio creciente. Investigadores de diversas áreas han tratado de entender por qué algunas personas presentan mayor riesgo de enfermedad y mortalidad que otras (Folland 2007; d'Hombres et al., 2010; Rocco y Marc, 2012; Andrew, 2005; Poulsen et al., 2011).

Un estudio europeo que investigó la asociación entre el grado de salud y tener nietos, encontró una asociación positiva significativa entre ambos. Si es más probable que la función de una abuela sea la de proporcionar atención adicional a los nietos, su prestación de atención en forma de apoyo social, puede otorgarles algunos beneficios de salud y de longevidad (Liao et al., 2019). Poulin et al. (2013) encontraron que ayudar a otros puede reducir la mortalidad, al amortiguar la asociación entre el estrés y la mortalidad. Seeman et al. (2002) sugirieron que brindar apoyo es bueno para la función inmunológica, endocrina y cardiovascular y puede reducir la carga alostática.

No obstante, los datos reflejan que con el aumento de la edad, la mayoría de los contactos sociales se reducen, los vínculos con las personas externas a la familia se desvanecen, mientras que los vínculos con familiares cercanos tienden a intensificarse (Lowe, 2010; Orte et al., 2017). Un elemento explicativo puede identificarse en la movilidad residencial relacionada con los procesos de enfermedad y discapacidad; con el deterioro de la salud, parte de la población adulta se traslada a los domicilios de sus cuidadores familiares para garantizar una mejora en la atención y apoyo social (Fiori, Graham y Feng 2019).

Son numerosos los estudios que demuestran el impacto ejercido por el apoyo social sobre los procesos relacionados con la salud y la enfermedad, así como su efecto beneficioso sobre la evolución de enfermedades de origen diverso como la depresión, artrosis, diabetes o la hipertensión arterial (Berkman y Sume, 1979; Broadhead et al., 1983; MacCaul, Glasgow y Schafer, 1987; MacCaul, Jamison y Virts, 1990; Bland et al., 1991; Odmsn, Berkman y Kassl, 1992; Paykel, 1994). Además, diversas investigaciones que han relacionado el apoyo social con la mortalidad demuestran que, la insuficiencia de apoyo social se encuentra asociada a un mayor riesgo de muerte, sobre todo en determinados grupos de población como las personas mayores o las personas viudas (Hoffman y Hatch, 1996).

El cuidado físico, personal o íntimo comprende la asistencia en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés), como alimentarse, lavarse, bañarse, ir al baño o desplazarse dentro y fuera de la casa. La naturaleza íntima del cuidado, marca la diferencia de otras formas de apoyo en la vida posterior como el apoyo de naturaleza material o práctico, que puede ser proporcionado por una amplia gama de parientes y/o no parientes. Cuando se trata del cuidado personal, las fuentes aceptables de apoyo social son pocas y las elecciones están estrechamente limitadas por los preceptos morales y por las preferencias de género. Esto significa que para comprender el acceso de las personas mayores a la atención, la confiabilidad de la atención y la identidad de las personas mayores vulnerables a fallas en la atención, se requiere examinar no solo los acuerdos de atención reales, sino también las normas que envuelven la prestación de atención y los significados de dependencia.

La necesidad de cuidados de larga duración cuenta con una dimensión de caracterización social ineludible y las formas de cuidado son reveladoras de hechos sociales más amplios porque el cuidado personal es, literalmente, extraordinario (Schröder-Butterfill y Fithry, 2014; Nevot, Orte, Ballester y Molina, 2018; Nevot, Rus, Coll y March, 2018).

1.1.3. EL ROL DE LA FAMILIA

La familia se ha configurado en nuestro país como el principal y tradicional instrumento de apoyo en el cuidado de personas dependientes, de forma que el denominado apoyo informal representa más del 80% del cuidado a domicilio de este colectivo. Sin embargo, la incorporación de la mujer al mundo laboral y el aumento de la esperanza de vida, cuestionan continuar con el apoyo informal de carácter familiar.

La instauración de los nuevos derechos sociales de atención a la dependencia implica, por tanto, re-estructurar y coordinar tanto las políticas públicas -de carácter social, financiero y fiscal- como las privadas, al objeto de facilitar a las familias la atención de sus dependientes. De hecho, la familia seguirá siendo la principal red protectora de cuidado a personas dependientes, situación acorde con los deseos manifestados por una gran mayoría de los españoles: a dos de cada tres mayores de 55 años les gustaría envejecer en su propia vivienda acompañados de sus familiares o con asistencia externa.

La presente investigación persigue, como objetivo prioritario, **profundizar en el conocimiento de la familia como contexto esencial de atención a los dependientes y analizar las múltiples implicaciones que se derivan de este apoyo.**

La interpretación sociológica de la discapacidad, en cuanto situación que limita la autonomía personal y genera alguna forma de dependencia, considera este estado como *una forma de vida diferenciada de la normalidad cotidiana vigente*. Una diferencia que se manifiesta en múltiples consecuencias sociales: *aislamiento, indiferencia, barreras externas físicas, dificultades de comunicación, cambios en las relaciones familiares y de amistad, carga económica familiar con efectos directos e indirectos, adaptación del hogar y del medio de transporte*. En conjunto, estas diferencias son percibidas por las personas dependientes y por su entorno familiar como una situación de aislamiento social que se encuentra en gran parte mitigado por las ayudas proporcionadas por el sistema público -uno de los ejes fundamentales de la política social del actual modelo de Estado de Bienestar-, por el apoyo de las redes asociativas dedicadas a la atención a la dependencia y por la oferta de servicios desde el sector privado.

La discapacidad y la dependencia son consideradas, por tanto, como un problema social que afecta a un colectivo y a sus familias y que requiere una atención institucional, principalmente desde el sector público, tal como se contempla en la Ley de Dependencia 39/2006, pero también desde las entidades de apoyo a la dependencia, sean asociaciones o fundaciones, y desde la oferta de servicios del sector privado (IMSERSO, 2010).

Con este objetivo, el foco estratégico de intervención se ubica en la promoción de la salud física y cognitiva, la cual se ve condicionada por factores determinantes del envejecimiento activo y saludable. Estos se encuentran más allá del sistema de salud e impactan directamente sobre el bienestar del individuo (Nevot, Orte, Ballester y Molina, 2018).

1.2. EXPERIENCIA INTERNACIONAL. ADAPTACIONES EN DIVERSOS PAÍSES

El SFP ha sido probado en diversos entornos: desde EEUU a Tailandia, con importantes experiencias desarrolladas en Europa: Alemania, Irlanda, Italia, Polonia, Reino Unido, Suecia y también en España. El SFP ha demostrado ser eficaz en la mejora de la dinámica familiar, el desarrollo de las habilidades sociales, así como en el resto de los factores indicados antes: resiliencia, comunicación, organización, cohesión familiar y otros factores que afectan a las relaciones familiares.

Cada versión, adaptada a las características socioculturales de un país o grupo cultural, ha mejorado la eficacia del Programa de Competencia Familiar. Una comparación de los resultados del SFP inicial con las versiones adaptadas culturalmente no mostró diferencias significativas en los resultados sobre el riesgo o factores de protección (Kumpfer, Pinyuchon, de Melo y Whiteside, 2008).

Recientemente, Orte y Amer (2014) han desarrollado un análisis comparativo de las adaptaciones culturales en Europa. Los resultados son favorables para el SFP-PCF, en la modalidad de 14 sesiones, en el contexto de un amplio grupo de adaptaciones culturales diversas de los programas socioeducativos que han mostrado su eficacia, en relación a los mismos objetivos (Orte y Amer, 2014).

El nuevo programa de prevención universal “auto” sigue de cerca los criterios y la organización del contenido y las habilidades originales del PCF en sus modalidades selectivas, ampliamente probadas en múltiples países, aunque cambiando buena parte del enfoque.

1.3. DIMENSIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA PERCIBIDA POR LAS PERSONAS MAYORES

El avance de resultados de la Encuesta del INE EDAD-08 considera que la disminución experimentada en la tasa de discapacidad de 0,5 puntos, entre 1999 y 2008, es atribuible a la mejora de las condiciones sociales y de salud, a pesar de haberse incrementado en un 14,4 % el grupo de personas en el que más incide la discapacidad, es decir, los mayores de 64 años. Aún así, la conciencia de diferenciación social persiste en las personas discapacitadas muy dependientes: “No puedes hacer nada, necesitas de los demás para todo”. Además la relación de dependencia afecta a la propia capacidad anímica: “Dependes de los demás hasta para que te animen”.

1.3.1. BARRERAS Y LIMITACIONES PERCIBIDAS POR LAS PERSONAS DEPENDIENTES

La dependencia se equipara con la ausencia de normalidad, cuando la discapacidad es congénita, y con pérdida de normalidad, cuando la discapacidad es sobrevenida. Sobre la comparación de normalidad y dependencia se estructura la diferenciación con los demás. Esa permanente comparación genera sentimientos negativos: “No poder andar, no poderte vestir es una gran limitación que te afecta. A mí me ha afectado mucho”. Las personas con discapacidad perciben constantemente que “no son normales” cuando se encuentran cotidianamente con barreras espaciales (edificios, bordillos, escaleras, etc.): “En Barcelona no hay 2 ladrillos iguales en el pavimento, esto es un tormento para andar y te puedes caer y matar. Tendrían que arreglarlo porque cada vez hay más gente mayor”; o de productos (ropa, zapatos, etc.) sólo destinados a las personas “normales”: “Una cosa tan tonta como irte a comprar ropa pues no puedes probártela, los probadores tendrían que ser más grandes para que entrara la silla”, “No existen ortopedias que hagan las cosas que necesitas para tu caso particular. Hay muy pocas o no hay

zapateros ortopedas especializados” o de servicios habituales como peluquerías, cafeterías o bares: “No hay nada adaptado, dicen que si pero es que no, tu vas y de adaptado tiene poco”. La existencia de barreras es más evidente cuando hay desplazamientos fuera del entorno cotidiano.

Las personas dependientes perciben la existencia de otro tipo de barreras sociales al interpretar actitudes de quienes están a su alrededor y darle significados negativos de exclusión. Consideran que se produce un aislamiento fruto de la indiferencia, que se traduce en una percepción de infravaloración: “La gente dice que no, pero establecen muros y te colocan en un lugar inferior”, incluso en situaciones similares de dependencia se sigue manteniendo esta percepción de aislamiento: “Me fastidia mucho que crees que los que están como tú te van a entender más, y no, porque a cada uno le afecta de una manera distinta”. También existe el sentimiento de vergüenza por la propia situación. Se trata de una emoción arraigada en las estigmatizaciones del pasado con una influencia especialmente negativa para el bienestar psicológico de las personas dependientes, aunque el paso del tiempo reduce este sentimiento a través del proceso de aceptación de la propia limitación, no parece trasladarse a un proceso de integración y normalización de la situación de dependencia: “Cuando era pequeño todos se reían de mí porque me caía constantemente”, “Ahora ya soy mayor y ando como la gente de mi edad, así que nadie me mira ni se ríe de mí”. “Ahora ya me da igual, pero antes me daba vergüenza de mi propia limitación”.

Las personas con discapacidad perciben también barreras de comunicación con los demás, que limitan en buena medida su calidad de vida. La propia dependencia es considerada una barrera para comunicarse con los demás, ya que se interpreta como un obstáculo para compartir experiencias vitales. La imposibilidad de realizar las actividades de la vida diaria normalmente parece ir asociada a la imposibilidad de compartir emociones y experiencias. La persona dependiente considera que el vínculo social se establece en torno al “hacer” y no al “ser”. Esta percepción negativa de la limitación funcional afecta a la visión de la propia capacidad de hacer y mantener amistades y parejas: “Desde que estoy en la silla de ruedas las relaciones con los amigos, comparado con antes, son como la noche y el día, antes salía muchísimo más”. “Los amigos se crean en base a hacer actividades comunes y tú no puedes porque estás limitado, tienes menos actividad y no puedes compartir cosas”.

En la mayoría de los casos, el sentimiento de soledad y exclusión social está muy presente, y se atribuye a la estigmatización que supone la discapacidad. Así se interpretan las acciones y discursos de los demás: “A mi padre le he dicho toda la vida que quite el escalón de la casa y no ha querido, así que para subir tengo que dar un impulso yo y la silla”, “Cuando hablan de cosas de la familia a mí ni me preguntan, ni me cuentan, ni nada de nada, así que no soy uno más”. Además se percibe que el aislamiento social aumenta progresivamente a medida que pasa el tiempo: “La familia cada vez te ve menos y eso que yo les he dicho que lo que tengo no se contagia”, “Llamas a la gente y nunca pueden, pero en realidad es que no quieren”, “Te vas viendo menos pero es por la edad”. La pérdida de relaciones sociales afecta en mayor medida a quienes ven aumentadas las dificultades de movilidad: “Antes íbamos al pueblo y allí veía a la familia, pero como la casa tiene escalones ahora no puedo ir y nos vemos menos”, “Mi padre no ha querido poner una rampa en la entrada de la casa del pueblo, después han agrandado puertas pero poco y no pasa la silla”.

La discapacidad se utiliza también como justificación de actitudes negativas y se le atribuye efectos el modo de ser o en el carácter, condicionando una relación negativa con los demás: “Las relaciones sociales son muy malas, no tengo amigos. No tengo buen carácter, me lo ha moldeado la enfermedad.” También la dependencia tiene impactos negativos en el bienestar

de las personas cercanas. En algunos casos, se establece un efecto multiplicador en los problemas psicológicos de personas del entorno: “Mi pareja tiene depresiones y no acepta que es un problema suyo de hace muchos años. Le echa la culpa a mi madre, a la situación, a mi enfermedad, y lo pasamos mal” (E4).

Aunque las barreras físicas y sociales constituyen una limitación relevante en la creación y mantenimiento de las relaciones de comunicación, limitándolas al núcleo familiar y al propio hogar, en algunos casos, el sentimiento de aislamiento se compensa con las actitudes positivas de su familia y sus amigos: “Nadie de mi familia me ha tratado nunca como un inválido, ni mis padres, ni mis hermanas, y luego ni mi mujer, ni mis hijos, nueras, consuegros”. “Tengo amigos, si hace falta me ayudan y me llevan en brazos. No me rechazan por la enfermedad”.

En general, existe la idea de que el mejor sitio para las personas dependientes es su propio hogar, es decir, el mantenimiento de la persona en su entorno habitual familiar y comunitario. La salida del hogar para garantizar el cuidado se plantea sólo en situaciones de desamparo y limitaciones muy severas: “Lo mejor es traer el cuidado a casa del dependiente, porque mientras la persona discapacitada pueda lo que quiere es estar en su casa”.

1.3.2. CUIDADOS RECIBIDOS POR LAS PERSONAS DEPENDIENTES

Traer el cuidado al hogar significa depender de la atención personal y constante de un cuidador/a, en la mayoría de los casos se trata de un familiar directo, generalmente mujer, que asume su responsabilidad desempeñando múltiples tareas a las que dedica su esfuerzo personal y su tiempo. De acuerdo con la información proporcionada por las personas dependientes, los servicios que realizan sus cuidadores son muy variados, distribuidos a lo largo de la jornada sin distinguir ni días festivos ni períodos vacacionales.

- Cuidados elementales: aseo, alimentación, acostarse-levantarse, vestirse, sentarse -levantarse, lavar los dientes, ir al váter, etc.
- Cuidados médicos: ir al médico, ir al hospital, control de la medicación y/o de la rehabilitación.
- Cuidados de atención doméstica: compra de alimentación, mantenimiento de ropa y limpieza, reparaciones y arreglos.
- Transporte: todo tipo de transporte.
- Otros: hacer gestiones relacionadas con el discapacitado. Acompañamiento y distracción.

Las personas discapacitadas muy limitadas necesitan ayuda para todas las tareas. Las personas con discapacidad de menor grado pueden realizar algunas tareas básicas: aseo personal y ayudar a vestirse. Existe la voluntad de liberar al cuidador de algunas tareas.

1.4. LOS CUIDADORES FAMILIARES

En la Encuesta del INE (EDAD-08) se señala que en uno de cada cinco hogares españoles reside una persona con discapacidad, predominando el tipo de hogar de dos miembros donde uno de ellos presenta alguna discapacidad. Se especifica también que el perfil de las personas prestadoras de cuidados a las personas dependientes es una mujer, entre 45 y 64 años que, casi en el 80 % de los casos, reside en el mismo hogar de la persona a la que presta cuidados. Prevalece la figura del cuidador o cuidadora principal (sólo el 23,7% de los cuidadores son varones) vinculada a la persona dependiente por lazos familiares de consanguinidad. Este perfil ya conocido por investigaciones anteriores (Durán, 2003; García Calvente et al., 2004; Navarrete et al., 2007) se ha tenido en cuenta para la composición de los Grupos de Discusión, convocando una proporción mayoritaria de madres y esposas como cuidadoras principales, en menor medida de hijas y hermanas, y menor presencia de esposos o padres.

1.4.1. LA RELACIÓN DE LA PERSONA DEPENDIENTE Y SU CUIDADOR/A

En el discurso de cuidadores/as se refleja la existencia de un fuerte vínculo entre la persona dependiente y su cuidador/a principal, de tal modo que los problemas derivados del cuidado y los de las personas dependientes van unidos: “Los problemas son los mismos porque lo que me afecta a mi le afecta a él”, “Todo afecta a los dos, lo que es de ellos es tuyo”. Esta relación tan estrecha tiene un doble efecto en la persona cuidadora: por un lado, tienen la percepción de que son imprescindibles en la vida de las personas dependientes: “Como lo hago yo no lo hace nadie”; y al mismo tiempo, tienen la constante sensación de estar agobiados, de que el tiempo es escaso y de tener que enfrentarse cotidianamente a muchas actividades, que los demás no realizan: “Está todo el día pendiente de si he hecho esto o no he hecho lo otro, quedónde vengo o que a dónde voy”, “No puedes estar todo el día pendiente, tienes que hacer otras cosas”.

En ocasiones, se percibe que las personas dependientes demandan en exceso, lo que se expresa en forma de queja: “Sólo piensa en ella y quiere que todos hagamos lo mismo”, “No me deja atender a otro, sólo puedo atenderle a él”.

En muchos casos, los cuidadores interpretan que predominan los sentimientos negativos en las personas dependientes que cuidan. Consideran que la dependencia les genera un sentimiento de vergüenza y frustración, especialmente cuando la dificultad es sobrevenida: “El propio dependiente siente vergüenza y aunque es triste es así”, “Era una persona muy activa y ahora, no acepta que está limitada y que no puede”. A la incapacidad se añade la idea de inutilidad cuando interpretan cómo se sienten las personas con discapacidad: “Al no tener trabajo y sabiendo que podría hacer algo le hace pensar que no vale para nada”.

Los cuidadores perciben la pérdida paulatina de relaciones sociales de las personas dependientes: “Les gustaría salir más y poder relacionarse con los demás” “Se quedan solos porque van perdiendo amigos, porque no pueden llevar la misma vida que los demás”. En parte lo achacan a la indiferencia y a la incomprensión de los demás: “Nadie se levanta en el autobús para dejarle que se siente, miran para otro lado” “Mi hijo cuando viene alguien le revuelve el bolso para ver si le traen un juguete, y esto la gente no lo entiende porque tiene 30 años”.

Al igual que las personas dependientes, perciben la existencia de múltiples barreras para realizar actividades cotidianas: “Hay barreras en todos lados desde la ciudad hasta la propia casa, todo son barreras para la silla de ruedas” “Mi hijo podría utilizar el ordenador, pero como tiene movimientos espásticos no hay forma de adaptarlo”.

En el siguiente esquema se sintetizan los sentimientos que configuran la relación entre cuidador o cuidadora y la persona dependiente:

Gráfico 1. Relación entre cuidador/a y persona dependiente

SÍNDROME DE CUIDADOR	VIDA FUERA DEL CUIDADO	EXIGENCIA	COMPRENSIÓN
“Yo no puedo hablar con mi madre a ella sólo le interesa mi hermano, de mi no le importa nada” (G2).	“No puedes estar todo el día pendiente, tienes que hacer otras cosas” (G2).	“Sólo piensa en ella y quiere que todos hagamos lo mismo” (G2).	“Él se da cuenta de lo que nos hace sufrir y lo pasa muy mal porque no quiere” (G2).
“Como lo hago yo no lo hace nadie” (G4).	“Yo lo único que quiero es llevar una vida normal como la de los demás” (G1).	“No me deja atender a otro, slo puede atenderle a él” (G1).	“Mi mjuer intenta hacer cosas para no molestarme a mí y me dice que salga, que no esté pendiente todo el tiempo” (G2).

Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO (2010)

1.4.2. EL IMPACTO DEL CUIDADO SOBRE EL CUIDADOR

Generalmente, existe un cuidador principal que es quien provee casi todo el cuidado. El resto de familiares, o bien no apoyan en absoluto, o realizan actividades de apoyo puntuales. En este sentido, los cuidadores principales expresan quejas por asumir la responsabilidad fundamental del cuidado: “Tú eres la principal. Los demás están pero en un segundo plano”. En muy contados casos el cuidado se reparte entre los miembros de la familia: “Nosotros somos varios en casa, somos un equipo”.

Los cuidadores resaltan un tipo de cuidado que no es identificado explícitamente por los dependientes: la supervisión. El estar pendientes de la persona dependiente es, para ellos, clave, pues supone una limitación importante para realizar otras actividades en su vida diaria. Se trata de una supervisión activa, que se convierte en intervención en caso de necesidad. “Tienes que estar pendiente por si acaso”, “Le controlo la medicación pero sin que se entere si no se enfada, le engaño le digo que sólo estaba mirando”.

Efectúan también cuidados socio-sanitarios, que podrían corresponder a profesionales de la salud, y que los cuidadores deben aprender por necesidad: “Sobre todo al principio lo pasas fatal porque no tienes ni idea de cómo cuidarle”. Los cuidadores también actúan de enlace con los servicios de salud, una función especialmente relevante y que exige mucho tiempo: “Te lleva mil horas las citas médicas, el hospital que si ahora aquí que si ahora allá y es siempre lo mismo”.

La discapacidad genera dependencia para multitud de tareas que trascienden las ayudas directas a la persona dependiente. Una de ellas es el asesoramiento para realizar gestiones o tomar decisiones sobre la vida cotidiana afectada por la discapacidad: “La obra de adaptación que hice yo en mi casa fue una chapuza. Yo no puedo estar pendiente de lo que están haciendo, así que hacen lo que les da la gana”. “La gente puede abusar de mí así que lo que necesito es alguien que me ayude con papeles para la compra de la vivienda”.

A. El nivel de atención según el vínculo de consanguinidad

Cuando se trata de describir los cuidados directos que recibe la persona dependiente se aprecian diferencias de atención según sea el vínculo de consanguinidad entre el cuidador/a y la persona dependiente. Las madres y esposas aceptan su papel de cuidadoras principales de su hijo/a o cónyuge con discapacidad. Es su rol. Su actitud es de resignación por el tiempo de cuidado: toda la vida de la persona con discapacidad en muchos casos de hijos, y variable en el caso de cónyuges. Aunque existe cierta despreocupación por parte de otros miembros de la familia, las madres cuidadoras disculpan este comportamiento. Como madres, aceptan su papel de cuidadoras principales porque “es su obligación”.

Existe menor aceptación por parte de hijas/os, hermanos/as, puesto que no existe una identificación del cuidado como rol propio que deben desempeñar. A pesar de ello, las hijas afrontan el cuidado con gran compromiso, llegando a cuidar a ambos progenitores al mismo tiempo y sucesivamente. La norma de reciprocidad a lo largo de la vida está presente en el discurso de las hijas, aunque no se asuma de manera sólida: “Existe la creencia de que como te cuidaron a ti tú tienes que cuidarlos a ellos”.

Las hijas cuidadoras disculpan la despreocupación de sus propios hijos y de su marido. No se desea para sus propios hijos esta situación. Con respecto al marido, se disculpa por no ser de su competencia. Esta actitud de disculpa no existe frente a otros hermanos, sino que el cuidado se considera que debe ser compartido y existe una crítica explícita a su falta de compromiso.

Las **actividades de cuidado identificadas por los diferentes grupos de cuidadores son:**

- En las **madres cuidadoras** se identifican las siguientes actividades de cuidado:
 - Cuidados elementales: aseo, alimentación, acostarse-levantarse, vestirse, sentarse-levantarse, lavar los dientes, ir al váter.
 - Cuidados médicos: administración de medicación, ir al médico, ir al hospital.
 - Transporte: todo tipo de transporte.
 - Cuidados relacionados con la enfermedad: ejercicios de rehabilitación.
 - Otros: aprendizaje y enseñanza al discapacitado de procesos/actividades adaptados a sus necesidades: por ej. ordenador.

- En las **hijas cuidadoras** las actividades identificadas fueron las siguientes:
 - Discapacitados psíquicos y físicos muy evolucionados:
 - Cuidados elementales: aseo, alimentación, acostarse-levantarse, vestirse-levantarse, ir al váter.
 - Cuidados médicos: control y administración de la medicación.
 - Transporte: no existe en casos de gran deterioro.

- En todos los **cuidadores**:
 - Cuidados médicos: ir al médico.
 - Transporte: todo tipo de transporte.
 - Otros: acompañante.

B. El impacto emocional del cuidado

Una de las consecuencias del cuidado de las personas dependientes es la que afecta a su estabilidad emocional, pues el impacto psicológico de la dependencia es muy determinante y requiere una fase relativamente larga de aceptación y adaptación: “Al principio es cuando estás perdido, porque no sabes qué hacer”, “Llevo poco tiempo y no paro de llorar”. El paso del tiempo cambia la situación, que se normaliza y acepta, aunque no sin resignación: “Al principio tenía la esperanza de que fuera por poco tiempo, ahora veo que es así para siempre, no hay remedio”, “Llevas así toda la vida y sabes que esto no va a cambiar, te aguantas porque es lo que te ha tocado”.

La perturbación emocional se expresa a través de tres tipos de sentimientos: soledad, impotencia y sufrimiento psicológico.

La **soledad** en el cuidado se percibe como un agravante en la carga del cuidado. El poder compartirlo, en el caso de los hijos, con la pareja, se percibe como algo fundamental: “A quien nos falta la pareja es tela, porque no tenemos ningún apoyo, la diferencia es tremenda”.

El **sufrimiento** de los cuidadores deriva en parte de su sentimiento de culpa por no proporcionar cuidados a la persona discapacitada con mayor dedicación y delicadeza: “Te sientes mal cuando le chillas o le dejas solo pero es que no puedes más”. “Yo le ato a la silla y le pido a Dios que no pase nada”.

Gráfico 2. El impacto emocional del cuidado

LA SOLEDAD	LA IMPOTENCIA	EL SUFRIMIENTO
“Te sientes muy solo porque tú lo llevas todo y es una situación muy difícil” (G1).	“Yo no sé cómo ayudarlo y me siento fatal” (G2).	“Tienes que estar permanentemente pendiente por si pasa algo” (G3).
“El mío es muy particular no quiere estar en la silla, tendría que tener una persona especializada” (G2).	“El mío me dice todos los días que se quiere morir” (G2).	“Lo que me ha rematado es que ahora también tengo a mi madre, no puedo más” (G3).
“Es todo el día de la mañana a la noche” (G4).	“Te destroza el cómo se debe sentir de verse a sí misma tan mal” (G4).	

Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO (2010)

Llama la atención cómo los cuidadores coinciden en señalar que las personas discapacitadas son como “esponjas” que les absorben la energía y la ilusión: “Las personas mayores te quitan la alegría, te quitan la vida cuando te das cuenta se te ha pasado la vida”, “Es una esponja que absorbe todo de ti”, “Pierdes la ilusión, lo pierdes todo, no tienes ilusión por nada”.

Se confirma que la actitud de resignación está influida por la edad: a mayor edad del cuidador, más aceptación de la situación y también que el grado de pesimismo tiene relación con el número de años dedicados al cuidado de la persona dependiente.

C. El impacto en las relaciones sociales y el uso del tiempo

La aparición de la dependencia afecta fundamentalmente a la familia, a su organización interna y a las relaciones con el exterior: “Lo que nos afecta a nosotros, afecta a toda la familia” “Esta situación afecta a todos los de casa”.

Con frecuencia la dependencia supone un deterioro de la relación entre la persona dependiente y la persona que le cuida: “Antes podías hablar con él, ahora no porque siempre tiene que ser lo que él dice, no hay diálogo para nada”. En algunos casos, se percibe que esta falta de comunicación es un obstáculo para las relaciones familiares: “Un enfermo dependiente absorbe todo y echas de menos las conversaciones, las cosas que había antes”.

Las exigencias del cuidado da lugar a tensiones y conflictos familiares, que con frecuencia se hacen explícitos: “Las discusiones entre la familia se triplican” “Le pedí a la hermana de mi madre que la llevara al médico, porque yo no podía y me dijo que no con muy malos modos”. Afecta también a las relaciones de pareja de algunos cuidadores que se ven profundamente alteradas por la nueva forma de vida y la atención de las necesidades de las personas dependientes: “Yo he tenido hasta una crisis de pareja por causa de mi hermano, y claro esto no es”, “Yo pensé en divorciarme, pero luego aguanté”.

La falta de disponibilidad de tiempo personal y la necesidad de contar con momentos de libertad para ellos mismos es una idea permanente en el discurso de los cuidadores: “Nunca tienes tiempo para ti, tienes muchísimo menos tiempo del que tendrías si no lo tuvieras”. “Llevo muchos años que no sé lo que son vacaciones, ni semana santa, ni feria ni nada”. Algunos cuidadores experimentan una intensa frustración por tener que renunciar a su forma de vida anterior y a sus relaciones por las exigencias del cuidado a la persona dependiente: “Te dan unas ganas de coger la puerta y marcharte porque estás harta”, “Te preguntas por qué te ha tocado a ti esto” .

Las relaciones más allá de la familia se ven especialmente afectadas, fundamentalmente por la falta de tiempo. Se achaca a la pérdida de amigos una cierta incomprensión por parte de éstos: “Los amigos se dan cuenta de que tú no puedes ir a la cena que se hace todas las semanas, entonces dejan de contar contigo”, “No tienes tiempo para nada y claro pierdes amigos”. La edad es una atenuante para interpretar la pérdida de relaciones de amistad por causa del cuidado: “Como ya eres mayor ya tienes pocos amigos y sabes que es por la edad”.

El hecho de compartir el cuidado es fundamental para mantener las relaciones sociales. Cuando el cuidado es una responsabilidad de una sola persona, el aislamiento es mucho mayor. La existencia de varios cuidadores en el hogar permite tener tiempo libre y dedicar tiempo a los amigos: “Yo aún soy joven para poder salir con mis amigos” (IMSERSO, 2010).

1.5. RESUMEN DE LA PRESENTACIÓN DE LOS FUNDAMENTOS DEL PCF - AUTO

Las intervenciones en la familia deben ser una parte crítica de cualquier programa integral de prevención de las situaciones de dependencia. La diversidad de programas familiares prometedores revisados demuestran que no hay nadie mejor que la familia para la prevención de las circunstancias que influyen sobre el desarrollo de las situaciones de dependencia. En su lugar, las intervenciones en la familia deben ser adaptadas a las necesidades culturales, de la enfermedad incapacitante o discapacidad, el nivel de disfunción familiar y las necesidades de tanto de las personas en situación de dependencia, de sus cuidadores y de la familia extensa cercana. Uno de los factores clave en la eficacia es el ajuste entre las necesidades de la familia y el contenido y duración de la intervención. Otros factores importantes en el éxito del programa

incluyen las cuestiones de aplicación, tales como la fidelidad del programa, la contratación de éxito, estrategias de retención y el seguimiento. Por lo que se refiere a los programas de prevención universal, una de las claves es la viabilidad del mismo programa, por lo que su duración se limita al mínimo necesario para poder mantener la vinculación al mismo (captación de las familias, participación de las mismas y cumplimiento de las recomendaciones).

La adaptación española del Programa de Competencia Familiar (PCF), a una modalidad universal de prevención, ofrece una opción de trabajo socioeducativo con familias en contextos normalizados. Las metodologías socioeducativas de trabajo con familias que aplica el PCF, se han diseñado en el marco del **enfoque de competencia familiar**, de acuerdo a criterios rigurosos (Orte, Ballester y March, 2013). La correcta aplicación del PCF, de acuerdo a sus contenidos y sus metodologías, ofrece buenos resultados contrastados en los servicios sociales de atención primaria, centros educativos de secundaria (institutos) y en otros contextos (Orte, Ballester, March, Amer, Vives y Pozo, 2015).

La estructura del programa se basa en 6 sesiones, desarrolladas en semanas consecutivas, tal como se ha dicho, estructuradas en una primera hora de actividad en grupo, en salas separadas, adultos mayores y sus cuidadores, para concluir con otra hora de sesión conjunta de toda la familia, también en grupo. Es decir, en la segunda hora se reúnen todos los cuidadores y adultos mayores en una misma sala, para desarrollar la sesión de familias. Esas cinco sesiones, van precedidas por una sesión de preparación del grupo.

Dos factores que se han demostrado como fundamentales, en el desarrollo de la pedagogía de la competencia familiar, son la capacidad de los formadores de los grupos de familias (Orte, Ballester, Vives y Amer, 2015), así como la metodología general basada en cuatro momentos: (1) explicación, (2) debate, (3) actividad en el contexto de las sesiones formativas y (4) prácticas para casa.

1.6. ADAPTACIÓN PARA LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

Una de las principales barreras para una prevención eficaz es la falta de programas de prevención adaptados a las necesidades de los diferentes grupos culturales, es decir, la falta de programas adaptados culturalmente. Aplicado al ámbito de la dependencia, la principal barrera para su prevención es la inexistencia de programas identificados en el ámbito nacional e internacional y que hayan sido diseñados para tal fin, siendo uno de los principales objetivos de las políticas, leyes e investigaciones sobre envejecimiento activo.

El grado de mejora en la eficacia del programa, si realmente se hicieron adaptaciones culturales correctas, se ha debatido en la literatura científica. Una cosa está clara, sin embargo, y es que los participantes provenientes de minorías culturales no van a asistir a un programa, o lo abandonarán antes, si no sienten que les pertenece o el programa no está dando respuesta a sus inquietudes y necesidades.

Para llevar a cabo las adaptaciones del programa en España, se han revisado diferentes versiones del mismo: la última versión original revisada de 2012 y las versiones americanas para hispanos. Hemos realizado modificaciones a diferentes niveles: traducción, aspectos formales y de formato, aspectos estructurales y de contenido de las sesiones, así como de los instrumentos de evaluación, adaptándolas a nuestro contexto cultural, al enfoque de prevención universal y a las características de la población en situación de dependencia mayor de 65 años con grado I reconocido a partir de su valoración con 1 año máximo previo a la aplicación.

1.6.1. LENGUAJE Y ASPECTOS FORMALES

Tratamientos. Se han adaptado los términos con los que nos dirigimos a los cuidadores y adultos mayores: tutear (variación culturalmente aceptada en España). Cuando nos referimos al formador nos dirigimos en tercera persona del presente de indicativo: “El formador pidea los cuidadores que hagan...”. También hemos empleado el imperativo: “Explique las condiciones de aplicación de las recompensas...”. Dadas las edades, nos hemos referido a adulto mayor, persona en situación de dependencia o familiar mayor de forma mayoritaria.

Adaptación de diversos términos y frases. Nombres de las personas y personajes que aparecen en el programa. Expresiones o frases hechas, vocabulario. Deportes o actividades. Formas de expresión, etc.

Discrepancias entre la versión en inglés y en castellano. Se han observado discrepancias entre las dos versiones disponibles del programa. Se ha optado, en cada caso, por la opción considerada más adecuada a nuestro contexto cultural, pero también al objetivo de las sesiones de la versión inglesa original. Las discrepancias entre sesiones no siempre se refieren a cuestiones de estilo, sino de contenido.

Lenguaje icónico. Hemos introducido iconos con dibujos para facilitar la comprensión de la función de los textos. Especial atención merecen las bombillas, que indican a los formadores aquellos contenidos que son imprescindibles trabajar en la sesión. Es decir, si el formador viese que el contenido a trabajar supera al tiempo previsto, debe optar por aquellos contenidos que tienen el icono “bombilla” porque son los necesarios para concluir el programa.

Normas de presentación. Se han realizado todos aquellos cambios que permiten respetar todas las normas didácticas para la preparación de materiales.

Estructura de las sesiones. Se ha introducido una hoja de resumen de la sesión, incluyendo la meta global, los objetivos, actividades y tipología de las actividades, duración de cada una de las actividades y los materiales específicos, para facilitar la lectura y comprensión de las mismas y comprobación de la disponibilidad del material necesario antes del inicio de cada sesión.

Formato de presentación del programa. Se ha diseñado un nuevo formato de presentación del programa para mejorar su presentación y facilitar su lectura.

1.6.2. ASPECTOS ESTRUCTURALES

Sesiones de seguimiento. El seguimiento se realizará telefónicamente cuando a criterio del formador se considere necesario. En el caso en el que por determinadas circunstancias justificadas o imprevistas, algunos cuidadores o adultos mayores hayan dejado de asistir a alguna sesión formativa, se acordará con ellos un día para la recuperación de la sesión o sesiones a las que no se asistió.

Conducción del grupo. Se ha prestado mayor atención a la conducción de las sesiones. Para ello, se aporta una pequeña guía resumen sobre las principales técnicas y dinámicas que se utilizan en el programa.

Adaptación de las salas. Se contempla el establecimiento de dos espacios independientes para el seguimiento de las actividades de los cuidadores y los adultos mayores. Se dispone, por

tanto, de dos salas de trabajo para la primera parte de las sesiones. En cada una de las salas se disponen paneles visibles para colgar los materiales que faciliten la continuidad entre sesiones, como por ejemplo carteles (“póster”) con cuestiones básicas que se deben recordar.

1.6.3. CONTENIDO DE LAS SESIONES

Objetivos de las sesiones. Se han desarrollado en detalle los objetivos de todas las sesiones del programa.

Contenidos. Se han adaptado los contenidos que hacen referencia a incentivos y otros elementos de las dinámicas.

Actividades. Se han introducido algunas modificaciones de actividades, adaptándolas a la edad.

En algún caso se ha introducido la posibilidad de añadir una actividad nueva, opcional, en relación a las propuestas en el programa.

1.6.4. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Para evaluar el grado de consecución de los objetivos del programa, en su modalidad universal, se han adaptado los instrumentos propuestos por el programa original, seleccionado un conjunto de instrumentos disponibles para utilizar con población española siguiendo los siguientes criterios: instrumentos que evalúen los mismos constructos o constructos equivalentes a los que se valoran en el programa original. Instrumentos con adecuadas propiedades psicométricas (fiabilidad y validez).

Hemos adaptado los instrumentos originales para la evaluación de los procesos y de la satisfacción de los asistentes al programa.

2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR - AUTO

Las hipótesis del programa son las siguientes:

1. La participación efectiva en las sesiones reforzará el **funcionamiento familiar positivo**, así como reforzará la **calidad de las relaciones** mantenidas en el núcleo familiar.
2. El programa fomenta las **competencias de fomento de autonomía y de mejora de las relaciones familiares** en los cuidadores y las **habilidades de relación y de funcionamiento autónomo** en las personas mayores, y potencia los factores de protección, aumentando la resiliencia.
3. El programa **previene posibles problemas de adaptación** y ajuste psicosocial en personas mayores en situaciones de dependencia moderada, así como **mejora las actitudes relacionales** vinculadas a los contextos familiares de dependencia.

Los principales objetivos del PCF para la familia, los cuidadores y los adultos mayores son los siguientes:

1. Mejorar las RELACIONES FAMILIARES
 - Mejorar la **comunicación** familiar
 - Mejorar los **vínculos** familiares y la **cohesión** de la familia
 - Aumentar la **organización** y **planificación** familiar
 - Disminuir los **conflictos** en la familia
 - Aumentar el **tiempo** que pasan juntos cuidadores y adultos mayores
 - Incrementar la **empatía** de los cuidadores en relación a sus familiares en situación de dependencia
 - Mejorar la capacidad de aprovechar la **red social** de la familia
2. Incrementar las COMPETENCIAS DE FOMENTO DE LA AUTONOMÍA
 - Aumentar el **conocimiento** de los cuidadores sobre las competencias del cuidador y los cuidados que fomentan la autonomía
 - Aumentar los **cuidados eficaces** y los **cuidados basados en la autoestima**
 - Aumentar la **atención positiva** y el **reconocimiento positivo** de los adultos mayores
 - **Reducir las consecuencias negativas vinculadas a la conducta no deseada.**
 - Aumentar la **supervisión familiar y social para garantizar el bienestar del cuidador**
3. Mejorar las HABILIDADES VITALES Y LA CONDUCTA de adultos mayores
 - **Aumentar la conducta** basada en habilidades sociales efectivas
 - Potenciar el **vínculo familiar** facilitador del funcionamiento autónomo
 - Reducir la **agresión explícita**, la agresión manifiesta y la **agresión encubierta**
 - Mejorar las relaciones interpersonales, en la familia y con los iguales, reduciendo el **retraimiento, timidez, depresión** y otros factores limitadores

4. Mejorar las HABILIDADES SOCIALES de adultos mayores
 - Incrementar las habilidades de **comunicación**
 - Incrementar las habilidades **asertivas (capacidad para establecer límites y decir “NO”)** y el **autocontrol**.
 - Aumentar el reconocimiento de los **sentimientos**
 - Mejorar las habilidades de **afrontamiento positivo**

5. Reducir o Prevenir la pérdida de las funciones vinculadas a la TOMA DE DECISIONES acerca de las ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA
 - **Disminuir la sobreprotección familiar**
 - **Aumentar los campos de toma de decisiones** propias del adulto mayor dentro del sistema familiar en el que impacta la enfermedad incapacitante o la discapacidad
 - Reducir los **factores de riesgo** intermedios en los adultos mayores (por ejemplo, pérdidas de autonomía, problemas emocionales y problemas en los contextos de relación del adulto mayor) y mejorar los **factores de protección** (es decir, desarrollar habilidades de afrontamiento, habilidades de comunicación, habilidades sociales).

Variables identificadas

Las variables independientes se basan en la participación en las diversas sesiones del programa, así como en la correcta aplicación del mismo por parte de los formadores.

Las variables dependientes son los resultados esperados de la participación en el programa. La valoración conjunta con los formadores ayudará a completar el diagnóstico, ya que nos da una visión más completa y global de las características del individuo y de su comportamiento y actitud, así como de si existen adecuados recursos de apoyo socio-familiares.

La lista detallada, que se presenta a continuación, incluye las principales variables de resultado que se evalúan en el PCF AUTO, correspondiendo a los objetivos que se plantean en el programa.

Las variables más relevantes, a partir de los objetivos del programa, son las siguientes:

	Variable	¿En qué consiste?
CUIDADOR	1. Incremento de las competencias del cuidador y la implicación familiar	Tiempo positivo entre los miembros del sistema familiar; los cuidadores hablan con sus adultos mayores sobre sentimientos, planes... Elogio positivo: aumentar las situaciones de protección de las relaciones familiares y reducción de los factores de riesgo. Reducción de las consecuencias negativas.
	2. Incremento de las habilidades de fomento de la autonomía	Los cuidadores se sienten más seguros cuando cuentan con los conocimientos acerca de las técnicas de cuidado y de relación con el adulto mayor de demostrada eficacia en la promoción de autonomía. Coherencia en los cuidados basada en los acuerdos familiares.
	3. Incremento de la supervisión familiar	Los cuidadores se interesan y conocen la red de relaciones en la que interactúa el adulto mayor. Todos los agentes conocen la situación de dependencia del adulto mayor e intervienen en la facilitación del funcionamiento autónomo.

CUIDADOR	4. Incremento de la eficacia del fomento de la autonomía	Los cuidadores consiguen que el adulto mayor les escuche y les haga caso frente a las peticiones relacionadas con el fomento de la autonomía. Peticiones claras del cuidador a la persona en situación de dependencia y control efectivo de actitudes y conductas.
	5. Reducción de la pérdida de toma de decisiones autónomas sobre las ABVD	Normas claras sobre la toma de decisiones familiar. Evitar o reducir la sustitución de funciones propias del adulto mayor.

	Variable	¿En qué consiste?
ADULTOS MAYORES	1. Incremento de las habilidades sociales (cooperación, asertividad, autocontrol)	Relaciones entre iguales y con los miembros de la familia, comunicación asertiva, actividades sociales.
	2. Mejora de las relaciones interpersonales	Autocontrol, aceptación de las críticas, expresión de afecto. Mejora de la satisfacción en las relaciones.
	3. Reducción de la agresividad y de otros problemas de conducta	Dificultades en las relaciones familiares, agresividad manifiesta e implícita, discusión y problemas con el grupo de iguales o con adultos. Evitación de conflictos.
	4. Mejora de las actitudes asertivas. Aprender a decir “no”.	Evitar las posibles situaciones de negligencia y/o maltrato frente al adulto mayor. Incrementar la asertividad en la toma de decisiones que afecten a su bienestar en las relaciones familiares y sociales.
	5. Mejora de las habilidades adaptativas en los diferentes contextos de relación.	Garantizar el mantenimiento y/o recuperación de la toma de decisiones acerca de las Actividades Básicas de la Vida Diaria propias del adulto mayor dentro de los contextos de relación ante situaciones de dependencia.

	Variable	¿En qué consiste?
FAMILIAS	1. Mejora de las relaciones entre el cuidador y el adulto mayor	Comunicación familiar positiva. Satisfacción familiar.
	2. Mejora de la cohesión familiar	Mejora del vínculo familiar.
	3. Mejora de la organización familiar	Disponer de espacios y tiempos de regulación familiar; planificación y gestión familiar de las actividades y relaciones.
	4. Mejora de la resiliencia de la familia	Afecto efectivo, salud física y mental, reciprocidad y ayuda, proyecto en común.
	5. Reducción del conflicto familiar	Reducir el conflicto familiar (fuertes discusiones, peleas, violencia verbal...).

3. ESTRUCTURA Y CONTENIDO DEL PROGRAMA

3.1. ESTRUCTURA DE LAS SESIONES

El formato de cada sesión se especifica en el currículum de la sesión concreta. En general, cada sesión empieza con una revisión del trabajo realizado en casa y un repaso de los conceptos de la semana anterior. A continuación, se presenta el material de formación en formas diferentes, tales como ejercicios, presentaciones en vídeo, charlas, debates, escenificación de situaciones, etc. Después se estudian nuevos conceptos y se explica la práctica que se debe realizar en casa.

Normalmente, la estructura se basa en cuatro tipos de actividades formativas:

1. **Exposición**, por parte del formador;
2. **Debate**, para confirmar la comprensión de lo explicado y trabajar sobre las dudas;
3. **Actividades** que sirven para experimentar los criterios explicados, intentando la mayor implicación emocional por parte de los participantes;
4. **Actividades prácticas** para realizar de manera autónoma en el domicilio familiar. Estas actividades son evaluadas mediante fichas de control y mediante el comentario a lo largo de las sesiones o, en casos especiales, en los tiempos disponibles para la consulta (por ejemplo, meriendas antes de las sesiones).

Los métodos de formación para los grupos de cuidadores y los grupos de adultos mayores, incluyen una serie de actividades que se van adaptando a las características de las familias, sin reducir los objetivos y teniendo en cuenta la adecuación de las técnicas. Lo ideal sería contar con dos formadores por grupo, preferiblemente uno de cada género. El número óptimo de participantes es de doce a quince familias, es decir, entre doce y quince adultos mayores.

3.2. FORMATO DEL PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR (PCF)

El programa permite una intervención en diversos niveles del funcionamiento familiar.

CUIDADORES. Entrenamiento en habilidades de cuidado facilitadoras del fomento de la autonomía. Se dirige a mejorar las habilidades de cuidado para mejorar la competencia como cuidadores.

ADULTOS MAYORES. Entrenamiento en habilidades sociales de los adultos mayores. Está concebido para aumentar las habilidades sociales de los adultos mayores. Los adultos mayores también aprenden a entender mejor el estrés y los problemas a los que se enfrentan sus cuidadores.

FAMILIAS. Entrenamiento para mejorar las relaciones familiares. Proporciona un tiempo en que la familia puede practicar la comunicación y las habilidades relacionales que han aprendido cada uno, de forma separada, en sus propios grupos. El formador presenta modelos de conducta apropiada para los cuidadores, les permite practicarlos con sus adultos mayores en las sesiones de familia y ofrecen de inmediato sus comentarios de valoración dirigidos a todos los participantes en el grupo.

El Programa de Competencia Familiar se ha concebido para ser impartido en 6 sesiones semanales consecutivas, con una duración aproximada de dos horas por sesión. Las familias se encuentran al principio de cada sesión para una merienda, o al final de la sesión para cenar (en la sesión final), junto con los formadores.

Por lo que se refiere al proceso concreto de las sesiones, luego se verá con más detalle, pero el planteamiento general es el siguiente: tras una bienvenida general y la merienda conjunta; durante la primera hora, los cuidadores y los adultos mayores se encuentran con sus respectivos grupos. Al final de esta primera sesión, las familias se vuelven a reunir y realizan un breve descanso juntos. La segunda parte está dedicada al componente de formación de habilidades familiares del programa. Según el número de participantes, este grupo se puede dividir en grupos más pequeños o puede permanecer indiviso. En cualquier caso, todas las familias trabajan en la misma sala.

El recibimiento de las familias se lleva a cabo con una breve merienda, tiempo que se aprovecha también para comprobar cómo se ha desarrollado la semana, qué dificultades han tenido para practicar las habilidades y cuáles son las que mejor han funcionado. Al final de las cinco sesiones se realizará una cena sencilla al final. El objetivo de esta cena es hacer balance del programa y dar reconocimiento por el trabajo realizado, además de fortalecer el vínculo con el programa y con las otras personas del grupo.

3.3. CONTENIDO DE LAS SESIONES

	CUIDADORES	ADULTOS MAYORES	FAMILIAS
Sesión 0	Qué es el PCF-U y por qué sois importantes	Qué es el PCF-U y por qué sois importantes	Qué es el PCF-U y por qué sois importantes
Sesión 1	Comunicarnos en familia y ponernos en el lugar del otro	Comunicarnos y ponernos en el lugar del otro	Comunicarnos en familia
Sesión 2	Reforzamos conductas positivas e ignoramos conductas negativas	Escuchamos y hablamos con asertividad: claves de la comunicación	¿Cuáles son nuestras metas y objetivos como familia?
Sesión 3	Realizamos peticiones de manera eficaz y generamos cambios	Expresamos sentimientos y emociones y afrontamos la crítica	Construimos un buen comportamiento planteando peticiones eficaces y gestionando el enfado
Sesión 4	Prevenimos la pérdida de autonomía	Aprendemos a mantener el control sobre nuestras decisiones, a comunicarnos de manera positiva y a pedir ayuda	Comunicarnos en familia para prevenir la pérdida de autonomía
Sesión 5	Mantenemos el funcionamiento autónomo en el tiempo	Afrontamos el enfado, gestionamos conflictos y resolvemos problemas por nosotros mismos	Repasamos lo aprendido y nos graduamos

Se ha mantenido, desde el inicio, una estructura en la que se trabajase en la **sesión 0** presentar el programa y motivar a los participantes; en la **segunda sesión** la comunicación y la empatía (vínculos positivos); en la **tercera sesión** retomar la comunicación e introducir la atención diferencial y las metas y los objetivos familiares; en la **cuarta sesión** plantear peticiones, gestionando el enfado y la crítica (consolidar el buen comportamiento); en la **quinta sesión** prevenir problemas asociados al funcionamiento autónomo (prevención familiar en autonomía); y en la **sexta sesión** mantener en el tiempo lo aprendido a lo largo de las anteriores sesiones (autonomía familiar).

Una vez completadas las 6 sesiones de la aplicación, las sesiones de refuerzo a los seis meses son recomendables para reforzar los aprendizajes y la aplicación autónoma por parte de las familias. También suelen ser recomendables para solucionar nuevos problemas. El contenido de la sesión o dos sesiones de refuerzo, a los seis meses, debe ser el de las sesiones de cuidadores y adultos mayores, aprovechando la reunión de ambos, en la sesión de familias, para abrir el debate grupal sobre el aprovechamiento de programa. Mantener el contacto con los participantes formará parte de las tareas de la organización que aplique el programa.

4. PARTICIPANTES: CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Un programa universal se orienta al trabajo con todas las familias, sin embargo, hay algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta. La primera limitación es la motivación de los participantes. Para formar los grupos, se seleccionarán personas que deseen incorporarse a los grupos sobre competencias familiares. Insistimos en la voluntariedad porque sin esa motivación, sin la conciencia de que pueden mejorar sus dinámicas familiares y prevenir situaciones de riesgo, será difícil conseguir resultados aceptables; por lo tanto, una de las tareas de los formadores y organizaciones implicadas debe ser la motivación de los posibles participantes. Para ello lo idóneo es trabajar, previamente al inicio de los grupos, mediante la entrevista motivacional, orientada a crear esa conciencia de mejora, esa motivación que es la base del proceso positivo.

Además de la motivación y de la voluntariedad, en un programa de prevención universal se deben considerar segunda limitación, en especial cuando se pretenden evaluar los efectos del PCF-U-AUTO, no debe incluirse a las familias que ya hayan participado en programas similares. Los efectos de otros programas alterarán la recepción del PCF-U-AUTO, para la familia y el grupo, así como la evaluación del mismo.

Estas dos limitaciones, una en positivo (motivación) y la otra en negativo, se acompañan por una serie de criterios de inclusión y exclusión.

4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se consideran como criterios de inclusión, la pertenencia de la familia al grupo de referencia: familias con personas mayores en situación de dependencia reconocida como Grado I; así como las personas con un nivel de atención y cooperación razonables. Por supuesto, se debe tratar de personas con un nivel aceptable de comprensión del idioma en el que se imparten las sesiones, capaces de participar constructivamente en sesiones de entrenamiento grupal de 2 horas de duración, una vez por semana, durante 5 semanas.

4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Trastorno de salud mental que altere gravemente su capacidad de juicio, no aceptación del programa, existencia de sintomatología mental no estabilizada o evidencia de retraso mental que impida la comprensión de los contenidos.

Déficit atencional severo, desconocimiento severo del idioma en el que se imparten las sesiones, así como otros obstáculos que imposibiliten la puesta en práctica de las habilidades aprendidas en las sesiones.

Presencia de conflictos graves identificables entre las familias candidatas a formar parte de un grupo concreto. Puede pasar entre los cuidadores o entre los adultos mayores en cualquier caso, si se conoce dicha circunstancia será preferible separar a las familias implicadas, invitándoles a participar en aplicaciones diferentes.

Los adultos mayores y las correspondientes familias cuya valoración de la situación de dependencia se corresponda con el Grado II y con el Grado III. Entendiendo que el programa se aplica en su versión Universal, se dirige al conjunto de la población sin problemas graves de dependencia y que permita el retraso o el retroceso en los primeros síntomas de pérdida de autonomía.

4.3. DIMENSIONES Y FORMACIÓN DE LOS GRUPOS

El tamaño óptimo de los grupos, para poder desarrollar con la adecuada calidad todos los procesos, se establece entre los 12 y los 15 adultos mayores y sus respectivos cuidadores. Los grupos se podrán formar con menos o más familias, pero sabiendo que:

- El límite mínimo, para que la pérdida de participantes no afecte a la viabilidad de grupo, es de 8 familias;
- el límite máximo, para poder gestionar la dinámica de los grupos, es de 20 familias.

Es muy recomendable el equilibrio por sexo en los grupos de adultos mayores. Es decir, se debe garantizar que al menos un 40% de los participantes son de un sexo y el resto del otro. Se ha podido comprobar como dicho equilibrio por sexo permite una mejor adherencia al proceso grupal. El equilibrio por edades también suele ser recomendable, para lo que se procederá de la siguiente manera:

- Será preferente trabajar con un grupo homogéneo: personas mayores de 65 años cuyo resultado de la valoración reciente (máximo 1 año previo a la aplicación del PCF-U - AUTO) haya derivado como resultado en el Grado I de dependencia.

El planteamiento de conjunto de los grupos, debe tener en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, así como los criterios sobre las dimensiones y composición.

4.4. CAPTACIÓN DE LAS FAMILIAS: LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Una de las fases principales, en un programa de prevención universal como el PCF-U-AUTO, es la preparación de la aplicación. La cual incluye cuatro tipos de actuaciones:

- Acuerdos con la red de recursos gubernamental de atención a las personas en situación de dependencia y el trabajo en red para conseguir una correcta vinculación a las entidades que actúan en el territorio.
- Selección y captación de las familias.
- Formación de los formadores.
- Preparación de todas las cuestiones logísticas: salas, materiales, calendario, etc.

Todas estas actuaciones se presentan en este documento, pero merece una atención especial la selección y captación de las familias. Por lo que respecta a la selección, ya se han explicado los criterios de inclusión y exclusión. Una vez que ya sabemos con quienes se puede trabajar, hay que conseguir reforzar su motivación para que el interés inicial se convierta en un compromiso de participación.

Para conseguir dicho objetivo, una vez realizada la primera presentación del programa, se recomienda utilizar la entrevista motivacional en modalidad grupal o con cada una de las familias interesadas o candidatas a participar. Si se puede realizar una sesión en grupo, con todas las familias interesadas, se ahorrará tiempo y recursos; asumiendo la entrevista el formato de grupo de discusión (posible sesión "0"). Si hay familias con dudas o inquietudes particulares, entonces se recomienda utilizar la entrevista motivacional con toda la familia, aunque se puede realizar también con los cuidadores y los adultos mayores por separado.

Se trata de una entrevista breve, semi-estructurada, en sesión única, que identifica las necesidades y las inquietudes en relación al cambio. Está dirigida a generar motivación, a partir de la conciencia y el deseo de cambiar hábitos y mejorar las capacidades de la familia. Se fundamenta en la buena relación comunicativa que establezca el formador o el entrevistador con los cuidadores o adultos mayores. Se trata de conseguir que surja de la persona la motivación intrínseca en relación al cambio necesario y a la oportunidad que ofrece el programa de conseguirlo.

Hay 4 criterios para desarrollar la entrevista motivacional con garantías:

- Expresión de empatía o capacidad del entrevistador para aceptar y entender de forma neutral la perspectiva y expectativas de los posibles participantes.
- La interpelación centrada en la discrepancia entre la situación actual y las metas que desea alcanzar.
- La aceptación de la resistencia entendiéndola como una parte natural y comprensible del propio proceso de cambio. La resistencia debe ser tratada como un reto para ambos: participantes y formadores.
- Desarrollar la convicción en la capacidad de cambio, por medio de la autoeficacia o la promoción de la creencia en la capacidad para mejorar, para cambiar y alcanzar unos objetivos razonables.

Para respetar estos criterios, el entrevistador debe utilizar las estrategias habituales de las entrevistas motivacionales:

- Utilizar preguntas abiertas, dejando hablar a los posibles participantes;
- utilizar la escucha activa;
- ofrecer refuerzo positivo, a partir de la propia experiencia del programa (“otros lo han conseguido antes, usted también lo puede conseguir”);
- a través de la conversación sobre las ventajas y desventajas, conseguir un compromiso basado en la auto-motivación (“creo que podré hacerlo”).

¿Quién debe realizar la entrevista? Quien tenga más credibilidad para los posibles candidatos a participar. Siempre contando con la participación del coordinador del PCF-U-AUTO o de los formadores.

¿Cuándo debe realizarse? Una vez se haya realizado una primera presentación del programa en el centro, institución o en otro contexto grupal. Cuando se ha podido seleccionar a un grupo de posibles candidatos, sea por su demanda explícita de ayuda o porque en algún momento han mostrado interés.

Se pueden repetir a lo largo de las sesiones, siempre que sea necesario reforzar la motivación de los participantes que dudan o que han tenido problemas para seguir regularmente las sesiones.

¿Cómo debe realizarse? En un contexto de seguridad para los entrevistados, en una sesión única de entre 15 y 20 minutos.

¿Cómo concluye la entrevista? Puede concluir con el compromiso de participación o con la confirmación de la imposibilidad, por el momento, de asumir el compromiso.

En cualquier caso, el entrevistador no debe sentirse decepcionado si no se consigue un compromiso en todos los casos. Cuando el programa ya se haya aplicado con éxito, en su comunidad y se cuente con familias satisfechas del proceso vivido, entonces será más fácil tener éxito en las entrevistas motivacionales.

4.5. MANTENIMIENTO Y PÉRDIDA DE PARTICIPANTES

La pérdida de participantes representa una amenaza para el correcto funcionamiento del programa, así como para la validez interna y externa de la evaluación de los procesos y los resultados (cambios en las familias). A partir de las experiencias realizadas en el Estado, se ha estimado que a lo largo del período de experimentación y seguimiento se puede perder entre el 10 y el 25% de la muestra. Los cuatro factores principales que afectan a la permanencia son:

1. Errores en la selección de las familias, incluyendo familias enfrentadas entre sí, familias sin motivación o familias en las que sus miembros no podrán mantener su compromiso de asistencia por cuestiones laborales.
 - Para hacer frente a dicha dificultad, deben seleccionarse correctamente las familias y motivarlas en el proceso previo a las sesiones y a lo largo de todo el programa. Uno de los procesos de motivación se basa en hacerles conscientes de las dificultades que les afectan, para ello es clave devolver los resultados de la evaluación inicial (pretest).

2. Formación de grupos no equilibrados por sexo o edad, con subgrupos minoritarios de difícil integración en las dinámicas.
 - Como ya se ha señalado antes, es clave para el buen funcionamiento del programa, equilibrar por sexo y edad los grupos.
 - Por lo que respecta a los subgrupos minoritarios, el reto es integrarlos en las dinámicas, siendo un reto del trabajo sobre las normas en la primera sesión, conseguir que se aprueben criterios de funcionamientos inclusivos culturalmente y de cualquiera de las diferencias que puedan presentarse.
3. Dificultades referidas a los formadores, por limitaciones para motivar a los grupos, hacer los seguimientos puntualmente y personalizar los procesos que se desarrollan; también, por dificultades de comunicación con los participantes o por desconocimiento del programa.
 - La formación y la capacidad comunicativa de los formadores es esencial. Los formadores deben conocer bien el programa, preparar a conciencia las sesiones y evitar dar la impresión de desconocer los temas que se tratan. Para ello, una de las recomendaciones es que siempre haya entre los formadores alguien con experiencias previas de aplicación (formador “senior”).
 - Otra de las recomendaciones es mantener, siempre que sea posible, parejas pedagógicas (hombre-mujer) entre los formadores, dado que el vínculo con los participantes no depende solo del formador.
4. Finalmente, hay otro problema que debe ser planteado desde el principio: con adultos mayores, la vinculación con los recursos de atención a las personas en situación de dependencia es esencial, se debe conseguir que los equipos de atención de la red de recursos de dependencia, los departamentos implicados y, si es posible el personal de atención de los recursos contextuales que interactúan con las familias (servicios sociales, servicios de salud, centros residenciales...), entiendan la importancia del trabajo con las familias.
 - El correcto trabajo en red, previo y a lo largo de las sesiones del programa, es fundamental. Se debe mantener informado y vinculado a las organizaciones implicadas, en un programa de prevención universal se trata de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia y de promoción de la autonomía personal.

Finalmente, se debe reflexionar sobre lo que significa la pérdida de participantes para la calidad de las evaluaciones. Una primera constatación es que cuanto menor es el grupo, menos fiables son los resultados agregados, debiendo centrarse en una evaluación familia a familia.

Por lo que se refiere a la validez interna de la evaluación, para el grado de confianza que se puede tener en que los resultados encontrados sean debidos a la intervención, la pérdida de participantes representa una amenaza, en especial si abandonan personas con características singulares; eso puede poner en duda la capacidad para hacer frente a determinadas circunstancias de los participantes.

En cuanto a la validez externa de la evaluación de los procesos y de los resultados, la pérdida de participantes es una amenaza si quienes abandonan provocan el desequilibrio entre las diversas experiencias de aplicación. Es decir, puede pasar que una de las experiencias tenga una pérdida de participantes excepcionalmente elevada, en dicho caso deberá estudiarse qué ha pasado en concreto en dicha experiencia, ya que puede indicar una dificultad de planteamiento, como las cuatro indicadas antes, o una nueva fuente de dificultades aún no identificada.

5. APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR (PCF)

5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS MATERIALES DIDÁCTICOS

El programa de competencia familiar cuenta con los siguientes materiales:

- Manuales
- Guías
- Carteles

5.1.1. MANUALES

Se incluyen cuatro manuales que se entregarán a los formadores. Se trata del material para preparar la aplicación del PCF-U-AUTO; es decir, el material con el que prepararán, desarrollarán y evaluarán las sesiones. Todas las partes del texto que simulan la voz del formador están señalizadas entre comillas (“ ”) o (< >). Únicamente se usan las triangulares (< >) después de la palabra “Decid:”, indicando que las palabras a usar son textualmente esas.

Las hojas que los cuidadores y adultos mayores podrán encontrar en sus guías se incluyen en los manuales de los formadores. Están señalizadas:

- a) en el índice: con una numeración correspondiente y una “C” o una “A”; y
- b) en la cabecera de la hoja adjunta: con la numeración que le corresponde y la especificación de la Guía donde la podrán encontrar.

1. Manual de formación para las sesiones con los cuidadores

Este manual, tiene como objetivo trabajar con los cuidadores participantes en el programa para formarles en la adquisición y mejora de las habilidades de cuidado necesarias para fomentar la autonomía de las personas mayores.

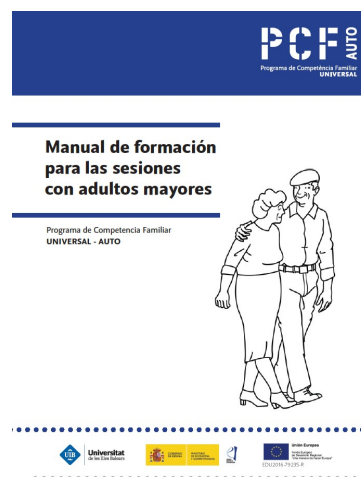
El manual contiene un índice de las sesiones que incluye. A continuación, se recoge, además de la información correspondiente a la identificación de la sesión (número, título y grupo de formación), el resumen de la sesión, la meta global que se quiere alcanzar, una tabla resumen de los objetivos de la sesión, las actividades relacionadas con dichos objetivos y las hojas de trabajo vinculadas con cada una de las actividades. También se incorpora información acerca de la temporalización parcial y total de las actividades y de la sesión respectivamente. Además, se ofrece una descripción de los materiales específicos necesarios para el desarrollo de cada sesión y el desarrollo de cada una de las actividades en relación con las cuales se ofrece información visual mediante el uso de unos iconos descriptivos de la actividad correspondiente.

Toda vez que se han descrito las actividades y su desarrollo, encontrará las hojas de trabajo tanto para el desarrollo de las sesiones en el ámbito individual y grupal como para la realización de las prácticas en casa por parte de los participantes.



2. Manual de formación para las sesiones con adultos mayores

Este manual va dirigido a la formación de habilidades comunicativas y relacionales vinculadas con la mejora de su comportamiento y de la dinámica familiar, con grupos de iguales y en el contexto social y, también, con la actitud de las personas mayores frente a la toma de decisiones vinculada a las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). En lo que respecta a su contenido, se sigue la misma estructura mencionada en el apartado anterior.



3. Manual de formación para las sesiones con las familias

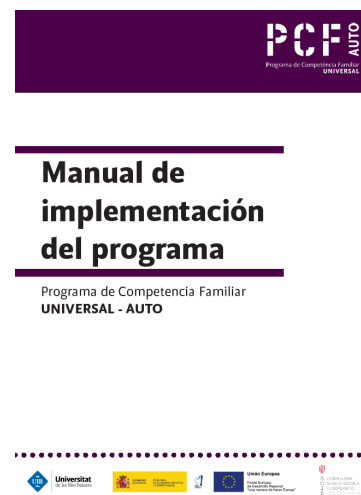
Proporciona la organización del tiempo en el que los cuidadores y adultos mayores pueden practicar la comunicación y las habilidades relacionales que han aprendido en sus sesiones por separado. También en este caso se sigue la misma estructura mencionada en el primer apartado de esta sección.

En el manual de familias se hace referencia a los cuestionarios que deben aplicarse en la sesión 1 y en la sesión 6, así como una estimación del tiempo para su cumplimentación por parte de las familias participantes. Los cuestionarios se incluyen en este manual de implementación como anexos.



4. Manual de implementación del programa

Corresponde con el documento que está consultando en estos momentos. En él se encontrará una amplia información relativa a todos los aspectos vinculados con la puesta en práctica del PCF-U-AUTO.



5.1.2. Guías

Se incluyen dos guías que se entregarán a los cuidadores y a los adultos mayores. Se trata del material con el que prepararán, seguirán y recordarán las sesiones.

1. Guía de los cuidadores

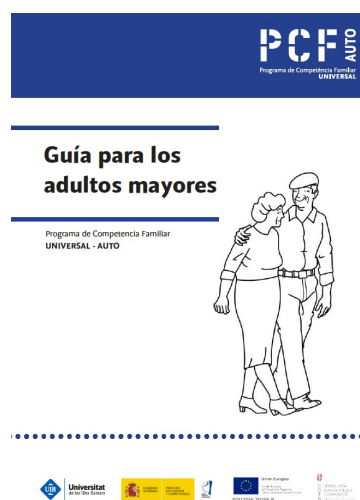
Este volumen recoge diversos documentos muy didácticos, necesarios para la práctica de las habilidades apuntadas en las sesiones de formación de los cuidadores y familias. Además, en ella se ofrece información necesaria para el desarrollo de algunas de las sesiones, así como materiales prácticos y amenos para ejercitar, practicar y evaluar los aprendizajes trabajados en las sesiones correspondientes. Las hojas de trabajo se presentan además integradas al final de su sesión correspondiente en los manuales de los formadores.

Para organizar las hojas de trabajo en la guía se han numerado siguiendo la pauta siguiente: número de sesión/número de hoja de trabajo de la sesión.



2. Guía de los adultos mayores

A los adultos mayores participantes del programa se les entrega su propia guía con ejercicios y lecturas para realizar en casa. Este material complementa el programa y permite la práctica de las habilidades trabajadas en los grupos de adultos mayores. Si los formadores piensan que es fácil que los participantes pierdan los manuales, algunos centros optan por repartir los ejercicios y lecturas en cada sesión. En esta guía, además de las hojas de trabajo (ejercicios, lecturas, juegos, etc.) necesarias para la adquisición de las habilidades, se incluyen las Reglas o Normas que deben seguir para la consolidación de los aprendizajes vinculados con las habilidades trabajadas en las sesiones grupales.



5.1.3. CARTELES (“PÓSTER”)

Se dispone de carteles que resumen los criterios y aspectos fundamentales de cada una de las sesiones. Dichos carteles, expuestos en lugares visibles de las salas de cuidadores, de adultos mayores y de familias, deben permitir consolidar los aprendizajes y reforzar el recuerdo. Los formadores pueden aprovecharlos para estructurar una sesión, ya que sirven de pauta de los conceptos básicos.

Se trata de resúmenes de los aprendizajes, sin valor alguno si no se explican y se muestra cómo deben ser interpretados. Por lo tanto, no deben ser considerados como “el contenido” de la sesión, sino solo como un esquema resumido de la misma.

5.2. CONSEJOS PARA MEJORAR LA EFICACIA DEL PCF-U AUTO

Además de la adaptación cultural y las consideraciones planteadas anteriormente, sobre la garantía de mantenimiento de los participantes, hay una serie de cuestiones de diseño e implementación del programa que pueden representar la diferencia entre el éxito y el fracaso, en el trabajo con las familias en situaciones de dificultad, tales como:

1. Selección y retención de los participantes menos motivados. Por lo general, si se ha realizado la selección de acuerdo a los criterios apuntados anteriormente, el mantenimiento de la participación es elevado, superior al 80% de los que empiezan el PCF-U-AUTO. Sin embargo, se pueden dar casos de baja motivación en alguno de los miembros de la familia que limiten la participación del resto de los participantes. Suele tratarse de los cuidadores, con pocas habilidades comunicativas y sociales, a quienes les cuesta alterar sus rutinas de ocupación del tiempo para asistir al programa. Estos casos deben ser identificados y tratados de manera singular. Es decir, se deberá invertir una parte del tiempo en renovar la entrevista de motivación para facilitar su participación y la de su familia.
2. Completar la participación en las cinco sesiones. Cuantas más dificultades tenga una familia, más tiempo se tendrá que dedicar a desarrollar la confianza, conocer las necesidades de la familia, consolidar los aprendizajes y traducirlos en conducta efectiva, así como a proporcionar o localizar servicios de apoyo. Se necesitan al menos esas 10 a 15 horas de intervención para conseguir un impacto positivo y duradero (contando las meriendas, la sesión uno y otras ocasiones de comunicación), sobre todo si los participantes pierden sesiones o tienen dificultad para la aplicación de habilidades en su casa (Kumpfer y DeMarsh, 1986).
3. Dificultades de los participantes. Las personas con graves enfermedades crónicas, depresión y problemas de salud mental, pueden tener más dificultades para aprovechar las aportaciones del programa; en algunos casos, podrían aumentar sus dificultades, por lo que es recomendable tener en cuenta dichas situaciones.

5.3. INCENTIVOS DEL PCF-U AUTO

Una de las principales maneras de conseguir el seguimiento del programa completo se basa en la utilización de diversos **incentivos**. Los más recomendables son aquellos orientados a incrementar el **tiempo positivo** en la familia, aquel tiempo que pasan juntos, con buena comunicación, realizando actividades compartidas satisfactorias: jugar a juegos de mesa juntos, caminar, cocinar, ir al cine o a un espectáculo cultural, etc. Este tiempo de calidad, en ocasiones, tiene algún coste, por lo que los incentivos se orientan a facilitar la realización de las actividades, removiendo los obstáculos que se planteen en cada caso.

El enfoque más adecuado para los **incentivos** es el basado en el **reconocimiento**. La mejor recompensa es el reconocimiento positivo, es decir, los incentivos sociales, no los materiales. Incentivos de este tipo hay muchos: dirigirse a los participantes por su nombre, preguntarles por su situación, interesarse por la evolución que observan, hacer elogios adecuados ante sus aportaciones, confiar en su capacidad para explicar o hacer actividades, etc. Sin embargo, también se pueden utilizar incentivos materiales de menor importancia.

Los incentivos deben respetar los valores del programa: igualdad de género, respeto a la diferencia, aceptación de la diversidad cultural, no consumo de alcohol ni otro tipo de sustancias tóxicas y cultura de paz.

En la sesión 0 se hace una entrega de incentivos especial. Será el momento en el que se entregue una bolsa del programa con el logo y la imagen del PCF-U con las guías para cuidadores y adultos mayores en su interior. Asimismo, contendrá el imán con las cinco metas que persigue el programa (ver objetivos).

5.3.1. INCENTIVOS DE LOS ADULTOS MAYORES

Aunque los principales incentivos son los que facilitan el tiempo de calidad, el tiempo positivo familiar, también existen otros incentivos no materiales; se pueden administrar otros incentivos para mantener la participación e interés en las actividades del programa. A lo largo del programa es importante que los adultos mayores vayan viendo reforzada su implicación en el mismo. En las sesiones de adultos mayores se preparará, en un lugar visible, un cuadro de autocontrol para reconocer la asistencia a las sesiones y la puntualidad. Ese cuadro pretende mostrar y reconocer la implicación.

Además, el programa sugiere que, en la sala donde se realizan las sesiones, haya siempre una caja con pequeños regalos (de reducido valor económico), que puedan utilizarse para recompensar a los adultos mayores cuando todos han seguido una actividad con mucho interés. Los formadores deben asegurarse de que los adultos mayores entienden que no se les va a premiar continuamente, pero que implicarse en el programa tiene consecuencias positivas: reconocimiento, mejoras en la dinámica familiar, mayor capacidad para entender qué pasa, etc. Los regalos deben ser utilizados para crear un momento de distensión, divertido y de reconocimiento, por lo que los regalos deben ir siempre acompañados de palabras: se les debe agradecer explícitamente la participación, también se les debe invitar a que digan qué han aprendido o para qué les ha servido lo que han hecho.

En la misma línea, se contempla que se aproveche la cena final del programa para proporcionar a los adultos mayores incentivos orientados al reconocimiento del trabajo realizado. Se pueden repartir incentivos iguales para todos los miembros del grupo o sortear incentivos diferentes entre los adultos mayores por un sistema de papeletas, de bolas numeradas en una bolsa u otros sistemas aleatorios.

Ejemplos de incentivos para cada sesión (6):

Una taza, entradas para una obra de teatro o para el cine, entradas para un concierto de música, entradas para ir a ver a un equipo de fútbol, baloncesto o similares; una funda para el móvil, chapas con mensajes originales, pulseras con mensajes originales, etc.

Ejemplos de incentivo final (1):

Invitaciones para una cena o comida en un restaurante, una excursión, facilitar el acceso a diferentes cursos (de cocina, de informática, deporte, instrumento, lengua, pintura, maquillaje, etc.); organizar una excursión (adaptada a las necesidades vinculadas a la situación de dependencia que presenten los miembros del grupo); certificar la participación en el taller entregando el reconocimiento una persona de gran credibilidad para los adultos mayores, etc. Este último incentivo debe volver al sentido original de los incentivos: momento de reconocimiento e incentivo facilitador del tiempo positivo.

5.3.2. INCENTIVOS DE LOS CUIDADORES

Para facilitar la continuidad y motivación en relación con el programa, éste contempla una serie de incentivos para los cuidadores.

Entendemos que las meriendas y la cena, ideadas para favorecer el sentimiento de grupo y para que los formadores valoren con los cuidadores la evolución de los logros del programa, actúan también como elementos motivacionales para los cuidadores.

Los formadores idearán la manera en que los cuidadores obtendrán los incentivos. Podrán obtenerlo a través de un sorteo, realizando algún juego participativo, etc. Los incentivos que se otorguen deben partir del análisis de los gustos y preferencias de los cuidadores, también de sus necesidades. Es importante que los incentivos sean de utilidad para las personas que los reciben y se adapten a las características culturales del grupo.

En cualquier caso, la principal manera de incentivar a los cuidadores será a partir de las recompensas sociales: el reconocimiento, la valoración positiva y los elogios que les proporcionen los formadores. En las sesiones de cuidadores se expondrá, en un lugar visible, un cuadro idéntico al que deben tener los adultos mayores para reconocer la asistencia a las sesiones y la puntualidad. Al final de cada sesión los cuidadores colocarán sus adhesivos verdes en el cuadro y además de servir como sistema de autoevaluación, los formadores podrán hacer alusión a éste para felicitar a los cuidadores por su implicación en el programa.

5.3.3. INCENTIVOS PARA LAS FAMILIAS

Tienen que ser incentivos que refuercen la dinámica familiar positiva y que, por tanto, puedan ser disfrutados por todos los miembros de las familias. Como en los otros casos, se pueden otorgar a partir de un juego familiar, o un sorteo, y pueden consistir en juegos de mesa, entradas para algún espectáculo cultural o deportivo, etc. También es imprescindible evaluar la situación de las familias para que los incentivos resulten atractivos.

Como se ha dicho antes, en la sesión de graduación (sesión 5) está previsto incentivar a todas las familias que se gradúen, mediante un incentivo para la familia. Este incentivo suele consistir en un álbum con fotos de la familia durante el desarrollo de las sesiones. Para ello, desde la primera sesión se informa a las familias de que durante la aplicación del programa se irán efectuando fotografías. Estas se seleccionarán y prepararán en un álbum digital, realizado con Power Point o programas similares, con antelación suficiente para que estén disponibles, puedan imprimirse y entregarse en la sesión final. Todos los participantes recibirán un certificado de participación en el programa.

5.3.4. INCENTIVOS DEL SERVICIO DE GUARDERÍA

El propio servicio de guardería es ya un incentivo en sí mismo, ya que ayuda al conjunto de la familia a participar en el programa. Siempre y cuando el personal encargado del servicio lo considere oportuno, se puede obsequiar a los niños pequeños que asistan al servicio de guardería, por su participación en las actividades, talleres, cumplir normas, etc., con algún pequeño incentivo al terminar cada una de las sesiones. En este caso, los incentivos serán sencillos y económicos, adecuados a su edad (por ejemplo: pequeñas pelotas, coches, peonzas, relojes de plástico, los dibujos realizados en la sesión, etc.).

Proponemos que el servicio de guardería programe la realización de actividades para cada una de las sesiones. Para ello debe tenerse en cuenta la etapa evolutiva y características personales de los niños que asistan a dicho servicio, el espacio, equipamiento e instalaciones disponibles y la dotación de recursos a los que se pueda acceder. El servicio de guardería lo realizan voluntarios, sean alumnos de carreras educativas o voluntarios de la entidad que quieran colaborar con el programa, pero también puede contar con hermanos o familiares que no participen en el programa.

Algunos ejemplos de actividades que se pueden desarrollar en el servicio de guardería son las siguientes:

- Actividades favorecedoras del desarrollo de habilidades sociales (por ejemplo: comunicación, etc.).
- Actividades que mejoren la psicomotricidad fina (por ejemplo: manipulación, capacidad artística y plástica, etc.).
- Actividades lúdicas y educativas que sirvan para apoyar las tareas escolares.
- Actividades de expresión musical.

La realización de estas actividades implica la planificación y disponibilidad del material necesario para su confección.

Es conveniente mantener un diario de actividades, es decir, después de cada sesión, el personal de la guardería debe registrar en detalle todas las actividades realizadas en las sesiones, así como quiénes han participado en las mismas.

En la sesión de graduación les serán entregados todos los trabajos realizados personalmente en las sesiones del servicio de guardería, mediante el desarrollo de las actividades descritas. La intervención de los responsables del servicio de guardería es fundamental que den reconocimiento explícito de la participación a cada uno de los participantes es fundamental.

5.3.5. RECURSOS FORMALES: INCENTIVOS PARA EL PERSONAL Y ORGANIZACIONES

Estos recursos juegan un papel de motivación y reconocimiento de todas las personas, organizaciones o entidades que en diversa medida hayan prestado apoyo al programa. Este reconocimiento es importante tanto para mantener la implicación de los profesionales participantes y de los colaboradores diversos.

1. Certificados para las y los formadores.
2. Certificados para las y los monitores de guardería.
3. Certificados para el voluntariado (de apoyo en las actividades de ocio u otras).
4. Certificados para los *sponsors* (los recursos de atención a las personas mayores implicadas).

Quien debe aportar dichos certificados es la entidad gestora, en nombre de la administración que organiza y ofrece el programa.

5.3.6. RECURSOS NECESARIOS

En cada aplicación del PCF-U, debería elaborarse una lista de material que, como mínimo, tenga en cuenta los recursos necesarios para el funcionamiento óptimo de las sesiones:

1. Material didáctico, fungible y no fungible.
2. Material lúdico, ocio (en especial, para los niños pequeños que asisten a las guarderías).
3. Incentivos por sesiones y grupos de formación (cuidadores, adultos mayores y familias).
4. Meriendas y cenas.
5. Vales diversos (ejemplos: tarjetas ciudadanas para el transporte, entradas para cine, para comida, para ocio personal y familiar, etc.).

5.4. COMPROBACIONES BÁSICAS

Hasta el momento se han planteado diversos tipos de comprobaciones, desde las relativas a la selección y formación de los grupos, hasta las que tienen que ver con la asistencia, pasando por la puntualidad o la recuperación de sesiones. Sin embargo, las principales comprobaciones se refieren a la propia dinámica de las sesiones. Dichas comprobaciones se van a realizar a lo largo de la aplicación del programa. En los capítulos siguientes se presentarán las principales, pero hay una que es fundamental en un programa socioeducativo, basado en la comunicación verbal, de palabra o escrita, así como en la comunicación no verbal. Se trata de la comprensión lectora de los participantes. No puede darse por supuesta, ya que se pueden crear situaciones de difícil solución.

Es importante conocer el nivel previo de lectura comprensiva de los participantes. La comprensión lectora es la base de la adquisición de los conceptos. Los formadores deben ser conscientes de su relevancia. Se puede comprobar de diversas maneras, una de ellas es la lectura, desde las primeras sesiones, de los materiales escritos del programa (guías y carteles, por ejemplo), así, leyendo con cuidado las hojas de trabajo, se podrán asegurar de que los participantes entienden lo que tienen que hacer, así como su nivel de comprensión de las ideas presentadas en el material. Repetir instrucciones o explicar lo que van a hacer durante la semana es, también, un control útil.

Si se descubre que un cuidador es incapaz de leer con un adecuado nivel de comprensión, no se le debe llamar la atención ni destacar la limitación en público; debe ofrecerse en privado la posibilidad de explicar los criterios o las actividades, hasta que el cuidador pueda entenderlos y recordarlos. Es importante no avergonzar a los cuidadores o mostrarse sorprendidos o molestos. Las personas que no han tenido la oportunidad de aprender a leer, que aunque puedan leer no tienen hábitos de lectura, o que tienen una seria dificultad de aprendizaje, son comunes en los programas con una amplia participación. Por lo general, estas personas responden muy bien al formador o a la oferta de apoyo personalizado.

En el grupo de los adultos mayores probablemente se encontrarán distintos niveles de lectura y comprensión. Los adultos mayores, pueden también expresar dificultades para entender los criterios explicados o para entender las prácticas que deben realizar en casa. Sin embargo, es importante, incluso con adultos mayores que parecen tener niveles altos de comprensión lectora, revisar cómo entienden las explicaciones verbales y los textos de las guías y carteles. Se pueden aprovechar los debates para comprobar dicha comprensión. La lectura en grupo de los textos preparados en las guías, la lectura de páginas seleccionadas o de los carteles, etc., son una excelente manera de aumentar la participación en el grupo, de aumentar el nivel

de interés de los adultos mayores y de mejorar su autoestima. Hay que garantizar que estas experiencias produzcan los resultados esperados, permitiendo completar actividades que confirmen sus capacidades y no que pongan de manifiesto sus limitaciones.

RECOMENDACIONES SOBRE LAS CONDICIONES DE APLICACIÓN

El PCF-U está diseñado para ser aplicado en 6 sesiones consecutivas, una por semana. Cada sesión dura aproximadamente dos horas. Los cuidadores y los adultos mayores se encuentran antes de las sesiones para merendar junto a los formadores. Se trata de un tiempo más o menos informal, de conversación y comprobación de lo que ha pasado a lo largo de la semana. Cada formador debe ser responsable de algunas familias, debiendo interesarse por lo que ha ocurrido, la motivación y los intereses con los que inician cada sesión. La información relevante que aporten los participantes debe ser tomada en cuenta en la dinámica de las sesiones. Por ejemplo, si ha habido un problema serio con el adulto mayor, se debe evitar que su exposición monopolice la sesión, ofreciendo un contexto de escucha adecuado para poder evitarlo. En ese sentido, las sesiones individuales entre el formador y los cuidadores o el adulto mayor serán fundamentales.

Estas comprobaciones realizadas en el tiempo previo al inicio de las sesiones, garantizan el buen funcionamiento de las mismas.

La primera hora de cada sesión se pasa con los cuidadores y adultos mayores, reunidos en sus propios grupos. Al final de estos grupos, realizados de manera separada cada uno en una sala diferente, las familias se reúnen y se inicia la segunda parte de la sesión. El segundo período, cuenta con los formadores de cuidadores y los adultos mayores. Es importante que participen todos los formadores en la sesión de familias, dado que eso permite prestar una atención más atenta a cada una de las familias. Dependiendo del número de participantes, este grupo se puede dividir en dos subgrupos más pequeños o pueden permanecer juntos en un grupo.

6.1. RECURSOS HUMANOS

Uno de los factores clave del programa consiste en el buen uso de todos los recursos. Para ello es imprescindible disponer de las dotaciones adecuadas. Anteriormente, se ha hablado de los formadores o de las salas, a continuación se concretarán las dotaciones recomendadas.

6.1.1. FORMADORES

En las investigaciones realizadas, los formadores son uno de los factores clave del éxito del programa. Los manuales y todo el diseño pueden ser excelentes, pero los que hacen que se materialice el programa, son los formadores. Por eso se presta una atención especial a su selección, formación y apoyo en las primeras experiencias de aplicación en las que participen.

La responsabilidad de generar una conciencia de grupo, una cierta dinámica comunitaria, depende de los formadores, de su capacidad comunicativa, de convicción, dominio del programa y de liderazgo.

A) Los formadores de los grupos

Los formadores son el recurso más valioso de este programa. Su formación y la calidad de los procesos de enseñanza-aprendizaje que desarrollen, tanto con los cuidadores como con los adultos mayores, es lo que determinará el éxito o el fracaso del programa. Los formadores deben ser seleccionados y formados con cuidado.

Cuando asuman la aplicación del programa, tendrán que saber encontrar un equilibrio entre las necesidades de los individuos y las de los grupos, entre los problemas de los cuidadores y de los adultos mayores. Deberán ser sensibles a las necesidades y los sentimientos de las familias, a la vez que deberán mantener el correcto funcionamiento y promover un sentimiento de responsabilidad para compartir y llevar a buen término el programa. Se trata de una tarea compleja, que esperamos les resulte más liviana gracias a las recomendaciones que aquí les ofrecemos

B) Número y características de los formadores

Los formadores deben ser profesionales formados en el trabajo socioeducativo o psicoeducativo, preferentemente con experiencia en el trabajo con familias y grupos de diversos tipos. Las profesiones de referencia recomendadas son:

- Titulaciones sociales: trabajo social, antropología y sociología.
- Titulaciones educativas: educación social, magisterio, pedagogía...
- Otras titulaciones: psicología y titulaciones sanitarias.

El programa funciona mejor si se dispone de dos formadores para el grupo de formación de cuidadores y otros dos formadores para el grupo de formación de habilidades de los adultos mayores. Ello significa que son cuatro los formadores que dirigen cada sesión del programa para mejorar las relaciones familiares, más dos formadores suplentes. Sin embargo, en algunas aplicaciones no se podrá disponer de cuatro formadores, en estas situaciones el mínimo recomendable son dos formadores para el grupo de adultos mayores y un formador experto, para el grupo de cuidadores.

¿Por qué dos formadores para los adultos mayores? Si el grupo está formado por más de 12 adultos mayores con situaciones de dependencia de diversa índole, se presentarán dinámicas muy diversas, diferenciadas por situación de dependencia, edad, género, características socioculturales, etc. Por ello se recomienda contar con dos formadores, estructurados como una pareja pedagógica, con una formadora y un formador, para aprovechar los vínculos preferenciales por género, característicos de la población mayor.

La propia complejidad de los grupos puede hacer que el criterio recomendado se aplique de otra manera. Es decir, en alguna aplicación, con una elevada participación cuidadores, así como una dinámica más problemática en los cuidadores, puede recomendar que se dediquen dos formadores al grupo de cuidadores y uno al de adultos mayores.

Durante las sesiones familiares, se debe contar con todos los formadores presentes en los grupos previos, sean tres o cuatro. En primer lugar, porque la sesión de familias debe integrar lo realizado en los grupos de cuidadores y adultos mayores. En segundo lugar, porque se debe poder realizar una atención y seguimiento singularizado a cada familia. Tres formadores se pueden repartir un gran grupo de 12 familias, facilitando más su trabajo que si solo se cuenta con dos formadores.

C) Número y características de los formadores

Un factor clave, para la aplicación de un programa de prevención selectiva, y en general para cualquier programa que se proponga producir cambios efectivos, es la formación de los formadores que lo aplicarán. Antes se han delimitado las profesiones de referencia y la experiencia recomendable, pero la correcta aplicación del programa exige una formación específica.

La formación inicial de los titulados de ciencias sociales y de la salud, se puede considerar como muy buena en nuestro contexto, más aún cuando se puede seleccionar a formadores que tienen experiencia profesional acreditada. Sin embargo, cualquier actuación preventiva requiere que los formadores cumplan determinados criterios:

1. Que dominen los mismos conceptos preventivos;
2. que sepan aplicar los criterios que conocen de forma efectiva, adaptándolos a las características de los grupos;
3. que sepan ser fieles a los currículums escritos de los programas que aplican;
4. que muestren habilidades y actitudes para la relación personal y el trabajo con grupos de cuidadores, adultos mayores y familias;
5. que sepan trabajar en equipo, con planteamientos operativos;
6. que tengan buenas habilidades comunicativas y de liderazgo en grupo.

Para poder garantizar que los formadores disponen de estas competencias, suele ser necesario realizar actividades formativas específicas para los programas preventivos.

Se recomienda que los formadores lean íntegramente los manuales de cuidadores, adultos mayores y familias, así como el manual de implementación, antes de iniciar la sesión previa (sesión 0). Esta preparación no solo les permite familiarizarse con el conjunto del contenido, sino también con los planteamientos y la filosofía global del Programa de Competencia Familiar, en su modalidad universal. Los formadores también deberán preparar los materiales y el contenido específico de cada sesión. Las sesiones de formación, previas al inicio de las aplicaciones, deben garantizar esos conocimientos.

Los formadores, además de participar en las sesiones de formación previas, se prepararán antes de cada clase leyendo la sesión entera y tratando las cuestiones relacionadas con la aplicación del programa con los otros formadores, así como con el coordinador de la aplicación o el personal de apoyo de la organización para la cual trabajan.

D) Presentación de los diversos temas

Los formadores no deben leer directamente los manuales de formación durante las sesiones, sino que deben presentar el material de una manera profesional, con sus propias palabras, tras haberlo asimilado bien. Tampoco deben usarse fichas de apoyo, dado que rebajan la capacidad de comunicar correctamente, siendo percibidos por los participantes como personas sin formación suficiente.

Para facilitar el recuerdo de los criterios o la estructura de la sesión, se dispone de los carteles de apoyo (“póster”). Se utilizarán y presentarán como material de apoyo para los participantes, pero los formadores pueden servirse de ellos.

El programa no tiene por qué aplicarse al pie de la letra. Los ejemplos sobre qué cosas decir se incluyen en el manual tan solo como ejemplos. Los formadores deben

personalizar las presentaciones, para que adapten a las necesidades y características socioculturales de los participantes, utilizando un lenguaje y unos ejemplos que sean adecuados para sus grupos. Más adelante se vuelve a tratar este aspecto.

E) Evaluaciones al final de las sesiones

Es importante que los formadores prevean un tiempo suficiente al final de cada sesión para realizar los registros de seguimiento y la evaluación de la sesión. En el dossier anexo se explica en qué consiste dicha tarea. Los cuestionarios los cumplimentan los formadores individualmente, aunque algunas cuestiones se rellenan conjuntamente, tratando de lograr el consenso en la valoración de los ítems.

F) Participantes en aplicaciones previas

Se deben tener en consideración, cuando se pueda contar con su participación constructiva, a las familias que han completado satisfactoriamente el programa en aplicaciones previas. En muchos sentidos, pueden entender bien a los participantes de los nuevos grupos, sobre todo en lo que se refiere a los cuidadores menos motivados o con dificultades especiales. Si se han realizado aplicaciones del PCF de una manera continuada, hay que asegurarse de hablar con esos cuidadores que muestren un potencial como futuros colaboradores. Dado que las sesiones de refuerzo son recomendables, una vez completadas las 5 sesiones de la aplicación, mantener el contacto con los participantes formará parte de las tareas de la organización que aplique el programa. Ese contacto permitirá acceder a los cuidadores y adultos mayores de aplicaciones previas.

Puesto que ya habrán participado en el programa, sabrán transmitir a los nuevos participantes sus propios ejemplos personales respecto a la eficacia del programa. Además, pueden resultar de ayuda a la hora de captar participantes para las nuevas aplicaciones.

G) Saber cuándo hay que derivar a otros servicios de la red

Es importante que los formadores conozcan los recursos locales, así como los servicios sociales de la zona en la que viven las familias que participan. En alguna ocasión, los participantes utilizarán otros recursos del sistema de servicios sociales y de salud, en los casos en que necesiten terapia individual, grupal, familiar, servicios de salud, servicios básicos de bienestar social, etc. Es también crucial que los formadores no ofrezcan consejos ni ayuda para problemas que no están cualificados para tratar, sino que deriven las familias a los profesionales más adecuados. El contexto de trabajo en red, de la organización para la cual trabajan, es el más adecuado para realizar las coordinaciones con otras organizaciones.

6.1.2. MONITORES PARA LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

Debe haber uno o dos monitores para el cuidado de los hijos más pequeños de los padres que participen en el programa. Pueden ser estudiantes en prácticas de las diferentes especialidades del grado de Magisterio, sea de Educación Infantil y de Educación Primaria. También se puede contar con profesionales de la Educación Social, así como personal voluntario de las diferentes ONG's relacionadas con problemáticas sociales, actividades de tiempo libre o culturales.

Las dimensiones del grupo habitual de hermanos más pequeños determinarán si se necesita uno o dos monitores. La recomendación suele ser de un monitor para cada cuatro o cinco participantes del servicio de guardería.

6.1.3. VOLUNTARIOS COLABORADORES

Además de los recursos humanos descritos hasta ahora, el programa puede contar con colaboradores externos actuando de forma voluntaria. Se intentará integrarlos en las actividades complementarias del programa (preparación de las meriendas, actividades de ocio y tiempo libre para las familias, apoyo al servicio de guardería, etc.). Estas personas deberán ser seleccionadas por las instituciones de referencia, por la organización de la administración que organiza la aplicación o por la entidad gestora del programa, siempre con criterios de sensibilidad social, motivación y capacidad suficiente para desarrollar las actividades complementarias del programa en las que se integren.

6.1.4. COORDINADOR DEL PROGRAMA

Es recomendable contar con un coordinador general de la aplicación del programa. El coordinador es la persona que se encarga de organizar la implementación del programa. Designa a los formadores de las sesiones y será el encargado de avisar a los suplentes cuando los habituales falten a las mismas. También se encargará de hacer el seguimiento de las familias, llamándolas durante la semana para saber si tienen problemas con las actividades prácticas, o para convocarlas a recuperar las sesiones si es que no han podido asistir. Igualmente, se encargará de planificar las meriendas y la cena final, controlar que todo el material esté preparado y que los incentivos pactados estén también disponibles.

Estará en contacto con los formadores, así como con las instituciones intervinientes y los servicios implicados en el trabajo en red, para distribuir la información relevante, así como para solucionar los problemas que surjan con la mayor celeridad posible.

6.1.5. EVALUADORES EXTERNOS

Tal y como se explica en el apartado sobre “Evaluación”, en las sesiones del PCF- U, en especial cuando se aplique por primera vez, se recomienda contar con un observador externo que debe evaluar el grado de fidelidad alcanzado en el desarrollo de cada sesión. Para ello, el Programa debe disponer de dos observadores que analizarán, simultáneamente, la fidelidad en la correspondiente sesión de cuidadores y adultos mayores y, posteriormente, uno de ellos se encargará de hacer la misma tarea en la sesión familiar.

¿Cuándo será necesario realizar evaluaciones de fidelidad? Siempre que se aplique por primera vez el programa por parte de un equipo de formadores. También es recomendable que se realice dicha evaluación cuando hay profesionales en proceso de formación. La función principal de la evaluación de fidelidad es una parte de la evaluación de los procesos, pero también tiene una función formativa para los formadores no expertos.

6.2. RECURSOS ESPACIALES

Dado que las sesiones de formación de los cuidadores y de los adultos mayores se van a realizar simultáneamente, es esencial disponer de dos salas separadas, para cada uno los grupos. Es necesario que una de las salas sea lo suficientemente amplia para realizar las sesiones de las familias, las meriendas y las cenas.

En el caso de que solo se disponga de una sala grande, se recomienda utilizar una cortina o división, de manera que la sala se pueda dividir temporalmente para las sesiones separadas de cuidadores y adultos mayores.

Suele ser necesario disponer de un espacio de pequeñas dimensiones para el servicio de guardería, para el cuidado de los niños más pequeños. Además, en alguna de las salas, o en un lugar accesible del mismo edificio, debería haber un armario para guardar el material de las sesiones.

6.3. RECURSOS MATERIALES

Además de los recursos identificados en las sesiones anteriores, es necesario disponer de todo aquel material que se deba utilizar en las sesiones. En los manuales, al inicio de cada sesión, se detalla el material concreto que será necesario. A continuación, se presenta de manera conjunta.

6.3.1. RECURSOS PERMANENTES

En la página siguiente se presentan los recursos permanentes para las diferentes sesiones de cuidadores, adultos mayores y familias. El coordinador del programa debe contar siempre con todos los manuales y guías y los formadores con los manuales y guías de los grupos en los que participen. Igualmente, tanto los formadores como las familias deben contar, desde el inicio del programa con el tríptico informativo que recoja las fechas de las sesiones y los contenidos de las mismas.

Sesión de cuidadores	Sesión de adultos mayores	Sesiones familiares
Lista de asistencia	Lista de asistencia	Lista de asistencia
Guía de los Cuidadores	Guía de los Adultos Mayores	
1 Rotafolios o pizarra	1 Rotafolios o pizarra	1 Rotafolios o pizarra
Rotuladores para rotafolios o pizarra	Rotuladores para rotafolios o pizarra	Rotuladores para rotafolios o pizarra
Borrador para pizarra	Borrador para pizarra	Borrador para pizarra
Material fungible:	Material fungible:	Material fungible:
<ul style="list-style-type: none"> - Folios blancos y de colores - Bolígrafos - Lápices - Rotuladores - Pinturas - Tijeras - Pegamento - Chinchetas - Blu-Tack - Gomas - Pegatinas de colores - Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Folios blancos y de colores - Bolígrafos - Lápices - Rotuladores - Pinturas - Tijeras - Pegamento - Chinchetas - Blu-Tack - Gomas - Pegatinas de colores - Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Folios blancos y de colores - Bolígrafos - Lápices - Rotuladores - Pinturas - Tijeras - Pegamento - Chinchetas - Blu-Tack - Gomas - Pegatinas de colores - Etc.
Registros de autoevaluación (asistencia y puntualidad)	Registro de cumplimiento de normas	
	Registro del sistema de incentivos (asistencia, participación y cumplimiento de normas)	
		Caja de sorpresas con pequeños incentivos
Espacio confortable (alfombras, cogines o mantas para desarrollar actividades en el suelo)	Espacio confortable (alfombras, cogines o mantas para desarrollar actividades en el suelo)	Espacio confortable (alfombras, cogines o mantas para desarrollar actividades en el suelo)

6.3.2. RECURSOS ESPECÍFICOS (PARA CADA SESIÓN Y AULA)

Los manuales de los formadores indican los recursos específicos para cada sesión al inicio de la misma. Algunos de los contenidos, aunque se hayan desarrollado en una sesión concreta, pueden ser útiles a lo largo de otras sesiones y serán los propios formadores quienes decidirán si contar en esas sesiones con recursos de las anteriores.

En general, para poder contar con los contenidos de sesiones anteriores, se cuenta con los carteles (“póster”), de tamaño DIN-A3, que recogen las principales habilidades y criterios tratados en las sesiones. Estos carteles se han diseñado con el objetivo de recordar, en cualquier momento, las habilidades y contenidos clave sin necesidad de recurrir continuamente a las guías de trabajo. En los manuales se contemplan, por tanto, como material opcional.

6.3.3. RECURSOS MOTIVACIONALES

En un programa de las características del PCF-U-AUTO, de cierta complejidad de implementación, los incentivos juegan un importante papel en relación con la fidelización de los usuarios del programa, en la facilitación de la asistencia y en la motivación para completar el mismo, tal y como se ha explicado en las secciones sobre los incentivos.

Los incentivos ejercen una doble función: por un lado, son un elemento favorecedor de la motivación para la realización y finalización del programa; por otro lado, los incentivos pueden reforzar la interiorización de los principios de aprendizaje que se van tratando a lo largo del programa.

6.4. RECURSOS Y ORIENTACIÓN PARA EL SEGUIMIENTO

Las sugerencias y recomendaciones expuestas a continuación están concebidas para ayudar a los formadores a planear sus sesiones y a resolver las cuestiones que vayan apareciendo en el día a día:

Avisos. Todos los avisos generales se deberían comunicar antes de que los cuidadores y los adultos mayores se dividan en sus grupos respectivos. Los avisos también se pueden repetir en las sesiones familiares. A menudo resulta útil repartir folletos con los avisos (p. ej., cambios de horario de las sesiones, cambios de lugar, recordatorio de las cenas u otras actividades complementarias, etc.).

Conexión telefónica y por WhatsApp. Sistemas de seguimiento. Los formadores y el coordinador deben disponer de los teléfonos de todas las familias, se debe mantener el contacto para realizar seguimientos, mejorar la motivación, aclarar dudas, etc. El propósito de las llamadas siempre es el de ofrecer apoyo, preguntar sobre los obstáculos para asistir a las sesiones, contestar a cualquier pregunta que los participantes puedan tener sobre las prácticas a realizar en casa y alentarles a realizarlas si no las están llevando a cabo. Los formadores deberían hablar de estos contactos de seguimiento antes del inicio de las sesiones y decidir si estarán disponibles para contactos fuera del grupo.

Los grupos de WhatsApp ofrecen una gran conectividad, pero cuesta limitar la comunicación. Además, dado que se deben hacer sesiones de refuerzo a los seis meses, se mantienen abiertos los grupos demasiado tiempo después de acabar las aplicaciones. El equipo de formadores debe decidir conjuntamente si los crea o no, nunca debe ser una decisión de un único formador, ya que se crean vínculos privilegiados con el formador que mantenga en el grupo de WhatsApp.

Cualquier decisión respecto a los contactos de seguimiento se deberá tomar antes de la primera sesión, para exponerla a los cuidadores y los adultos mayores durante la misma, repitiéndola si es necesario. Las situaciones en las que los cuidadores y/o los adultos mayores abusen del derecho de llamar a los formadores entre sesiones, o abusen de su privacidad en las redes sociales, se deberán tratar individualmente de acuerdo con la política del programa o de la entidad.

Las meriendas y la cena suponen un incentivo para la asistencia. No deben ser interpretadas como una sobrecarga para las organizaciones y formadores, sino como parte del programa. Se deben plantear de la manera más sencilla posible.

Se ofrecerá una merienda a los participantes, normalmente antes de cada sesión, tal y como ya se ha explicado. Las familias y los formadores deben sentarse juntas; éste es un tiempo de comunicación en el que los formadores deben ser proactivos, preguntar y escuchar, además de ofrecer su asesoramiento y su reconocimiento a la actividad realizada entre semana.

Las meriendas también deben servir para conseguir empezar las sesiones de grupo con todos los participantes presentes. Las sesiones, una vez iniciadas, no deben ser interrumpidas por la entrada continuada de los participantes.

La cena se realizará después de la última sesión de la aplicación. Se recomienda realizarla de manera sencilla, con aportaciones por parte de todos los participantes. Los objetivos principales son tres:

1. Aportar reconocimiento y reforzar la motivación al final del programa. Se puede aprovechar para distribuir incentivos.
2. Reforzar la dinámica grupal, comunitaria, del programa, facilitando un espacio de comunicación informal. Se recomienda que se realice la cenas a partir de las aportaciones de todas las familias y los formadores, por modestas que puedan resultar las aportaciones, siempre representan una actividad familiar previa: decidir qué aportarán, cómo lo harán, cómo lo presentarán. Se debe aprovechar el reto que representa la cena, invitando a las familias a que hagan algo, por sencillo que sea, en lugar de comprarlo hecho.
3. Integrar a otros familiares que no participen habitualmente: alguno de los cuidadores o miembros de la familia que no asisten o no lo hacen con frecuencia. Hay que recordar que la coherencia familiar, es esencial; la cena debe aprovecharse para hablar con la familia con este objetivo.

Los formadores y el resto de personal que participe en la aplicación (personal de guardería, voluntarios de la entidad, etc.), deben ser proactivos, mezclándose con las familias y estimulando la comunicación.

7. FUNCIONAMIENTO DE LAS SESIONES: CRITERIOS GENERALES Y ORIENTACIONES PARA LAS DINÁMICAS DE GRUPO

El funcionamiento de las sesiones depende, como se ha dicho, tanto del programa como de los formadores. En cualquier caso, pueden tenerse en cuenta una serie de recomendaciones metodológicas, basadas en la larga experiencia de aplicación del PCF, en sus diversas modalidades (selectiva y universal), las cuales permiten desarrollar un estilo de trabajo eficaz y agradable para todos.

7.1. ORIENTACIONES GENERALES

El programa atiende a una serie de principios metodológicos y normas básicas que garantizan el desarrollo de dinámicas positivas: inclusión social, tratamiento desde una perspectiva de género e intercultural, transparencia, confidencialidad, profesionalidad, respeto a la diferencia y cultura de paz.

Hay un conjunto de elementos básicos del programa que, de forma transversal, orientan la creación de espacios de convivencia y dotan de sentido a los objetivos específicos, los

contenidos y actividades de las sesiones, así como a los instrumentos motivacionales y de participación (como son los incentivos). Estos principios son:

- 1. La importancia de la coordinación del equipo de implementación, así como de la formación de los formadores**, que aseguren una aplicación efectiva del programa. El conocimiento del programa y la preparación de las sesiones es fundamental para un desarrollo óptimo del mismo.
- 2. La inclusión y el respeto a la diversidad de las familias.** Todas las familias que conforman el grupo tienen cabida en él y hay que asegurarse de mantener un ambiente de convivencia que garantice el respeto a todas las diferencias que pueda haber entre ellas, en cuanto a valores, formas de actuar, pensar, etc.
- 3. El vínculo basado en el respeto y la escucha** como elementos educativos fundamentales y la proximidad entre los formadores y participantes.
 - Confianza. El formador debe establecer una relación cálida y de confianza con los participantes y para ello será necesario que los conozca suficientemente, que sea sensible a sus necesidades y respete su voluntad de participación en el grupo.
 - Interés y utilidad del programa. Para lograr la implicación los participantes deben sentir que el programa es interesante y se adapta a sus necesidades.
 - Implicación. Un estilo de presentación ameno y divertido contribuye a que el grupo se sienta más relajado y aprenda mejor.
- 4. Una dinámica positiva de las sesiones** para conseguir una mayor implicación del grupo (habilidades de dinamización para motivar y animar a las familias): ser amistoso, cercano y afable; estar tranquilo y preparar bien las sesiones; hacer uso del humor, poner ejemplos personales, hacer elogios, dar respuestas positivas, agradecer la participación.
- 5. Unas normas previamente acordadas** y compartidas que posibiliten la comunicación y el desarrollo de las actividades de aprendizaje previstas.
 - Reglas grupales: respetar la confidencialidad, hablar respetando los turnos de palabra, no interrumpir, no hablar de ciertos temas, no comunicarse ni comportarse con agresividad.
 - Confidencialidad. Se debe subrayar la norma de confidencialidad del programa desde la primera sesión. Al final de cada sesión, se deberá recordar a los participantes que no deben hablar con personas ajenas al grupo de ninguna información personal que hayan oído durante la sesión.
- 6. El apoyo a la creación de contextos de aprendizaje en los hogares** y mantener el interés por la realización de actividades fuera de las sesiones. La importancia de las prácticas en casa: claridad en la explicación, importancia otorgada por parte de los formadores.
- 7. La atención, seguimiento y supervisión individualizada** de las familias con el fin de asegurar la adherencia al programa.
 - El seguimiento de un plan de trabajo individual para cada familia de acuerdo con el informe individual de resultados (cuestionarios pre) del PCF-U. Una forma de asegurar la participación es lograr que los participantes adquieran conciencia de la necesidad del programa.
 - La motivación e implicación a través de actividades cuidadas y de apoyo a las familias: servicio de atención a los menores (guardería), actividades divertidas posteriores al programa, juegos familiares, llamadas telefónicas de seguimiento, espacios de encuentro (meriendas y cena saludables).

8. Sobre el estilo educativo que fundamenta el programa. El modelo de educación familiar que sostiene el programa es democrático pero los cuidadores deben ser conscientes de su responsabilidad y de la necesidad de que sus adultos mayores la reconozcan. Ese reto lo pueden lograr desarrollando sus competencias como cuidadores, y logrando que la comunicación, el afecto y las demandas de apoyo se muestren de forma equilibrada en las relaciones con sus adultos mayores.

- El proyecto familiar debe ser compartido por parte de los diferentes miembros de la familia.
- El proceso relacional y educativo que activa el programa provoca cambios en los participantes, pero también una reflexión por parte de los participantes sobre si son o no capaces, si aceptan o no el papel que les corresponde asumir, si se encuentran en un buen momento para el cambio, etc. Los formadores deben ser capaces de ubicar esas reflexiones y considerarlas como elementos propios del aprendizaje y el cambio iniciado.

Vamos a tratar con algo más de detalle las cuestiones planteadas en esta introducción sobre el funcionamiento de las sesiones.

7.2 EL ENFOQUE METODOLÓGICO PARA EL DESARROLLO DE LA COMPETENCIA FAMILIAR

Desde un planteamiento preventivo, como el del PCF-U, para la consecución de los objetivos del programa socioeducativo con las familias, se ha considerado fundamental centrarse en los principales componentes de la competencia familiar. Lo que se persigue con el desarrollo del programa es dotar a los participantes de las competencias suficientes mediante un amplio conjunto de contenidos y técnicas, orientadas a la mejora de las interacciones sociales, a la expresión de las emociones positivas y negativas, al desarrollo de la comunicación asertiva, a la evitación del conflicto o a su resolución positiva, etc. Una de las opciones pedagógicas, más trabajadas en el PCF, es la experimentación de la conducta asertiva, sea a través de representaciones, de las prácticas para casa o de otras modalidades técnicas (Orte, Ballester y Amer, 2015).

Estas opciones de experiencia de conducta, en un contexto de seguridad como el que se establece en el programa, dan a los participantes la oportunidad de evaluar sus propios comportamientos que dificultan la autonomía y el adecuado funcionamiento familiar y ensayar otros nuevos, sin tener consecuencias negativas; con ellas se pueden estimular dos cambios importantes:

- El aprendizaje de estrategias conductuales poco desarrolladas o directamente ignoradas.
- La reducción de la ansiedad, la inseguridad y otras emociones negativas e incapacitadoras.

La experimentación de la conducta asertiva se puede definir como un procedimiento mediante el cual se practican, bajo la supervisión de los formadores, estrategias de actuación satisfactorias en situaciones de interacción social. Los procedimientos y técnicas para el desarrollo de experiencias de conducta adecuada son, entre otros, la representación y la práctica para casa.

La representación. Un modo de desarrollar la experimentación de la conducta asertiva, es que los participantes y los formadores interpreten papeles de las situaciones de interacción concretas en las que, los participantes, muestren un menor grado de habilidad. Por ejemplo, si un cuidador tiene dificultades para solicitar la colaboración de su adulto mayor de manera razonable, el formador, con ayuda del grupo, construirá situaciones sociales relevantes respecto a las dificultades expresas, dándole la oportunidad de

percibir correctamente las interacciones habituales, comprenderlas y ensayar estrategias de conducta asertiva.

La práctica para casa. Otra modalidad de experimentación de la conducta asertiva se realiza en el contexto de vida cotidiana. El procedimiento se basa en instrucciones claras, acompañadas de fichas informativas y de control para los participantes en el PCF-U AUTO. A partir de dichas instrucciones se invita a realizar una experiencia en casa, la cual será evaluada mediante una lista de control, pudiendo plantear a los formadores las dificultades en la siguiente sesión del PCF, como máximo unos pocos días después. Los participantes saben que pueden consultar con los formadores, entre semana, entre sesión y sesión, para aclarar dudas o plantear dificultades sobrevenidas.

Junto a la representación y la práctica para casa hay otros procedimientos de ensayo de conducta, basados en la invitación por parte de los formadores a mostrar cómo se actuaría ante una determinada situación, así como la práctica de modelado de conducta en la sesión de familia. En estas sesiones de familias se invita a cuidadores y adultos mayores a que actúen de acuerdo a los criterios y planteamientos que han ido aprendiendo, realizando ensayos de conducta adecuada que son elaborados mediante apuntes didácticos por parte de los formadores.

Las **condiciones contextuales** que comparten todos estos procedimientos de experimentación de la conducta asertiva son:

- La utilización de instrucciones claras, elaboradas en los debates y experimentadas en las actividades;
- la contextualización en grupo, basada en la representación o imaginación de situaciones reales que comparten tanto los adultos mayores como sus cuidadores;
- el control de las condiciones de seguridad en las cuales se desarrolla dicha experimentación (confidencialidad; contención de la intensidad de la vivencia para evitar respuestas de ansiedad excesiva; elaboración por parte de los formadores, etc.);
- oportunidad de experimentación de situaciones aún no vividas, basadas en el “como si...”, es decir, preparación de situaciones de interacción posibles.

También pueden destacarse un conjunto de **recursos pedagógicos**, administrados por los formadores, para conseguir que la experimentación de conducta asertiva y su elaboración se puedan realizar en condiciones. Algunos de los recursos más destacados son:

- Expresión libre, sin censura, de los sentimientos, emociones y reflexiones. Expresión de opiniones discrepantes, de dudas, de los miedos, etc. Invitación a expresarlos mientras se realiza la experiencia o posteriormente, cuando se realiza la elaboración en grupo y con los formadores.
- Consideración de la comunicación no verbal, de tal manera que sea congruente con la interacción considerada más adecuada. Por ejemplo, control de la expresión facial que acompaña a las diferentes emociones. Dicha comunicación no verbal también debe ser elaborada, para que sean conscientes del papel que juega en la interacción.
- Expresión en primera persona, utilizando el pronombre “yo” cuando se expresen opiniones o emociones. El “yo” evita la teorización, representa implicación personal, ayuda a entender que se está viviendo “aquí y ahora” una situación personalmente significativa.

- Improvisación libre. Invitación a dejarse llevar por la situación, a implicarse en el rol que se nos haya indicado, a experimentar libremente desde la creatividad personal.

La combinación de condiciones contextuales y de recursos pedagógicos permite aprovechar completamente la experimentación de la conducta asertiva. Por supuesto, la formación y experiencia, así como las habilidades personales de los formadores en el momento de la elaboración juega un papel determinante. **La experimentación de la conducta asertiva es una de las metodologías clave de la pedagogía de la competencia familiar.** Dicha experimentación es conceptualizada como “**experiencia socioeducativa**”, ya que se desarrolla considerando las condiciones de interacción social, pero siempre en línea con un objetivo educativo claro.

7.3. ORIENTACIONES SOBRE EL ESTILO COMUNICATIVO DE LOS FORMADORES

Dinámica de las sesiones. Sugerencias para conseguir mejorar el vínculo con los participantes y mejorar la implicación del grupo.

1) Sea amistoso y actúe de manera afable. Diríjase a los participantes por su nombre

Seguramente, podrá aprender los nombres en la primera sesión si los escriben en etiquetas adhesivas o que se puedan prender sobre la ropa con imperdibles. Asegúrese de saludar por su nombre a todos los miembros de la familia a su llegada, de ofrecerles una bienvenida cordial cuando se incorporen al programa. Despedirse y agradecerles su asistencia también ayudará a establecer un buen vínculo. Recordar cosas especiales que le hayan contado o hacerles preguntas de seguimiento sobre problemas personales, crisis o éxitos familiares les demuestra que se interesa por ellos.

2) Esté relajado y bien preparado

Prepararse bien, repasando varias veces el material en las horas previas a la sesión, le ayudará a actuar con mayor naturalidad durante las sesiones. Si está impartiendo la sesión con otro formador, asegúrese de encontrarse con él antes de la sesión para coordinar lo que va a hacer cada uno. Además, se deberían encontrar también antes de iniciar el programa para establecer cómo van a desarrollar las sesiones, la logística y cualquier nueva información sobre las familias que el otro formador deba conocer. No deben leer nunca las intervenciones del formador directamente del manual, sino entender el concepto y expresarlo con sus propias palabras.

3) Utilice el humor

Los ejemplos divertidos y reírse con las bromas y los chistes que los participantes cuenten durante las sesiones harán que el programa resulte más ameno y avance de manera agradable. Tanto los cuidadores como los adultos mayores sentirán un mayor deseo de volver al programa si piensan que se lo van a pasar bien. Sin embargo, las bromas deben mantenerse siempre en el contexto de valores del mismo, evitando bromas sexistas, despreciativas o que atenten contra otras personas, aunque no estén presentes.

4) Utilice ejemplos personales

Los formadores deberían compartir situaciones personales de sus propias familias para ilustrar las diferentes situaciones o técnicas de mejora de las relaciones familiares y de la autonomía

personal, siempre que no se trate de experiencias controvertidas o de difícil interpretación para los participantes. Aún suele ser más recomendable usar ejemplos de familias que participaron en el programa, evitando por supuesto cualquier identificación. Es importante que los formadores demuestren entender las dificultades de afrontar una situación de dependencia. También resulta muy positivo transmitir a los participantes que las personas no son perfectas. Hay cuidadores y adultos mayores suficientemente buenos, mejorando a partir de la elaboración de sus experiencias. Aceptando las limitaciones que cada uno tiene y trabajando para mejorarlas.

A menudo resulta de ayuda contar con testimonios personales sobre alguna de las habilidades sociales de los participantes y habilidades de relación familiar que se practican en el programa. El propio programa ofrece situaciones en las que va a ser fácil presentar ejemplos. Si el formador no es cuidador o nunca ha cuidado de un adulto mayor, puede usar ejemplos de experiencias que haya tenido en relación al colectivo o de las de amigos o parientes (sin mencionar nombres, por supuesto). También se pueden extraer ejemplos de programas de televisión, o de películas conocidas, que se centren en situaciones familiares.

5) Elogie las respuestas positivas y agradezca las respuestas que ofrezcan voluntariamente

Este programa se basa en el principio de “sorprenderles siendo buenos”. Esto incluye la participación de cuidadores y adultos mayores en el programa. Asegúrese de elogiar o agradecer sus respuestas a los participantes. Si una respuesta no es exactamente la que usted habría esperado, o no es del todo relevante, intente dar un tono positivo a la réplica que les ofrezca. No les haga sentir estúpidos o evidencie que no conocen la respuesta correcta. Todas las respuestas se pueden aprovechar para explicar algo interesante.

El formador ejerce, en todo momento, un modelado sobre cuidadores y adultos mayores, por lo que su comportamiento debe ser coherente con el planteamiento del programa: destaque lo positivo, ignore lo negativo de menor importancia o aprovéchelo positivamente.

7.4. CÓMO CREAR UN AMBIENTE POSITIVO

Hacer el programa ameno. Será más probable que los participantes vuelvan y participen activamente si sienten que el programa es interesante, está adaptado a sus necesidades y es divertido. Existe una multitud de ejemplos divertidos, extraídos de la vida familiar del propio formador, de otras familias o del cine, que se pueden aprovechar como anécdotas en el programa. Un estilo de presentación ameno y divertido contribuye a que el grupo se sienta más relajado y aprenda mejor. A continuación, presentamos algunas ideas para que el programa resulte divertido.

Ambiente positivo. Asegúrese de mantener un ambiente positivo en el grupo y que no excluya a ninguna familia. Durante la merienda o cena familiar, compruebe que cada familia tenga alguien con quien sentarse y hablar. Compruebe también que todos los valores familiares sean respetados durante los coloquios (variantes alimentarias, opciones religiosas, etc.). Si un participante comenta que algún elemento del contenido del programa no coincide con sus valores familiares o con su manera de hacer las cosas, si estos valores son positivos, mencione que no se espera que ellos hagan todo lo que se recomienda en el programa, sino que “se queden con lo que les sirve”.

Apertura de grupo familiar y ritual de cierre. Para aumentar la pertenencia y la unión del grupo, en muchas aplicaciones del programa se ha desarrollado un ritual especial para abrir

y cerrar el grupo familiar. Algunos utilizan un inicio y cierre en círculo, con palabras finales de ánimo y un saludo a cada miembro antes de irse o un abrazo de grupo. Dar la mano a cada participante, antes de irse, prestándole unos segundos de atención, suele ser una buena manera de confirmar el vínculo positivo.

Una buena idea es poner fin a los grupos de cuidadores y adultos mayores, invitando a un adulto mayor y a un cuidador para que digan a todo el grupo familiar lo más importante que aprendieron esa tarde.

7.5. CÓMO ACTUAR EN SITUACIONES DE DIFICULTAD EN LAS SESIONES

Trabajar con cuidadores en situaciones de dificultad y con sus adultos mayores exige sensibilidad y flexibilidad. Puede pasar que los cuidadores o los adultos mayores lleguen a las sesiones de grupo en un estado de ansiedad (por ejemplo, por pequeños conflictos familiares anteriores a la sesión grupal, problemas en el hogar, participantes que llegan bajo el efecto del consumo de tóxicos, etc.). **NO PASE POR ALTO ESTOS PROBLEMAS.** Pasar por alto los problemas que los participantes traen consigo a la sesión puede resultar contraproducente para el proceso grupal y afectar a todo el grupo, no solo a los que llegaron en situación de crisis. Por ello es importante que los formadores sean flexibles y presten atención, en los momentos previos al inicio de la sesión (meriendas), a las necesidades de los participantes en primer lugar, invitándoles a tratar el tema en una sesión individual, o al menos, elaborando brevemente la dificultad planteada antes de seguir con la sesión estándar.

Hablar de gratificaciones y programas de incentivos no tendrá mucho sentido mientras un cuidador esté viviendo su propia crisis. En otras palabras, **EMPIECE DESDE LA SITUACIÓN EN QUE SE ENCUENTREN LOS PARTICIPANTES.** No presente materiales que los participantes no estén listos para trabajar.

Por último, cuando rellenen los cuestionarios de evaluación de la sesión, documenten los cambios de programa que hayan sido necesarios.

7.6. ACTIVIDADES PARA LA CONSOLIDACIÓN DE LOS APRENDIZAJES. PRÁCTICAS PARA CASA

Dar prácticas para realizar en casa a los participantes supone un reto muy especial para los formadores. Se dispone de controles en internet para comprobar la realización de la tarea. Si la persona participante no tiene acceso a ella, el formador deberá fotocopiar la hoja “Lista de comprobación” (que solamente se encuentra en los manuales de los formadores y no en las guías de los participantes). La lista de comprobación siempre es la última hoja de cada sesión del manual. En el caso de los adultos mayores las preguntas son de dos estilos:

- a) He hecho... (sí/no); y
- b) Responde la opción correcta: Si... (sí/no).

Sin incentivos tangibles para los cuidadores y los adultos mayores, lo más probable es que se lleven a cabo pocas de las prácticas asignadas. Dar la oportunidad, en las meriendas o en otros espacios de comunicación, de realizar un breve “seguimiento y elaboración”, para revisar dificultades de las prácticas asignadas la semana anterior, estimulará a los participantes a llevar a cabo las prácticas en su integridad. Al margen de las fichas de control de la actividad, saben que pueden consultar a los formadores y que estos se interesan por la experiencia familiar.

Para aumentar la probabilidad de que se realicen las prácticas para casa, los formadores pueden experimentar con diversas estrategias.

En primer lugar, al asignar la práctica, los cuidadores y los adultos mayores tienen que entender la importancia del ejercicio. Si piensan que no es más que un trabajo pesado, será más probable que ni siquiera recuerden la tarea. Pedirles que repitan lo que van a hacer y asegurarse de que han entendido en qué consiste la práctica también ayuda.

En segundo lugar, si los participantes creen que los formadores consideran que la tarea será útil y que es importante realizarla, es más probable que la lleven a cabo. Así pues, los formadores deberían mostrar su convicción respecto a las prácticas para casa.

En tercer lugar, los formadores deberían establecer incentivos por la realización de las prácticas. Por ejemplo, dando reconocimiento explícito a quienes han realizado las prácticas. Los formadores que premian socialmente a los miembros del grupo que han completado las tareas al principio de cada sesión obtienen mejores resultados con la realización de las mismas que los formadores que no revisan las prácticas para casa.

7.7. LAS DINÁMICAS DE GRUPOS: CRITERIOS Y RECOMENDACIONES TÉCNICAS

En esta sección se presenta una selección de las principales sugerencias metodológicas para garantizar dinámicas grupales positivas.

7.7.1. CRITERIOS PARA LAS DINÁMICAS GRUPALES

Las normas de grupo para cuidadores y adultos mayores deberían exponerse con claridad en la primera sesión. Los participantes deberían contribuir a generar las normas para aumentar las posibilidades de que éstas se respeten. Los formadores deberán fijar reglas que consideren importantes y no quedarse solo con las que generen los cuidadores y los adultos mayores. Entre otras, se pueden formular reglas como hablar por turnos, no interrumpir, no hablar de ciertos temas que atentan a los valores o la dignidad de las personas, no comportarse con agresividad, etc. La confidencialidad debe ser también una norma del grupo. Recuerde y haga cumplir las normas grupales en cada sesión.

Hablar de temas personales ¿Cuándo se debe permitir hablar de temas personales y por qué algunas de las sesiones tienen que estar abiertas a esos temas? Algunos cuidadores y adultos mayores introvertidos pueden sentirse cohibidos ante la demanda de hablar de temas personales y ante el nivel de intimidad que se da en las sesiones. Trate de ser sensible a estos límites de los participantes y no les presione demasiado.

Verse obligados a hablar de sus asuntos personales les puede asustar y desanimar para volver al grupo. Pueden sentirse cohibidos si no han entendido cómo realizar las prácticas para casa y los ejercicios de grupo. Algunos cuidadores en situaciones de dificultad, por otro lado, se aprovecharán exageradamente de la posibilidad de hablar sobre sus problemas y pueden acaparar excesivamente el tiempo del grupo. Los formadores deben estar preparados para sugerir, con tacto, que tal vez puedan hacer algunas sugerencias después de la sesión grupal, pero que por ahora es conveniente centrarse en la sesión. Deberán encontrar un equilibrio adecuado entre el material de formación y la necesidad personal de algunos cuidadores de hablar de sus problemas en los cuidados.

A algunos participantes, posiblemente también a algunos formadores, les parecerá que el tiempo es insuficiente para hablar y compartir sus experiencias personales, mientras que a otros les parecerá excesivo. Utilice el humor y las actividades divertidas en el programa para relajar el ambiente de vez en cuando y contribuir a que el grupo resulte más ameno.

Equilibrar la conversación libre con la realización de ejercicios. Es muy importante llegar al final de las sesiones; sin embargo, habrá ocasiones en las que será difícil contener las conversaciones. A veces, la conversación puede ser de una naturaleza muy personal o emocionalmente difícil, por lo que cortarla, por parte del formador, puede dar la impresión de insensibilidad.

El propósito del programa no es el de llenar cada minuto con un contenido de trabajo programado, sino el de fomentar las habilidades de resolución de problemas en grupo y permitir los procesos diferentes. El formador puede verse obligado a refrenar a un cuidador o a un adulto mayor que insista en monopolizar la discusión y que acapare mucho tiempo para hablar una y otra vez de sus problemas. Un modo de contenerles es explicar que los ejercicios son muy importantes y que, si es posible, el grupo debería completarlos. Una vez más, la valoración de las circunstancias por parte del formador es lo que creará el equilibrio adecuado y su habilidad para llevar a cabo esta tarea es crucial.

Un recurso divertido, cuando se repiten las largas intervenciones de algunos participantes, es utilizar un reloj de arena de uno o dos minutos, pactando en el grupo que las intervenciones individuales nunca deben superar ese tiempo. Cuando se observa callados lo que representa un minuto, parece mucho tiempo y suele aceptarse el uso de este recurso.

Alteraciones del orden en las sesiones. Las alteraciones del orden se deberían tratar de un modo respetuoso, pero firme. Las directrices sobre cómo actuar en caso de alteraciones se deberían hablar al establecer las normas del grupo. Las alteraciones pueden ser leves, tales como miembros de una familia que se interrumpen o se quitan la palabra durante las sesiones, un cuidador beligerante que habla fuera de turno, etc.; o pueden ser alteraciones más graves, por ejemplo, si un miembro del grupo insulta o agrede a otro.

En el caso de una alteración leve, lo mejor será tratarla con tacto. Recuerde a la persona que el objetivo del grupo es el de consultar y hablar de los problemas y que las reglas que el grupo ha fijado, indicando que éste no es un comportamiento apropiado. Si es posible, discuta el episodio en privado con la persona en cuestión, no delante de los otros componentes del grupo. En el caso de los adultos mayores, recuerde las reglas y las consecuencias de su conducta. Intente mantener una actitud positiva y hable de las normas en términos de consecuencias positivas, de la convivencia, así como de las recompensas por la conducta deseada que se consiguen en situaciones de interacción, no insista en las consecuencias malas o negativas. Por supuesto, no utilice amenazas.

Las alteraciones graves, en las que intervengan cuidadores o adultos mayores bajo los efectos del alcohol o las drogas o cursen con agresividad o violencia deberán ser tratadas con la mayor prudencia. Antes de empezar la primera sesión, los formadores deberían plantearse la posibilidad de que se den este tipo de situaciones y también hablar de las recomendaciones de su organización de referencia sobre cómo actuar en tales casos. Recomendamos utilizar el protocolo existente en el centro o entidad en la que se aplique el PCF-U. En caso que no se disponga de protocolo de actuación, si se observan alteraciones graves, deberá redactarse uno e informar a los participantes del programa. Una norma del protocolo puede incluir la pérdida del derecho a participar en las sesiones.

Falta de participación. Los formadores pueden ayudar a los componentes del grupo que sean tímidos o que piensan que no tienen mucho que decir, invitándoles a hablar, interpeándoles directamente por su nombre. Asegúrese de centrar su atención con preguntas fáciles que cualquiera podría contestar. Si está muy claro que algunos participantes no quieren hablar en los grupos, no les obligue. Sea sensible a sus necesidades y a sus procesos personales. Tenga también en cuenta que algunos componentes del grupo pueden sentirse cohibidos por saber leer poco o nada. Use su sensibilidad para decidir cuándo es oportuno pedir su participación.

En casos de dificultades de participación, suele ser recomendable aprovechar los juegos o las dramatizaciones más sencillas, para conseguir implicar a las personas más resistentes. En ocasiones, el juego o el rol en una dramatización son interpretados como menos personales o íntimos, facilitando la participación.

Vínculo positivo: la confianza entre los formadores y los participantes. El formador deberá establecer una relación cálida y de confianza con los cuidadores y los adultos mayores. Existe un amplio consenso sobre la importancia de la relación positiva sobre los resultados de los programas socioeducativos. Hay una serie de criterios para conseguir un vínculo positivo:

- La consideración positiva de los participantes (efecto Rosenthal).
- La autenticidad o congruencia de los formadores, entre la comunicación verbal y no verbal, entre lo que se dice y lo que se hace.
- La comprensión empática.
- La comunicación efectiva, basada en la escucha activa, la asertividad y otros criterios.
- La aceptación de la diversidad y el respeto de los valores del programa (igualdad de género, interculturalidad, etc.).
- Reconocer las fortalezas en las situaciones difíciles, saber positivar en las situaciones de dificultad.
- Reconocer las necesidades y valores propios de los participantes.

Los fundamentos de la construcción del vínculo son el conocimiento de los participantes y la buena comunicación entre formadores y las familias. Es importante invertir el tiempo necesario para conocer e implicar a las familias que se han decidido a participar.

Participantes bajo los efectos del alcohol u otras drogas. Incluso en las mejores aplicaciones del programa, con grupos muy motivados, cabe la posibilidad de que un cuidador o adulto mayor se presenten en la sesión bajo los efectos del alcohol u otras drogas. Si un formador tiene sospechas de ello, debería llevar discretamente al participante aparte y preguntarle si ése es el caso. Si su explicación indica que así es o se observa claramente, se le deberá pedir que abandone la sesión. Si los participantes conocen las normas del grupo con claridad y esta posibilidad se ha tratado al hablar de ellas, será más fácil convencer a la persona de que no asista si está consumiendo. Una vez más, esto queda a la discreción de los formadores y se debería formular una regla clara antes de iniciar el programa. Algunas cosas que se deben tener en cuenta son si el consumo es perceptible, si afectará a la dinámica del grupo (problemas de atención y comunicación, alboroto, clima del grupo), y si el bien que le pueda hacer la sesión de grupo contrarrestará los perjuicios del consumo, para la persona y para el grupo.

Participantes que no dejan el móvil. Cada vez es más frecuente que los participantes no quieran separarse de sus móviles o mantenerlos apagados. En las sesiones todo depende de la capacidad de autocontrol que muestren, poniéndolos en silencio y evitando prestarles una atención excesiva.

Se debe establecer una norma en ese sentido en la primera sesión. Si los participantes conocen y respetan las normas, será más fácil evitar las interferencias y pérdidas de atención constantes que representan los móviles.

En cualquier caso, los formadores deben ser consecuentes con esta norma y cumplir estrictamente la norma respecto de los móviles, igual que el resto de participantes.

7.7.2. TÉCNICAS O PROCEDIMIENTOS GRUPALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

A lo largo del programa se van a utilizar diversas técnicas, encaminadas a facilitar el aprendizaje de los contenidos teóricos y prácticos. Las técnicas provienen de diferentes modelos de intervención. Haremos una breve reseña para aclarar dudas con relación a su procedimiento. El resumen que se presenta a continuación, se incluye a modo orientativo, aunque deberán prevalecer las indicaciones explicadas en los manuales de los formadores.

Técnicas para desarrollar los procesos de enseñanza y aprendizaje:

1. Modelado
2. Refuerzo
3. Feed-back
4. Representación
5. Técnicas de dinámica de grupo
6. Tormenta de ideas

1. Modelado

El modelado es un proceso de aprendizaje observacional en el que la conducta de una persona o grupo (modelo) actúa como un estímulo para generar conductas, comportamientos o actitudes semejantes, en otras personas que observan la actuación del modelo. Este procedimiento es muy simple, consiste en exponer a las personas a modelos presentes (en vivo) o filmados (simbólico) que exhiben los comportamientos adecuados que ellas deberían adoptar. La presentación de los modelos contempla las señales o situaciones que rodean la conducta modelada, es decir, se demuestra la conducta adecuada en un contexto situacional concreto, de forma que se enseñan los principios o reglas que guían la conducta en contextos determinados, de manera que no se convierta en una respuesta imitativa simple.

1.1. Efectos del modelado. Puede utilizarse para las siguientes funciones:

- A. Adquirir nuevos repertorios de conductas o habilidades como conductas de autocuidado (lavarse, vestirse), lenguaje, habilidades de comunicación, entre otras.
- B. Fortalecer o debilitar respuestas: cuando el modelo recibe consecuencias positivas por la realización de la conducta adaptativa se producen aproximaciones de los observadores a dicha conducta. Para inhibir o eliminar conductas inadaptadas se debe exponer a modelos que reciban consecuencias negativas (o dejen de recibir resultados positivos) tras emitir comportamientos no adaptativos.
- C. Facilitar la ejecución de respuestas ya existentes en el repertorio del sujeto: cuando la persona sabe emitir la conducta, pero no lo hace por falta de estímulos inductores, el modelo puede jugar el papel de inductor.
- D. Incrementar la estimulación ambiental: la conducta de los modelos puede servir para aumentar la atención de los observadores a estímulos concretos, o para aumentar la probabilidad de que el observador se exponga a situaciones que provocan conductas similares.

E. Cambiar la activación emocional: la observación de modelos que exhiben respuestas emocionales provoca un nivel de activación similar en el observador.

12. Aspectos a tener en cuenta en el modelado. El entrenamiento mediante el modelado requiere atención a los aspectos concretos de la conducta del modelo que queremos que sean aprendidos. Para ello los contenidos de la conducta a aprender tienen que aparecer de forma clara y concreta. Si la conducta es compleja se entrenará en segmentos, procediendo de los actos más sencillos a los más difíciles.

Se han de dar instrucciones específicas de los aspectos básicos en los que se ha de fijar la persona durante la exhibición. También es importante subrayar la utilidad funcional de la conducta que está siendo entrenada. El formador tiene que indicar por qué es importante realizar esa conducta.

También influyen en el modelado las características de la persona o personas que actúan como modelos. Es importante que sean parecidos al observador en sexo, edad, actitudes y otras características. El modelo ha de mostrar eficacia realizando la conducta y será más eficaz si tiene un valor afectivo para el observador.

El modelo se puede presentar en vivo, demostrando de forma directa, lo que hace más fácil la focalización y el mantenimiento de la atención. También pueden utilizarse modelos filmados que presentan la ventaja de que puede controlarse su repetición varias veces y hacer más salientes las características básicas, así como facilitar la aplicación grupal.

2. Refuerzo

Uno de los conceptos claves de las técnicas operantes es el de reforzador. Entendemos por reforzador, en principio, como toda consecuencia de una conducta que aumenta la posibilidad de que dicha conducta se repita.

21. Tipos de refuerzo o de reforzador. Se llama reforzador positivo o recompensa a aquel estímulo positivo cuya presentación después de una conducta aumenta la probabilidad de la misma.

Ejemplos de reforzadores positivos son la comida, la alabanza y el dinero.

Se llama reforzador negativo a aquel estímulo negativo cuya eliminación después de una conducta aumenta la probabilidad de la misma.

22. Aspectos a tener en cuenta en el aprendizaje por reforzamiento. Los refuerzos tienen que producirse de manera contingente a la emisión de la conducta, es decir, inmediatamente después de la conducta y siempre detrás de esa conducta. Cuando se llega a asociar la relación que existe entre la realización de la conducta y el refuerzo, y que esa relación se produce de manera inmediata, entonces, es más probable que se emita esa conducta con el objetivo de obtener el refuerzo.

A menudo, cuando se quiere instaurar un comportamiento complejo, es importante ir reforzando, de manera contingente, comportamientos más simples que sean necesarios para emitir el comportamiento más complejo. A esta manera de ir reforzando la conducta para ir aproximándose, poco a poco, al comportamiento final deseado, se la conoce como APROXIMACIONES SUCESIVAS.

Cuando un comportamiento es reforzado de manera intermitente, algunas veces sí y otras no, entonces la probabilidad de extinguirlo es menor, puesto que esta manera de reforzar hace que aumente la emisión de ese comportamiento, buscando la obtención del refuerzo positivo.

Los reforzadores no actúan de igual manera en todas las personas. Es importante que tengan un significado para la persona que emite la conducta, así, si a un adulto mayor le gusta jugar al parchís, un tablero será una buena recompensa, mientras que si no le gusta jugar no será un reforzador efectivo.

3. Feed-back

Una parte importante del aprendizaje depende del conocimiento que las personas tengan de los efectos o resultados de su comportamiento. El *feed-back* consiste en devolver a las personas los resultados de su conducta para facilitar el aprendizaje y aprender a controlarla. Si la información se da de forma contingente, la efectividad de la técnica es mayor.

Tipos de *feed-back*:

Feed-back positivo: Se produce cuando se resalta la conducta positiva o adecuada.

Feed-back negativo: Se produce cuando se señalan las conductas inapropiadas.

4. Representación (“Role playing”): representación de papeles o juego de roles)

En la representación se asignan roles o papeles a los participantes. Uno representa un papel, por ejemplo: un formador hace un papel y muestra cómo debe comportarse de un modo adecuado o eficaz en una determinada situación, que es la que estamos enseñando en la sesión. También pueden invertirse los roles y actuar como otra persona para evaluar en grupo qué conductas ha realizado de forma adecuada y cuáles no. La representación consiste en identificarse con otra persona y actuar como ella, para poder hallar diferentes puntos de vista, con el propósito de desarrollar empatía.

La representación es una técnica que pretende hacer vivir experimentalmente una situación simbólica, en la que se podrían encontrar los participantes. Se trata de vivirla no solo intelectualmente sino con los sentimientos y con todo el cuerpo.

Es muy motivadora para crear un ambiente de participación, diálogo y debate posterior. Permite identificar, vivenciar y reflexionar sobre un conflicto o problema de la vida real. Este juego de ficción simbólica activa las capacidades de observación, fabulación y socialización. Representar es jugar a convertirse en otro, es explorar lo diferente de uno mismo. Requiere un esfuerzo de autoconocimiento, de conocimiento de los otros y de capacidad de adaptación a situaciones nuevas.

Se suele utilizar esta técnica para aprender habilidades, favorecer procesos de comunicación y como juego de socialización.

5. Técnicas de dinámica de grupos

Antes de realizar el programa deben conocerse algunos fundamentos teóricos de la dinámica de grupos. Es necesario que exista una conciencia, en todos los integrantes del programa, de la “unidad grupal” debiendo sentir que trabajan en SU grupo.

Deben tenerse claros los objetivos y estar perfectamente definidos los procedimientos, la estructura, los contenidos de las sesiones, etc. ya que las improvisaciones conllevan a confusión. Igualmente es importante fomentar e incrementar la participación de todos los integrantes del grupo. Para que se aplique correctamente, se requieren las siguientes garantías en los participantes:

Igualdad: Todos deben sentirse iguales a los demás a la hora de expresar su opinión.

Inmunidad: Las opiniones expresadas no deben ser fuente de represalia para quien las expresa. Libertad en la forma de exponer su propio punto de vista.

Algunas cuestiones a tener en cuenta:

1. Se deben evitar las largas discusiones.
2. Se debe evitar que uno de los participantes monopolice las intervenciones, es frecuente que en un grupo haya una persona que sea más activo o más líder y no facilite a los demás la participación.
3. El formador debe guiar y orientar las discusiones u opiniones, sin imposición.
4. Se debe alentar a los introvertidos o más tímidos para que participen, por ej. haciendo preguntas fáciles para ellos o hacer una rueda de preguntas.

Existen algunas dinámicas de grupo con objetivos concretos que se explican en cada una de las sesiones y que pueden servir de ayuda a los formadores.

6. Tormenta de ideas.

La tormenta de ideas es una manera en que los grupos generan tantas ideas como sea posible en un período muy breve, aprovechando la energía del grupo y la creatividad individual.

6.1. ¿Cuándo se usa? La tormenta de ideas es muy útil cuando se trata de generar ideas sobre problemas, aspectos para mejorar, posibles causas, otras soluciones y oposición al cambio. Al presentar la mayor cantidad de ideas posible en un corto período e invitar a todos los miembros del grupo a participar, esta herramienta ayuda a la gente a pensar con mayor amplitud y tener otras perspectivas.

6.2. ¿Cómo se usa? Escriba en una pizarra la pregunta o la cuestión a estudiar mediante una tormenta de ideas, o bien use algún otro lugar que todos puedan ver. Cerciórese de que todos entiendan bien el tema.

Repase las reglas de la tormenta de ideas: no analice las ideas durante la tormenta de ideas. No abra juicios: no se permite criticar la idea de otra persona. Se aceptan todas las ideas: no sea convencional. Aproveche las ideas de otros para basarse en ellas. La cantidad de ideas es importante.

La tormenta de ideas puede responder a una estructura o no. Cuando la tormenta de ideas es desestructurada, cada persona presenta una idea a medida que se le ocurre. Este método funciona bien si los participantes son extravertidos y se sienten cómodos entre ellos.

Cuando la tormenta de ideas es estructurada, cada una de las personas aporta una idea por turno (una persona puede pasar si no tiene una idea en ese momento). La tormenta de ideas estructurada funciona bien cuando la gente no se conoce entre sí y no es tan extravertida: la estructura ofrece una oportunidad para hablar a los participantes.

Se debe dejar que la gente piense algunas ideas durante unos minutos antes de empezar. A continuación, se escriben todas las ideas en la pizarra. Una vez generadas todas las ideas (por lo general dura entre 30 y 45 minutos), se analiza cada una para aclararlas y combinar las ideas afines de la lista.

A menudo, los grupos utilizan las técnicas de votación primero para reducir la lista a alrededor de 6 a 10 ideas principales, para después usar otras técnicas para elegir de esta lista más corta.

6.3. Precauciones. La tormenta de ideas es una técnica para generar ideas, pero tiene que tener algún fundamento. El análisis o la crítica de las ideas durante la tormenta de ideas prolonga la duración del ejercicio y limita el flujo de ideas creativas. Deje el análisis de las ideas para el final. Si alguna persona domina el análisis, el líder tendrá que cambiar el formato de la tormenta de ideas a uno más estructurado.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En ocasiones, los formadores se sorprenden de que se plantee la relevancia de las cuestiones éticas en el desarrollo del programa. El PCF es un programa orientado al fortalecimiento de las familias, al desarrollo de la conducta prosocial de cuidadores y adultos mayores, de tal manera que las cuestiones de valores y las cuestiones sobre los límites éticos son muy relevantes. La aplicación del PCF debe ser consistente con un enfoque general constructivo y respetuoso de los valores sociales que defiende.

A continuación, se recuerdan algunas de las cuestiones clave que los formadores deben tener presentes.

8.1. COMUNICACIÓN INCLUSIVA: ADAPTACIÓN CULTURAL Y DE GÉNERO

El uso del lenguaje verbal y no verbal es la base de la comunicación. Una comunicación inclusiva debe tener en cuenta la adaptación cultural y de género de nuestra comunicación. Se nos debe entender y debemos entender a las personas con las que hablamos en las sesiones. La empatía, por ejemplo, es imposible sin una correcta adaptación cultural y de género. Hay que realizar el esfuerzo de comprensión de las diversas culturas presentes en las sesiones, así como de la correcta adaptación del lenguaje de género.

8.2. CONFIDENCIALIDAD

Se debe subrayar la norma de confidencialidad del programa desde la primera sesión. Al final de cada sesión, durante los recordatorios de prácticas para casa y el círculo final, se deberá recordar a los participantes que no deben hablar con personas ajenas al grupo de ninguna información personal que hayan oído durante la sesión. La norma de confidencialidad y de que la información recibida no debe salir del grupo también se deberá subrayar porque los secretos familiares pueden estar relacionados con el consumo/venta de tóxicos, con la incursión en actos ilegales y conductas delictivas. En este caso quedará a la discreción del formador de qué manera actuar, pero deberá tener muy en cuenta las posibles consecuencias para el participante y lo que están intentando conseguir en el curso.

8.3. OBLIGACIÓN DE DENUNCIAR

Los formadores deben conocer los límites legales en relación a situaciones de maltrato y otros delitos. No se debe hablar de denuncias ni otro tipo de situaciones amenazantes para los participantes, si no se presenta un motivo de fuerza mayor.

Excepcionalmente, en algún momento puede ser necesario informar a los participantes de que la revelación de ciertos problemas (abusos, malos tratos, etc.) puede provocar una denuncia ante las autoridades competentes. Los formadores deberían reunirse con los coordinadores de la entidad organizadora para hablar de cómo actuar en este tipo de situaciones.

Durante el programa, los participantes pueden revelar ciertas informaciones que exigirán decisiones éticas por parte de los formadores. Éstos deben tener conocimiento de las consideraciones de este apartado y, a la vez, de los reglamentos de la institución y de su comunidad.

8.4. “DE ESO NO SE HABLA” Y SECRETOS FAMILIARES

Todas las familias poseen ciertos temas de los que no se habla, a menudo por acuerdo tácito. Esto es especialmente cierto en familias en las que se ha dado el alcoholismo, el consumo de drogas u otros tipos de abusos. Normalmente se puede detectar si se ha tocado un tema delicado por el silencio de uno o más miembros de la familia.

Si una conversación despierta la sospecha de que el secreto en cuestión puede estar relacionado con malos tratos o abusos sexuales, el formador debe recordar que está obligado por ley a denunciarlo, si bien, al mismo tiempo, podría no ser ético forzar al participante a revelar esa información. Si el participante está advertido de la obligación de denunciar del formador, y éste está seguro de que el participante entiende las consecuencias, pero aun así desea facilitar dicha información, entonces está en todo su derecho de revelarla.

Si un miembro del grupo cuenta un secreto familiar inofensivo (como, por ejemplo, que en su casa nadie se levanta antes del mediodía) o un secreto familiar no denunciante (por ejemplo, que el cuidador tiene una aventura amorosa), dicha información deberá tratarse con respeto. El formador deberá cuidar de no reaccionar con sorpresa ni consternación.

8.5. COHERENCIA DE LOS FORMADORES

Los formadores deben ser coherentes con los principios y objetivos del programa. Si de lo que se trata es de fomentar la autonomía personal de las personas en situación de dependencia, en los descansos y otros momentos de recepción de familias, los formadores deben procurar un trato hacia los adultos mayores que también fomente los valores que defiende el programa.

Igualmente pasa con el lenguaje sexista, racista o poco respetuoso con los valores del programa: igualdad de género, aceptación de la diferencia sociocultural, inclusión, cultura de paz.

9. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Para revisar la evaluación del PCF-U AUTO véase el dossier anexo.

REFERENCIAS

- Alvarado, A. M., Maya, S. i María, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Andrew, M. K. (2005). Social capital, health, and care home residence among older adults: A secondary analysis of the health survey for England 2000. *European Journal of Ageing*, 2, 2, 137-148.
- Araujo, I., Jesus, R., Araujo, N. i Ribeiro, O. (2017). Perceção do apoio familiar do idoso institucionalizado com dependência funcional. *A Enfermeria Universitaria*, 14(2), 97-103.
- Axford, N., Elliott, D.S., y Little, M. (2012). Blueprints for Europe: promoting evidence-based programmes in children´s services, *Psychosocial Intervention*, 21 (2), 205-214.
- Axford, N., Lehtonen, M., Kaoukji, D., Tobin, K., y Berry, V. (2012). Engaging parents in parenting programs: lessons from research and practice. *Children and Jouth Services Review*, 34, 2061-2071.
- Berkman, L.E. y Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow up study of Alameda County residents. *American Journal Epidemiology*, 109, 11, 1070-1088.
- Bland, S., Krogh, V., Winkelstein, W. y Trevisan, M. (1991). Social network and blood pressure: a population study. *Psychosomatic Medicine*, 53, 6, 598-607.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V. y Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNC funcional social support questionnaire: Measurement for social suport in family medicine patients. *Medicine Care*, 26, 7, 709-723.
- Brody, G.H. (2014). Examining protective-stabilizing effects of family centered prevention on biological indicators of stress. Society for Prevention Research, 22nd Annual Meeting. Washington DC.
- Cai, L., Chan, J. S., Yan, J. H. i Peng, K. (2014). Brain plasticity and motor practice in cognitive aging. *A Frontiers in aging neuroscience*, 6, art. 31.
- Carstensen, L. L., Rosenberger, M. E., Smith, K. i Modrek, S. (2015). Optimizing health in aging societies. *A Public Policy & Aging Report*, 25(2), 38-42.
- Cho, J., Martin, P. i Poon, L. W. (2012). The older they are, the less successful they become? Findings from the Georgia Centenarian Study. *A Journal of Aging Research*, 2012. Article ID 695854.
- Cochran, W.G., Mosteller, F. y Tukey, J.W. (1954). Principles of Sampling. *Journal of the American Statistical Association*, 49 (265), 13-35.
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas (2018). Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos. *Informes de Envejecimiento en Red*, 17, 1-34.
- Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C. i Brayne, C. (2014). Operational definitions of successful aging: a systematic review. *A International psychogeriatrics*, 26(3), 373-381.

- d'Hombres, B., Rocco, L., Suhrcke, M. y McKee, M. (2010). Does social capital determine health? Evidence from eight transition countries. *Health Economics*, 19, 1, 56-74.
- da Gama, J., Sánchez, L. y Ballester, L. (2018). Porto com a referencia europea de l'envelliment actiu i saludable. *Anuari d'envelliment 2018*, Palma de Mallorca.
- European Commission (2011). A Europe 2020 Initiative. Strategic Implementation Plan of the Pilot European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing - Innovation Union - European Commission. Brussel·les. [Consulta: 9 abril 2018]. Disponible a: http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm? action=active-healthyageing& pg=implementation-plan
- Eurostat (2018). Estructura demogràfica y envejecimiento de la población. Luxemburgo: Eurostat Statistics Explained. Recuperat de http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing/es
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Positive aging: objective, subjective and combined outcomes. *A E-Journal of Applied Psychology*, 7, 22-30.
- Ferreira, P. M. (2015). O Envelhecimento ativo em Portugal: tendências recentes e (alguns) problemas. *A Revista Kairós: Gerontologia*, 18(19), 07-29.
- Fiori, F., Graham, E. y Feng, Zhiqiang, F. (2019). Household changes and diversity in housing consumption at older ages in Scotland. *Ageing & Society*, 39, 1, 161-193.
- Folland, S. (2007). "Does community social capital contribute to population health?" *Social Science & Medicine* 64: 2342-2354. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.003>
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- GIFES (2018). *Investigació i formació educativa i social (GIFES). Envelliment*. Universitat de les Illes Balears. Recuperat de <http://gifes.uib.cat/Bibliografia-gent-gran/>
- Gonçalves, C. (2012). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *A O Portal dos Psicólogos*, 18, 1-18.
- Gutchess, A. (2014). Plasticity of the aging brain: new directions in cognitive neuroscience. *A Science*, 346(6209), 579-582.
- Hoffman, S. y Hatch, M.C. (1996). "Stress, social support and pregnancy outcome: a reassessment based on recent research". *Pediatric and Perinatal Epidemiology* 4: 380-405. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.1996.tb00063.x>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. i Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *A PLoS Med*, 7(7).
- House, J. S., Landis, K. R. i Umberson, D. (1988). Social Relationships and Health. *A American Association for the advancement of Science*, 241(4865), 540-545.
- Iborra, R. R. (2013). La estimulación mental como factor potenciador de la reserva cognitiva y del envejecimiento activo. *A Informació psicològica*, (104), 72-83.
- IBSALUT (2018). Programa d'atenció domiciliària. Conselleria de Salut i Atenció Primària del Govern de les Illes Balears. Gerència d'Atenció Primària.
- IMAS (2016). Memòria 2016. Departament de Benestar i Drets Socials, Consell de Mallorca.

- IMSERSO (2010). Dependencia y familia: una perspectiva socio-económica. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/12013depfamilia.pdf>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2016). Informe 2016. Las personas mayores en España. Datos estadísticos y por comunidades autónomas. Madrid: Colección Personas Mayores. Serie Documentos Técnicos y Estadísticos.
- Kim, E. S., Kawachi I., Chen Y. i Kubzansky L. D. (2017). Association Between Purpose in Life and Objective Measures of Physical Function in Older Adults. *A JAMA Psychiatry*, 74(10), 1039-1045. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2145
- Kumpfer, K.L. y DeMarsh, J.P. (1986). Family environmental and genetic influences on children's future chemical dependency. En S. Griswold- Ezekoye, K. L. Kumpfer, yW. Bukoski, (Eds.), *Childhood and chemical abuse: Prevention and intervention*. New York: Haworth Press.
- Kumpfer, K.L. (1987). Special populations: Etiology and prevention of vulnerability to chemical dependency in children of substance abusers. En B. Brown y A. Mills (Eds.), *Youth at High Risk for Substance Abuse*. Rockville, MD: Office for Substance Abuse Prevention.
- Kumpfer, K.L. (1990a). Environmental and family-focused prevention: The Cinderellas of prevention want to go to the ball, too. En K. H. Rey, C. L. Faegre, y P. Lowery (Eds.), *OSAP prevention monograph-3: Prevention research findings: 1988* (pp.194-220). U.S. Dept. of Health and Human Services (DHHS Publication No. ADM-89-1615). Washington, DC: U .S. Government Printing Office.
- Kumpfer, K.L. (1990b). Resiliency and AOD use prevention in high risk youth. Unpublished manuscript.
- Kumpfer, K.L. (1990c). YCOSA Black Parenting Project: Second year evaluation report. Submitted to the Alabama Department of Mental Health and Mental Retardation.
- Kumpfer, K.L. (1991). Children and Adolescents and Drug and Alcohol Abuse and Addiction: Review of Prevention Strategies. En Miller, N.S. (Ed.), *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction* (pp. 1033-1060). New York: Marcel Dekker, Inc.
- Kumpfer, K.L. (1991). How to get hard to reach parents involved in parenting programs. En D. Pines (Ed.), *Parent Training is Prevention: Preventing Alcohol and Other Drug Problems Among Youth in the Family*. DHHS Publication No. (ADM)91-1715. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- Kumpfer, K.L. y Bayes (1995). Child abuse and alcohol, tobacco and other drug abuse: Causality, coincidence or controversy? En Jaffe (Ed.) *The Encyclopedia of Drugs and Alcohol*. New York: Macmillan Press.
- Kumpfer, K.L. y DeMarsh, J.P. (1985a). Genetic and family environmental influences on children of drug abusers. *Journal of Children in Contemporary Society*, 3/4, Fa11.
- Kumpfer, K.L. y DeMarsh, J.P. (1985b). Prevention of chemical dependency in children of alcohol and drug abusers. *NIDA Notes*, 5, 2-3.
- Kumpfer, K.L., Alvarado, R., Smith, P. y Bellamy, N. (2002). Cultural sensitivity and adaptation in family-based prevention interventions. *Prevention Science*, 3(3), 241-246.
- Kumpfer, K.L., Alvarado, R., Whiteside, H.O. (2003). Family-based interventions for substance use and misuse prevention. *Substance Use and Misuse*, 38(11-13), 1759-1789.

- Kumpfer, K.L., DeMarsh, J.P. y Child, W. (1989). *Strengthening Families Program: Children's Skills Training Curriculum Manual (Prevention Services to Chi Substance-abusing Parents)*. Social Research Institute, Graduate School of Social Work, University of Utah.
- Kumpfer, K.L., Pinyuchon, M., de Melo, A.T. y Whiteside, H.O. (2008). Cultural adaptation process for international dissemination of the Strengthening Families Program. *Evaluation and the Health Professions*, 31(2), 226-239.
- Liao, M.-Y., Yeh, C.-J., Lee, S.-H., Liao, C.-C. y Lee, M.-C. (2019). Association of providing / receiving support on the mortality of older adults with different living arrangements in Taiwan: a longitudinal study on ageing. *Ageing & Society*, 38, 10, 2082-2096.
- Lowe, P. 2010. *Ageing*. Newcastle upon Tyne: Newcastle University.
- MacCaul, K.D., Glasgow, R. E y Schafer, L.C. (1987). "Diabetes regimen behaviors. Predicting Adherence". *Medicine Care* 25: 686-881. <https://doi.org/10.1097/00005650-198709001-00005>
- Martin-Joy, J. S., Malone, J. C., Cui, X. J., Johansen, P. Ø., Hill, K. P., Rahman, M. O., Waldinger, R. J. i Vaillant, G. E. (2017). Development of Adaptive Coping From Mid to Late Life: A 70- Year Longitudinal Study of Defense Maturity and Its Psychosocial Correlates. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(9), 685-691. doi: 10.1097/NMD.0000000000000711
- Milte, R., Ratcliffe, J., Bradley, C. y Shulver, W. (2019). Evaluating the quality of care received in long-term care facilities from a consumer perspective: development and construct validity of the Consumer Choice Index - Six Dimension instrument. *Ageing & Society*, 39, 1, 138-160.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2014). Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria. BOE 52, Sábado 1 de marzo de 2014.
- Nevot, L., Orte, C., Ballester, L. y Molina, G. (2018). Polisintomatología: suport social i autonomia. *Anuari d'Envel·liment 2018*, Palma de Mallorca.
- Nevot, L., Rus, A., Coll, J. y March, P.J. (2018). Factors associats a la dependència a les Illes Balears. *Anuari d'Envel·liment 2018*, Palma de Mallorca.
- Odmsn, T.E., Berkman, L.F. y Kassel, S. (1992). Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal Epidemiology*, 135, 15, 598-607.
- Oliveira, A., Oliveira, N., Arantes, P. i Alencar, M. (2010). Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física: uma revisão sistemática. *A Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 13(2), 301-312.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Growing older - Staying well. Ageing and physical activity in everyday life*. Gènova: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: OMS. [Consulta: 9 abril 2018]. Disponible a: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Orte-Socias, C. y Amer-Fernández, J. (2014). Las adaptaciones culturales del Strengthening Families Program en Europa. Un ejemplo de programa de educación familiar basado en evidencia. *Estudios sobre Educación*, 26, 175-195.

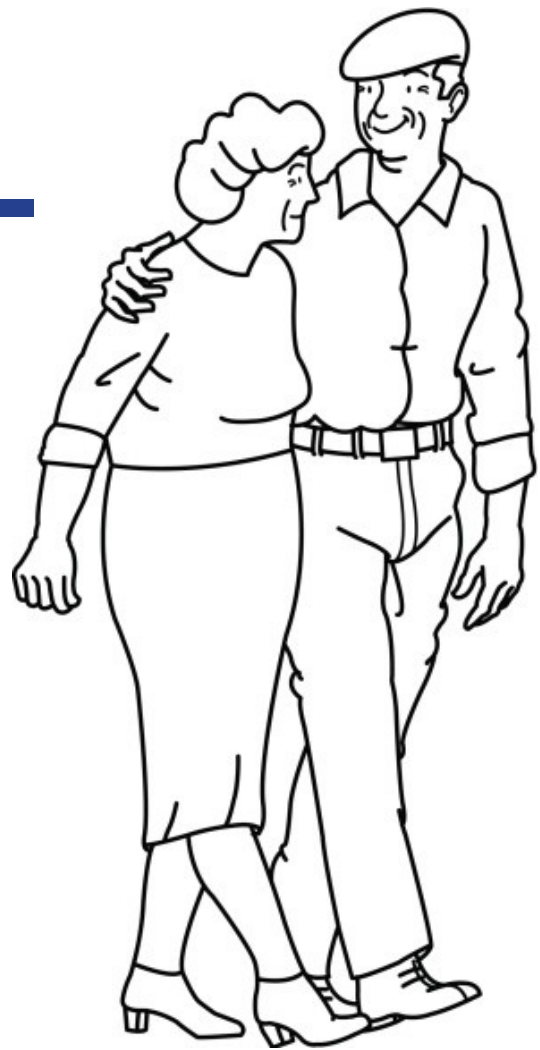
- Orte, C., Ballester, L. y March, M.X. (dirs.) (2015). *Le Programme de Compétences Familiales: l'adaptation du SFP en Espagne*. Sarrebruck; Editions Universitaires Européennes.
- Orte, C. (2013). Effective intervention programs with families. Presentation. *Pedagogía Social: revista interuniversitaria*, Issue 21, 7-11.
- Orte, C. Ballester, L., Mascaró, A. y Nevot, L. (2017). La utilización de redes para ligar en los adultos mayores. *Anuari d'Envel·liment 2017*, Palma de Mallorca.
- Orte, C., Ballester, L. y Amer, J. (2015). Evaluación de las técnicas de implicación familiar en el desarrollo de programas de competencia familiar. En AIDIPE (Ed.), *Investigación con y para la sociedad*, 1, 113-123. Cádiz, España: Bubok.
- Orte, C., Ballester, L. Y Amer, J. (2015). The Strengthening Families Program in Spain: A long-term evaluation. *Journal of Children's Services* (due in Marc, 2015, special issue).
- Orte, C., Ballester, L. y March, M.X. (2013). El enfoque de la competencia familiar, una experiencia de trabajo socioeducativo con familias. *Pedagogía social. Revista interuniversitaria*, (21), 13-37.
- Orte, C., Ballester, L., March, M.X., Amer, J., Vives, M. y Pozo, R. (2015). The Strengthening Families Program in Spain: A long-term evaluation. *Journal of Children's Services*, 10, 2, 161-172.
- Orte, C., Ballester, L., March, M.X., Oliver, J.L., Pascual, B. y Gomila, M.A. (2015). Development of prosocial behaviour children after the improvement of family competences. *Journal of Children's Services*, 10, 2, 101-118.
- Orte, C., Ballester, L., Vives, M. y Amer, J. (2015). El uso de la técnica Delphi en la evaluación sobre el rol de los formadores en los programas de educación familiar. En AIDIPE (Ed.), *Investigar con y para la sociedad*, 3, 1.745-1.762. Cádiz, España: Bubok.
- Ortiz, M.D. (2007). Experiencias en la intervención psicológica con familias de personas dependientes. *Psychosocial Intervencion*, 16(1).
- Paykel, E.S.(1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 377, 50-58.
- Poulin, M. J., Brown, S. L., Dillard, A. J. y Smith, D. M. (2013). Giving to others and the association between stress and mortality. *American Journal of Public Health*, 103, 9, 1649-55.
- Poulsen, T., Christensen, U., Lund, R. y Avlund, K. (2011). Measuring aspects of social capital in a gerontological perspective. *European Journal of Ageing*, 8, 4, 221-232.
- Przybylski, R. (2008). *What Works. Effective recidivism reduction and risk- focused prevention programs*. Denver: Colorado Division of Criminal Justice.
- Reynolds, C.R. y Kamphaus, R.W. (2004). *BASC: Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: manual*. TEA Ediciones.
- Rocco, L. y Marc, S. (2012). *Is social capital good for health? Technical report*, WHO Regional Office for Europe.
- Roncon, J., Lima, S. i Pereira, M. G. (2015). Qualidade de vida, morbidade psicológica e stress familiar em idosos residentes na comunidade. *A Psicologia: teoria e pesquisa*, 31(1), 87-96.

- Rosa, M. J. V. i Chitas, P. (2016). Portugal e a Europa: os números. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rouxel, P., Tsakos, G., Demakakos, P., Zaninotto, P., Chandola, T. y Watt, R. G. (2015). Is social capital a determinant of oral health among older adults? findings from the english longitudinal study of ageing. *PlosONE*, 10, 5, e0125557.
- Schröder-Butterfill, E. y Fithry, T. S. (2014). Care dependence in old age: preferences, practices and implications in two Indonesian communities. *Ageing & Society*, 34, 3, 361-387.
- Seeman, T. E. Singer, B. H., Ryff, C. D., Love, G. D. y Lené, L S. (2002). Social relationships, gender, and allostatic load across two age cohorts. *Psychosomatic Medicine*, 64, 3, 395-406.
- Social Research Unit (2012). An introduction to evidence-based programmes in children's services. Dartington: Social Research Unit
- Society for Prevention Research (2013). Proceedings of the 21st Annual Meeting. Washington DC.
- Society for Prevention Research (2014). Proceedings of the 22nd Annual Meeting. Washington DC.
- Vásquez, M., Rodríguez, A., Villarreal, J. S. i Campos, J. A. (2014). Relación entre la reserva cognitiva y el enriquecimiento ambiental: Una revisión del aporte de las neurociencias a la comprensión del envejecimiento saludable. *A Cuadernos de Neuropsicología/ Panamerican Journal of Neuropsychology*, 8(2).
- Veloso, E. M. C. i Rocha, M. C. J. (2016). Políticas públicas, pessoas idosas, educação e envelhecimento: o caso de Portugal num contexto global. *A Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília*, 2(1), 3-37.
- Veloso, E. M. C. i Rocha, M. C. J. (2016). Políticas públicas, pessoas idosas, educação e envelhecimento: o caso de Portugal num contexto global. *A Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília*, 2(1), 3-37.
- Vives, M., Orte, C. y Ballester, L. (2015). Efectos sociales de los programas universitarios en personas mayores en su red y apoyo social. El ejemplo de la Universitat Oberta per a Majors. *Pedagogía Social. Revista interuniversitària*, 25, 299-317.
- Waldinger, R. J., & Schulz, M. S. (2016). The long reach of nurturing family environments: Links with midlife emotion-regulatory styles and late-life security in intimate relationships. *Psychological science*, 27(11), 1443-1450.
- Wong, P., Chng, B., Garcia, A. i Burstein, A. (2016). Redefining Traditional Notions of Aging Embracing Longevity Across Cultures. Washington. D. C. [Consulta: 9 maig 2018]. Disponible a: <http://www.milkeninstitute.org/publications/view/819>
- World Health Organization (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2015). World report on aging and health. World Health Organization, Geneva.
- Young, Y., Fan, M. Y., Parrish, J. M. i Frick, K. D. (2009). Validation of a novel successful aging construct. *A Journal of the American Medical Directors Association*, 10(5), 314-322.

PCF
Programa de Competência Familiar
UNIVERSAL
AUTO

Manual de formación para las sesiones con adultos mayores

Programa de Competencia Familiar
UNIVERSAL - AUTO



**MANUAL de FORMACIÓN
PARA LAS SESIONES
CON ADULTOS MAYORES**

AUTORES:

Carmen Orte Socías (Universitat de les Illes Balears)

Lluís Ballester Brage (Universitat de les Illes Balears)

Maria de Lluç Nevot Caldentey (Universitat de les Illes Balears)

Josep Lluís Oliver Torelló (Universitat de les Illes Balears)

Belén Pascual Barrio (Universitat de les Illes Balears)

Marga Vives Barceló (Universitat de les Illes Balears)

Joan Amer Fernández (Universitat de les Illes Balears)

Maria Antònia Gomila Grau (Universitat de les Illes Balears)

Rosario Pozo Gordaliza (Universitat de les Illes Balears)

Miren Fernández de Álava (Universitat de les Illes Balears)

Victòria Quesada Serra (Universitat de les Illes Balears)

María Valero de Vicente (Universitat de les Illes Balears)

Lydia Sánchez Prieto (Universitat de les Illes Balears)

Carmen López-Esteva (Universitat de les Illes Balears)

COLABORADORES:

Albert Cabellos Vidal (Universitat de les Illes Balears)

Il·lustrador: Pau Oliver García-Delgado

Diseño de las portadas: Lluís Vidaña Lladó y Albert Cabellos Vidal

Diseño y maquetación: Lluís Vidaña Lladó y Albert Cabellos Vidal

ISBN: 978-84-8384-367-3

DL: PM 1528-2017

Nota: Para facilitar la lectura, se evita el uso continuado de la duplicidad de género (formador/ formadora). Así, cada vez que se menciona formador, etc. se entiende que se hace referencia a ambos sin que eso implique ningún tipo de consideración discriminatoria ni valoración peyorativa.

ESQUEMA DE INTERPRETACIÓN DE LA ICONOGRAFÍA



SESIÓN 0	9
¿Qué es el PCF-U-AUTO y por qué sois importantes?	
SESIÓN 1	16
Comunicarnos y ponernos en el lugar del otro	
SESIÓN 2	29
Escuchamos y hablamos con asertividad: claves de la comunicación	
SESIÓN 3	40
Expresamos sentimientos y emociones y afrontamos la crítica	
SESIÓN 4	53
Aprendemos a mantener el control sobre nuestras decisiones, a comunicarnos de manera positiva y a pedir ayuda	
SESIÓN 5	73
Afrontamos el enfado, gestionamos conflictos y resolvemos problemas por nosotros mismos	

¿QUÉ ES EL PCF-U-AUTO Y POR QUÉ SOIS IMPORTANTES?

RESUMEN

En esta sesión se pretende que los adultos mayores conozcan y entiendan las características y el funcionamiento del programa. Sin embargo, si bien éste es el objetivo principal, todas las actividades que se realizan tienden también a crear un buen clima dentro del grupo.


La consecución de este buen clima es condición sine qua non para que el programa se desarrolle con éxito y alcance los objetivos planteados. Así pues, la sesión tiene como finalidad el establecimiento y la interiorización de las normas y reglas del grupo, pero en un contexto de alegría, de buen clima y de compañerismo.

METAS GLOBALES

- Establecer las normas de funcionamiento del grupo.
- Posibilitar la creación de un buen clima de grupo.

Objetivos	Actividades	Hojas de referencia
1. Explicar el funcionamiento y la organización general del programa	I. Orientación general	
2. Conocer a los miembros del grupo de adultos mayores	II. Presentaciones	
3. Explicar el objetivo del programa	III. ¿Por qué estamos aquí?	
4. Establecer las normas y reglas del grupo	IV. Reglas	Póster 0.1.
5. Resolver las dudas de los adultos mayores sobre el programa y su funcionamiento	V. Preguntas y respuestas	

SESIÓN 0

Estructuración de las actividades	Tipología	Duración prevista
I. Orientación general	○	10 minutos
II. Presentaciones	○	10 minutos
III. ¿Por qué estamos aquí?	○ → ○ ← ○	15 minutos
IV. ¿Quiénes somos?	○	20 minutos
V. Preguntas y respuestas	○	5 minutos
Duración total de la sesión		 60 MINUTOS

Materiales para la sesión:

- Etiquetas/tarjetas
- Rotuladores
- Bolígrafos
- Celo y cartulinas

Nota al formador: A lo largo del desarrollo de los debates y actividades que se proponen en las sesiones del programa, los adultos mayores pueden aportar ejemplos de situaciones de conflicto y/o situaciones problemáticas. Es importante que el formador realice algún tipo de registro de dichas situaciones para poder utilizarlas como ejemplos en los ejercicios prácticos de las sesiones restantes.



I. ORIENTACIÓN GENERAL



El primer día se forma un grupo amplio, reuniendo a las familias en torno a la merienda (si es el caso), para explicarles brevemente el funcionamiento de la totalidad del programa y cómo se organizan las sesiones. En este momento también se pueden dar las informaciones de tipo general que sean necesarias. A partir de este momento, los adultos mayores y sus familiares de referencia se separan y se dirigen a su propio grupo.

Nota al formador: El formador deberá recordar a los adultos mayores la importancia de completar las actividades para casa propuestas y las hojas de comprobación antes de iniciar la siguiente sesión.



II. PRESENTACIONES



A. TARJETAS IDENTIFICATIVAS

Los formadores se presentan a sí mismos y forman un círculo con los adultos mayores. Se pueden marcar los límites del círculo utilizando sillas, cojines o una manta para que los adultos mayores se sienten. Se prepara una tarjeta identificativa con el nombre de cada miembro del grupo, cortando cuadrados, círculos, patos, flores, etc., utilizando papel de distintos colores (pueden tenerse ya cortadas). Pedid a cada adulto mayor que escoja una tarjeta identificativa. Utilizando un rotulador oscuro, pedid a cada uno de ellos que escriba en ella el nombre con el que quiere que se le dirijan los demás y que se sujeten la tarjeta identificativa (ayudadles si es necesario).

B. Actividad PARA INTEGRAR AL GRUPO.

A escoger por el formador en función de las características del mismo.

- 1.B. **Juego del nombre.** Pedid a cada adulto mayor que diga su nombre y su postre, su cantante, su escritor, programa favorito, etc. (Escoged la categoría que creáis que puede gustar más a los adultos mayores). Preguntad si alguno de ellos recuerda el nombre y el elemento favorito de todos los demás (Podéis usar cualquier otro juego similar para romper el hielo con los nombres).

Después del juego, preguntad a cada adulto mayor diciendo primero su nombre: “(nombre del adulto mayor), ¿Cómo estás hoy?” Al hablar con cada adulto mayor, se le puede estrechar la mano, chocar las palmas, tocarle el brazo o darle una palmadita en el hombro, sin forzarle a hacerlo si vemos que no se siente cómodo. Animad a los adultos mayores a prestarse atención unos a otros.

2.B. Qué te gusta de ti mismo.

1. Decid a cada persona que apunte en la hoja “Lo que me gusta” (hoja 0.3) algo que le guste de sí mismo, del cuidador que participe en el programa y de su pareja, si cabe o de cualquier otro familiar que considere relevante.
2. Formad grupos de dos o tres personas y pedid que compartan esta información.
3. Pedid que compartan dicha información con el grupo. Decid: «Esto es realmente difícil de hacer porque, generalmente, no solemos pensar en lo que nos gusta de nosotros mismos y, mucho menos, lo compartimos con los demás. Hacerlo puede resultarnos útil. Mucha gente piensa sólo en lo que no le gusta de sí mismo y no en lo que sí le gusta». Poned un ejemplo: “Cocino tartas muy buenas”. Esto servirá para facilitar la participación de los adultos mayores en el ejercicio. Preguntad: “¿A quién le gustaría ser la primera persona en decirnos algo que le gusta de sí misma?” Si no se ofrece ninguna persona voluntariamente, empezará el formador poniendo ejemplos como “soy muy buen cocinero”, “soy amable”, etc.



III. ¿POR QUÉ ESTAMOS AQUÍ?



15 MINUTOS

RAZÓN FUNDAMENTAL: EXPLICACIÓN DEL OBJETIVO DEL PROGRAMA

1. **Preguntad** si alguien sabe por qué vienen a este grupo. Reforzad y discutid las respuestas dadas.
2. **Explicad el objetivo:** “Vosotros y vuestros familiares venís aquí para aprender a gestionar las relaciones en contextos de necesidad de apoyo y para aprender a resolver las tensiones familiares que puedan surgir. Trataremos de fomentar el diálogo entre vosotros y con los demás, para poder expresar los sentimientos de manera positiva. Preguntad si alguien puede volver a repetir la razón por la que estamos aquí.
3. **Repasad el programa.** Decid: «Nos reuniremos aquí cada semana durante una hora. Para aprender, haremos distintas actividades como: charlas, trabajos escritos, representaciones, prácticas sencillas para hacer en casa y, sobre todo, nos escucharemos y aprenderemos unos de otros. Vuestros familiares estarán reunidos en otra sala aprendiendo habilidades parecidas. Cuando hayamos acabado la reunión, os reuniréis con vuestra familia, durante una hora, para llevar a cabo algunas actividades juntos».
4. **Hablad de la confidencialidad:** explicad a los adultos mayores que el grupo tiene unas normas, «lo que se habla en el grupo, debe quedar en el grupo. La confidencialidad es una regla muy importante para el grupo. Si tenéis alguna duda, decídnoslo al acabar la sesión de grupo» (podéis consultar el Manual de Implementación sobre esta cuestión).
5. **Hablad a los adultos sobre los incentivos** (consultad el Manual de Implementación).



IV. REGLAS (PÓSTER 0.1.)

 20 MINUTOS



A. ACORDAMOS LAS NORMAS GRUPALES

1. Concretaremos las pautas que consideren necesarias para el buen funcionamiento grupal.
2. Preguntad a las personas mayores **por qué son importantes unas pautas grupales**. ¿Cuál puede ser un ejemplo de un acuerdo de funcionamiento grupal? ¿Qué sucedería si no los tuviéramos?

Establecer las normas grupales en la primera sesión, evitará barreras futuras en el desarrollo de las sesiones (si se acuerda apagar o silenciar el teléfono antes de entrar en la sesión, se evitarán las interrupciones).



B. CREACIÓN DE LAS NORMAS DEL GRUPO

Generad una lluvia de ideas de las diferentes normas que el grupo quiera establecer y escribidlas en la pizarra. Asimismo, deben nombrarse aquellas conductas que no son admisibles en el grupo (sugeridlas principales normas grupales que puedan ser necesarias y que no se hayan nombrado). Decid a los miembros que copien “QUÉ HACER” y “QUÉ NO HACER” en el póster 0.1 para las reglas del grupo en sus guías.

Ejemplo:

QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
1. Opinar libremente	1. Desacreditar las opiniones ajenas.
2. Escuchar atentamente	2. Salir de la sala interrumpiendo el proceso grupal
3. Ser puntual	3. Dejar el móvil en sonido
4. Pedir turno de palabra para hablar	4. Hablar cuando otra persona tiene la palabra

Es importante la claridad y la especificidad en la elaboración de esta lista de “QUÉ HACER” y “QUÉ NO HACER”.



C. TABLA DE SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DEL GRUPO

Haced una tabla con las normas que el grupo ha elaborado anteriormente. Includ los nombres de los adultos mayores. Utilizando una lámina grande, escribid con un rotulador: “Tabla de normas del grupo” en la parte superior. Dividid la tabla en tantas columnas como número de normas se hayan elaborado antes. Puede ser útil mostrar la tabla antes de la sesión y dejarla colgada en la pared de la sala.

	Permanece en la sala	Escucha atentamente	Trata bien a los demás	Pide turno de palabra para hablar
Juan				
Luis				
Nerea				
Miguel				

Nota al formador: A partir del establecimiento de las normas del grupo, el formador deberá estar atento a los momentos en que alguno/s de los participantes muestre conductas de respeto hacia las normas. Será importante que las refuerce, mostrando agradecimiento, mayor atención o, simplemente, que resalte positivamente la iniciativa del/los participante/s.

Algunas veces, durante la sesión, pueden surgir dificultades en el funcionamiento del grupo. Si, de manera reiterada, se usa un vocabulario o trato despectivo hacia algún compañero del grupo, se sale de la sala, suena el móvil constantemente o se habla mientras otra persona tiene la palabra, se invitará a la persona a salir del grupo. Si se diera alguno de estos casos, el formador hablaría posteriormente con la persona para conocer los motivos por los que no se respetan las reglas y para barajar la posibilidad de dejar de asistir a las sesiones si fuera necesario.



V. PREGUNTAS Y RESPUESTAS



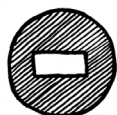
Utilizad este momento para **responder a cualquier pregunta** que los miembros puedan formular sobre su grupo o sobre el grupo familiar que sigue a continuación. Mostrad una **actitud optimista** al decirles que el programa va a funcionar bien y que todos vamos a divertirnos mucho.

REGLAS DEL GRUPO *(Póster 0.1.)*



Qué puede hacerse:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____



Qué NO puede hacerse:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

COMUNICARNOS Y PONERNOS EN EL LUGAR DEL OTRO

RESUMEN


En esta sesión se pretende que los miembros del grupo pongan en práctica una de las habilidades más importantes de relación para su vida cotidiana: la capacidad para conversar, para escuchar y para ponerse en el lugar del otro. Todas las actividades que se realizan tienen como objetivo fundamental el poder empezar a adquirir de forma sólida la capacidad de escuchar y de conversar, así como la capacidad de ponerse en el lugar del otro (empatía). Se trata de una meta muy importante para la consolidación de las relaciones familiares, de las relaciones con sus cuidadores concretamente, y de las relaciones que puedan tener fuera del hogar.

METAS GLOBALES

- Reforzar las habilidades sociales de los adultos mayores en relación con su capacidad de conversar y escuchar.
- Posibilitar la creación de un buen clima de grupo.

Objetivos	Actividades	Hojas de referencia
1. Mejorar las habilidades de conversación	I. Habilidades de conversación	Póster 1.1.
2. Poner en práctica las habilidades de escucha	II. Escuchando	Póster 1.2.
3. Mejorar la capacidad para hablar	III. Hablar para que nos escuchen (y escuchar para que nos hablen)	Póster 1.3.
4. Practicar las habilidades de conversación	IV. Pausa rápida: lenguaje corporal	
5. Trabajar la empatía y la comunicación	V. Bien, ahora tú eres el cuidador	
6. Afianzar y generalizar los aprendizajes de la sesión	VI. Práctica para casa	Hoja 1.1. Lista de comprobación

SESIÓN 1

Estructuración de las actividades	Tipología	Duración prevista
I. Habilidades de conversación	D	10 minutos
II. Escuchando	E + A	10 minutos
III. Hablar para que nos escuchen (y escuchar para que nos hablen)	D + D + A	10 minutos
IV. Pausa rápida: lenguaje corporal	A	5 minutos
V. Bien, ahora tú eres el cuidador	A + D	20 minutos
VI. Práctica para casa	C	5 minutos
Duración total de la sesión		 60 MINUTOS

Materiales específicos de la sesión:

- Pizarra/rotuladores
- Tarjetas de dos tipos diferentes para hacer dos grupos (cuidador y adulto mayor) en la actividad V (Bien, ahora tu eres el cuidador). Puede elaborarlas el mismo formador/a. Por ejemplo, se pueden hacer tarjetas con la letra A y otras con la letra B o ser más artísticos y dibujar soles y lunas, etc.



I. HABILIDADES DE CONVERSACIÓN

 10 MINUTOS

A. DEBATE: CONVERSAR

 5 MINUTOS

Preguntad: “¿Qué es una conversación cara a cara?”. Mencionad que una conversación cara a cara es cuando dos o más personas hablan entre sí en presencia uno del otro. Es posible que os digan que las conversaciones también pueden ser a través algún tipo de comunicación digital, pero es importante remarcar que la conversación digital tiene sus propios códigos y no siempre son iguales a las conversaciones cara a cara.



B. HABILIDADES PARA ESCUCHAR

 5 MINUTOS

Preguntad: “¿Cómo les mostramos a otras personas que les estamos escuchando?” Comentad cada una de las respuestas en el mismo momento que se da. Aseguraos de incluir las siguientes:

PÓSTER 1.1 “HABILIDADES PARA ESCUCHAR”

1. **Mira a la persona.** Si miramos a la persona que nos está hablando, esto le indica que estamos interesados en lo que tiene que decir. Proporcionad ejemplos apropiados e inapropiados de cómo mirar al otro prestando atención. Prestad atención a las características culturales de los miembros del grupo, ya que en algunas culturas no es respetuoso mirar directamente a alguien, especialmente a una persona mayor, al hablar o escuchar.
2. **Pon una cara agradable.** ¿Por qué es importante poner una cara agradable? Proporcionad ejemplos de caras agradables y desagradables con su propia mímica. ¿Te gustaría hablar con alguien que muestra esta cara?
3. **Haz preguntas.** Para obtener más información o por si no entendiste algo. ¿Cómo se puede mostrar a la otra persona que le estamos escuchando? Mediante las preguntas, le mostramos al orador que le escuchamos y que pensamos en lo que nos está diciendo. Prestad atención a las características culturales de los miembros del grupo porque hacer preguntas puede no ser adecuado en todas las culturas.
4. **No interrumpas.** Espera antes de decir algo. Sin embargo, algunas veces es necesario interrumpir. Más adelante aprenderemos una forma adecuada de hacerlo.



II. ESCUCHANDO

 10 MINUTOS

Decid algo como (y escenificad con un ejemplo): “Muchos de nosotros preferiríamos hablar en vez de escuchar, pero escuchando será más fácil que los otros estén listos para escuchar lo que tenéis que decir. Escuchar no es sólo esperar a que la otra persona pare de hablar; especialmente si estamos pensando en lo que queremos decir en vez de en lo que la otra persona nos dice”. Hay unas cuantas sugerencias en el póster 1.2 para ser el tipo de persona que escucha y que hace que la gente quiera hablar. Comentad cada uno de los puntos del póster 1.2. “Consejos para escuchar bien”.



A. CONSEJOS PARA ESCUCHAR BIEN

PÓSTER 1.2. “CONSEJOS PARA ESCUCHAR BIEN”

1. **Muestra interés y muéstrate activo.** Mira a la persona que habla y mueve tu cabeza si lo entiendes. A veces puedes repetir sus sentimientos y pensamientos en tus propias palabras para mostrar que estás escuchando.
2. **Acepta las opiniones de las otras personas.** Prueba de escuchar atentamente e imaginar cómo se siente y piensa la otra persona, o cómo te sentirías tú si fueses esa persona.
3. **Haz preguntas cuando no entiendas algo.** Haciendo preguntas muestras tu interés (“Responde a una pregunta con una afirmación y la réplica a una afirmación con una pregunta”).
4. **No debes:**
 - a. Interrumpir cuando otras personas hablen
 - b. Juzgar, llegar a conclusiones o dar consejos si no te los piden
 - c. Acabar las frases o “poner palabras en su boca”



B. PRÁCTICA DE LA ESCUCHA (EJERCICIO EN GRAN GRUPO)

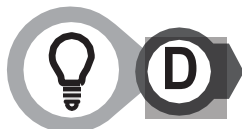
Practicad las habilidades de comunicación.

1. Pedid a los adultos mayores que, de dos en dos, compartan información, como: “¿Cuál es tu programa de televisión favorito? ¿Por qué?, Si pudieses ir a cualquier sitio del mundo, ¿Dónde te gustaría ir?, ¿Quién es tu actor o actriz/cantante favorita/o?, ¿Cuál es tu comida preferida? ...”
2. Después de unos minutos preguntad a cada uno (o unos cuantos), en gran grupo, si recuerdan qué le ha dicho su compañero.



III. HABLAR PARA QUE NOS ESCUCHEN (Y ESCUCHAR PARA QUE HABLEN)

 10 MINUTOS



A. HABILIDADES PARA HABLAR

 5 MINUTOS

Empezad con: “Está claro que podéis hablar cuando queráis pero, ¿Cuáles son las claves para hablar con los otros y que realmente os escuchen y oigan lo que tenéis que decir?” Lluvia de ideas. Debatid cada respuesta a medida que vaya saliendo. Aseguraos de incluir lo siguiente:

PÓSTER 1.3. “HABILIDADES PARA HABLAR”

1. **Busca el momento adecuado.** Preguntad: “¿Es el momento adecuado para tener una conversación? Por ejemplo, si tu familiar cuidador está ocupado con alguna labor, es posible que no pueda escucharte en ese momento”.
Comentad con el grupo cuáles podrían ser los buenos (¿Durante la cena? ¿Después del trabajo?) y los malos momentos (¿Mientras ves la televisión? ¿Cuándo tu familiar habla por teléfono?) para mantener una conversación. “¿Cómo podemos saber si es un buen momento o un mal momento para tener una conversación? Para saberlo, podemos decir ‘¿Tienes tiempo para hablar conmigo ahora?’ ‘Si no es un buen momento, ¿Cuándo podemos hablar?’”
2. **Mira a la persona.** Es muy importante mirar a la otra persona, tanto si estamos escuchando como si estamos hablando (siempre teniendo en cuenta que sea apropiado el momento o la situación).
3. **Pon una cara agradable y una voz amable.** Hemos aprendido por qué es importante poner una cara agradable. ¿Por qué es importante poner una voz agradable? Poned ejemplos de voces agradables y desagradables. ¿Cómo nos sentiríamos si alguien nos hablara de esta manera? ¿Os gustaría tener una conversación con esta persona?
4. **No hables en un tono ni muy alto ni muy bajo.** Poned ejemplos de cada uno. Decid: «¿Cuándo sería apropiado hablar en voz alta o en voz baja?» Esto podría variar de una cultura a otra.
5. **No te pongas ni muy cerca ni muy lejos.** Poned ejemplos utilizando a los miembros del grupo. Comentad con ellos si se sienten cómodos o incómodos con la distancia. Esto también podría variar de una cultura a otra.
6. **Acaba la conversación de forma respetuosa.** En una conversación es importante escuchar a los demás, pero no puedes acabar una conversación yéndote o dejando a la otra persona con la palabra en la boca. Algunas veces, es necesario interrumpir de forma respetuosa, diciendo cosas como ‘disculpa pero tengo que marcharme’.



B. OTRAS HABILIDADES IMPORTANTES PARA HABLAR



Decid: «Hemos visto que para acabar de forma respetuosa una conversación, a veces es necesario interrumpir a la persona que está hablando. Otras veces, también es necesario interrumpir “¿Alguien puede poner un ejemplo de alguna ocasión en la que esto puede ser importante?” (ejemplos de situaciones: necesitamos formular alguna pregunta, queremos unirnos a la conversación, etc.). Hay formas adecuadas de hacerlo»:

1. Interrumpir. Decid: «Algunas veces es necesario interrumpir a la persona que está hablando. “¿Alguien puede poner un ejemplo de alguna ocasión en la que esto puede ser importante?” (ejemplos de situaciones: necesitamos formular alguna pregunta, queremos unirnos a la conversación, etc.). Hay formas adecuadas de hacerlo»:

- a. Poner una cara y una voz agradables.
- b. Mirar a la otra persona.
- c. Esperar a que haya una pausa.
- d. Decir: “Disculpa”.

2. Elogiar. Decid: «Otra habilidad que hay que practicar cuando hablamos con otras personas es utilizar elogios o cumplidos. ¿Quién puede decirme qué es un elogio? Un elogio es decirle algo agradable a otra persona.» Ejemplos:

- Eres una buena compañía/amistad.
- Me gusta estar contigo.
- Tienes un pelo bonito.
- Limpiaste muy bien el cuarto.
- La cena estaba buenísima.
- ...

“Existen dos tipos de elogios: los que hacemos a otras personas y los que otras personas nos hacen. De esta manera, el elogio es como un regalo. Hacemos regalos a otras personas y otras personas nos hacen regalos a nosotros”. Preguntad y comentad con el grupo “¿Cómo os sentís cuando recibís regalos? ¿Cómo os sentís cuando regaláis? Dar y recibir elogios es como dar y recibir regalos. Nos hace sentir bien”.



IV. PAUSA RÁPIDA: LENGUAJE CORPORAL



5 MINUTOS

Instrucciones:

1. Recordad a los adultos mayores que **la postura del cuerpo y la expresión facial** también hablan. Pedid que propongan diez-doce nombres de famosos (deportistas, actores, políticos, etc.). Un voluntario escribe los nombres en una pizarra. **Recomendación al formador:** cuando los miembros van diciendo los nombres de personas famosas, asegurados de que queden representados tanto mujeres como hombres. En el caso de que digan sólo hombres o sólo mujeres, proponed vosotros algún nombre para equilibrar.
2. Pedid un voluntario que imite a uno de los personajes famosos usando acciones, expresiones o posturas, sin hablar (¡y sin decir quién es!).
3. Los otros adultos mayores deberán adivinar quién es el personaje imitado de la lista. Mantenerlo activo. Dad sesenta segundos a los que adivinen el personaje.
4. La primera persona que lo adivine correctamente saldrá a representar a otro personaje. Si nadie lo adivina en sesenta segundos, el que estaba imitando “gana”, se sienta y otro voluntario sale a imitar a otro personaje.

«Este juego nos ha permitido ponernos en el lugar de personajes famosos, pero este juego lo podemos aplicar con personas cercanas, como veremos en la próxima actividad».



V. BIEN, AHORA TÚ ERES EL CUIDADOR



20 MINUTOS

A. ACTIVIDAD DE ROL

Decid: «Vamos a hacer otro ejercicio para ponernos en el lugar del otro». **Nota al formador:** Tened preparadas las tarjetas para identificar a dos grupos diferentes (A y B). Decid algo como: “Hablamos y escuchamos mejor si entendemos **cómo se siente y piensa la otra persona**. Para practicar cómo ponernos en la piel de otra persona, vamos a jugar a un juego”.

Instrucciones:

1. Sin explicar el propósito del juego, pedid a cada adulto mayor que coja una tarjeta.
2. Decid: “El equipo A serán los adultos mayores y el equipo B serán los cuidadores”. Un formador se reunirá con cada equipo en partes diferentes de la sala.
3. El formador del equipo A (adultos mayores) preguntará : “¿Qué es lo mejor de ser adulto mayor, y lo mejor de ser cuidador?. Apuntad las respuestas en un papel.

4. El formador del equipo B (cuidadores) preguntará: “¿Qué es lo mejor de ser cuidador, y lo mejor de ser adulto mayor?. Ayudad a los adultos a pensar como cuidadores. Apuntad las respuestas en un papel.
5. Después el formador del equipo A (adultos) preguntará: ¿Qué es lo peor de ser adulto mayor y qué es lo peor de ser cuidador?”. Apuntad las respuestas en un papel.
6. Después el formador del equipo B (cuidadores) preguntará: ¿Qué es lo peor de ser cuidador y qué es lo peor de ser adulto mayor?”. Ayudad a los adultos mayores a pensar como cuidadores. Apuntad las respuestas en un papel.
7. Volved a gran grupo. Preguntad al grupo A (adultos mayores) que adivine 5 respuestas del grupo B (cuidadores) y viceversa. El grupo que haya adivinado más respuestas del otro, será el ganador.



B. TERMINAD PREGUNTANDO:

“¿Fue difícil pensar como un cuidador? ¿Qué creéis que preocupa a vuestros cuidadores? ¿De qué os preocuparíais vosotros si fuerais cuidadores?”

Pedíles que traten de “pensar como un cuidador” y practiquen sus habilidades para hablar y escuchar cuando hablen con sus cuidadores esta semana.

Antes de explicar la tarea para casa, queremos introducir el tema en el que trabajaremos en la sesión conjunta. Trabajaremos sobre “NUESTRO TIEMPO”, ese espacio exclusivo que, a menudo, olvidamos reservar para la relación que guardamos, justamente, con aquellas personas más cercanas y que más nos importan. Entonces, como trabajaremos sobre ese tiempo a compartir, previamente, formularemos unas cuantas propuestas individuales aquí sobre aquellas actividades que más nos distraen, relajan y/o divierten (el formador da la cesta de caramelos a uno de los participantes para que sea el primero en comenzar, luego se la van pasando hasta que todos hayan tenido oportunidad de compartir sus ideas con el grupo.



VI. PRÁCTICA PARA CASA

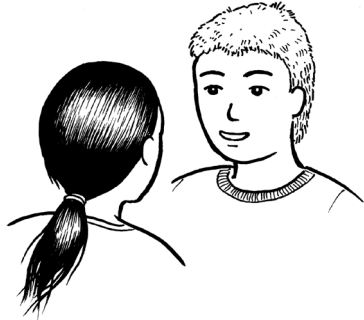


5 MINUTOS

REGISTRO DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN FAMILIAR (HOJA 1.1.)

Decid algo como: “Esta semana queremos que practiquéis hablar por vosotros mismos, con vuestra familia y amigos. Vuestros cuidadores sabrán lo que estáis practicando, pero a lo mejor tendréis que recordárselo para que no lo olviden. Mientras practiquéis, queremos que os fijéis lo bien que vuestra familia habla junta”. “Demos un vistazo al Registro de las habilidades de comunicación familiar (hoja 1.1). Éste os ayudará a recordarlo (Como formadores, revisad clara y completamente el formulario con los adultos mayores). Podéis hacerlo conjuntamente con vuestros cuidadores”. Una vez cumplimentada la hoja 1.1 recordad a los adultos mayores que tienen que responder la hoja de comprobación de la intranet o fotocopia de la hoja 1.1. que se encuentra al final de esta sesión.

HABILIDADES PARA ESCUCHAR (Póster 1.1.)



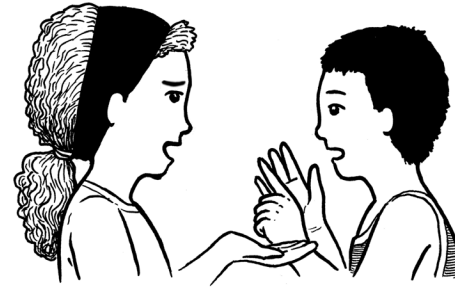
1. Mira a la otra persona.



2. Pon una cara agradable.



3. Haz preguntas.



4. Pero, ¡no interrumpas!

CONSEJOS PARA ESCUCHAR BIEN (Póster 1.2.)



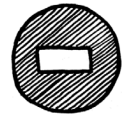
1. Muestra interés y muéstrate activo.



2. Acepta las opiniones de las otras personas.



3. Haz preguntas cuando no entiendas algo.



4. No debes:

a) Interrumpir cuando otras personas hablen.

b) Juzgar, ni llegar a conclusiones, ni dar consejos si no te los piden.

c) Acabar las frases o “poner palabras en su boca”.



HABILIDADES PARA HABLAR (Póster 1.3.)



1. Busca el momento adecuado.



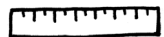
2. Mira a la persona.



3. Pon una cara agradable y una voz amable.



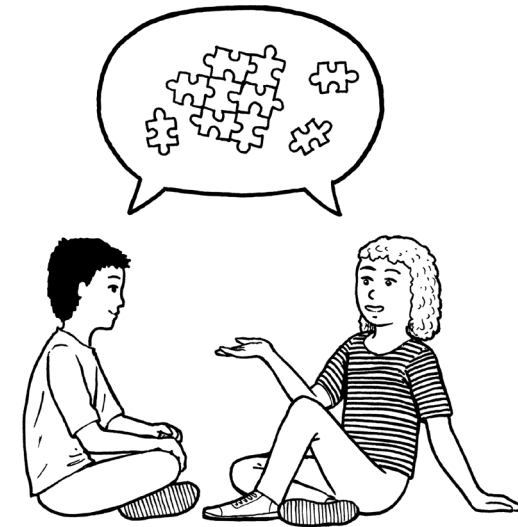
4. No hables en un tono ni muy alto ni muy bajo.



5. No te pongas ni muy cerca ni muy lejos.



6. Acaba la conversación de forma respetuosa.





HOJA DE COMUNICACIÓN FAMILIAR

REGISTRO DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN FAMILIAR

Esta hoja la tienes que rellenar con la ayuda de tu cuidador familiar. Debes señalar con una cruz aquellos miembros de la familia que son buenos en las diferentes habilidades de comunicación.

	MIEMBRO A	MIEMBRO B	MIEMBRO C	TÚ
Cuando habla				
1. Usa mensaje de “yo me siento”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Expresa sus ideas de una en una	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Elogia a las demás personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es claro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dice lo que quiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No habla por los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. No discute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. No dice “siempre” o “nunca” si no es verdad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando escucha				
1. Está interesado y activo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acepta opiniones de las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hace preguntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No interrumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No juzga a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando modera				
1. Elogia el buen trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Da sugerencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



LISTA DE COMPROBACIÓN DE REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA PARA CASA

Nombre: _____

	Si	No
1. He practicado hablar por mi mismo con mi familia y amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. He rellenado el registro de habilidades de comunicación familiar (hoja 1.1) conjuntamente con mis familiares cuidadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ESCUCHAMOS Y HABLAMOS CON ASERTIVIDAD:
CLAVES DE LA COMUNICACIÓN**

RESUMEN

En esta sesión se pretende trabajar estrategias de comunicación. Las actividades están orientadas a aprender habilidades para mejorar los patrones familiares de comunicación, trabajando la asertividad (fomentando el reconocimiento de los sentimientos) y la capacidad de escucha.


El aprendizaje de pequeñas técnicas y pautas para una mejor comunicación permitirá el aumento de la cohesión familiar, así como una mejor organización de la gestión familiar.

METAS GLOBALES

- Aumentar las habilidades sociales de los adultos mayores.
- Mejorar el conocimiento de uno mismo y el reconocimiento de los sentimientos propios, a través de la mejora de las habilidades de comunicación y las habilidades asertivas.
- Trabajar las habilidades de comunicación (incluyendo la comunicación con uno mismo) y de escucha.

Objetivos	Actividades	Hojas de referencia
1. Aumentar las habilidades sociales de los adultos mayores	I. Revisión de las habilidades aprendidas	
2. Aprender a utilizar recompensas sociales	II. Metas: cómo potenciar las conductas positivas	Hoja 2.1. Póster 2.1.
3. Practicar las habilidades puestas en práctica	III. Ejercicios de práctica	
4. Incrementar las habilidades asertivas: aprender a hablar asertivamente con tus familiares	IV. Decir cómo pensamos y cómo nos sentimos	
5. Aprender habilidades de comunicación para expresar mejor nuestros pensamientos y sentimientos	V. Habilidades de comunicación personal	Póster 2.2.
6. Afianzar y generalizar los aprendizajes de la sesión	VI. Práctica para casa	Hoja 2.1. Lista de comprobación

SESIÓN 2

Estructuración de las actividades	Tipología	Duración prevista
I. Revisión de las habilidades puestas en práctica	Ⓔ	5 minutos
II. Metas: cómo potenciar las conductas positivas	Ⓐ + Ⓓ + Ⓔ	30 minutos
III. Ejercicios de práctica	Ⓐ	10 minutos
IV. Decir cómo pensamos y cómo nos sentimos	Ⓔ	5 minutos
V. Habilidades de comunicación personal	Ⓓ + Ⓒ	5 minutos
VI. Práctica para casa	Ⓒ	5 minutos
Duración total de la sesión		 60 MINUTOS

Materiales específicos de la sesión:

- Papel/pizarra
- Rotuladores



I. REVISIÓN DE LAS HABILIDADES PUESTAS EN PRÁCTICA

 5 MINUTOS

A. REPASO

Repasad lo aprendido en la sesión anterior. Aseguraos que incluye:

1. Mostrar a los otros que les estamos escuchando.
2. Cómo hablar con los demás si queremos que nos escuchen.
3. Cómo interrumpir la conversación de manera respetuosa.
4. Cómo elogiar para que los demás se sientan bien.

B. PROPÓSITO

«¿Por qué ponemos en práctica con vosotros y con vuestros cuidadores estas habilidades?. Tratamos de fomentar la unión familiar. Potenciaremos las habilidades de comunicación, de intercambio de sentimientos y de comprensión/empatía. Mediante las habilidades de comunicación y escucha, podremos reducir las posibilidades de que surjan conflictos y tensiones familiares».



II. METAS: CÓMO POTENCIAR LAS CONDUCTAS POSITIVAS

 30 MINUTOS

Decid: «Estamos practicando con vuestros cuidadores muchas de las habilidades que estáis poniendo en práctica también vosotros. Hoy vuestros familiares están practicando sus habilidades para ayudaros en el día a día, y para contribuir al bienestar. Están señalando qué aspectos de vuestra convivencia quieren mantener y qué les gustaría que cambiara. En esta sesión haremos lo mismo con vosotros».



A. EL JUEGO DE LO QUE ME GUSTA Y LO QUE NO ME GUSTA

 5 MINUTOS

«Me gustaría que cada uno de vosotros escribiese en la hoja 2.1 algo que os gusta de vosotros mismo y de alguien de vuestro entorno. Por ejemplo: “Me gusta cuando sonrío, no me gusta cuando se enfada conmigo”». En el caso de que el grupo pueda mostrar dificultades para señalar dichos aspectos entre ellos, pueden simular ser algún conocido o familiar.

1. Pedid a cada miembro que lo comparta con el grupo.
2. Comentad las similitudes y las diferencias entre ellos. ¿Hay en el grupo miembros que planteen cuestiones similares?



B. METAS

 5 MINUTOS

Preguntad: «¿Qué os gustaría que vuestro compañero/amigo/familiar cambiara o dejara de hacer? Sed concretos». Ayudadlos a escribir metas específicas en su hoja. Poned ejemplos: “Algo que no me gusta de mi hija es que algunas veces, cuando se enfada, me falta al respeto. En lugar de ello, me gustaría que me dijera simplemente por qué está enfadada conmigo”.



C. REGLAS SECRETAS DEL ÉXITO

 20 MINUTOS

Decid: «Hoy os enseñaremos lo que denominamos las reglas secretas del éxito que os ayudarán a cambiar el comportamiento de otras personas. Vuestros cuidadores también están aprendiendo estas reglas secretas. ¿Hay alguien que crea conocer alguna de estas reglas?»

Dejad que los miembros del grupo las adivinen. Las reglas están en el Póster 2.1 “Reglas secretas del éxito”.

- Recompensa lo que te gusta.
- Ignora lo que no te gusta.

Más extensamente:

C.1. RECOMPENSA LO QUE TE GUSTA

«¿Qué significa el elogio? El elogio significa decir cualidades positivas. “Recompensar lo que os gusta” es como el elogio. Es decir algo agradable a otra persona, una vez que ésta ha hecho algo que nos ha gustado. Si decís algo o hacéis algo agradable, es más probable que la otra persona repita aquello que os gustó».

Explicación: Normalmente, tendemos a pasar por alto los aspectos positivos del día a día. Sin embargo, cuando sucede UNA SITUACIÓN NEGATIVA tendemos a ampliarla (he ido a comprar y la cajera me ha dado mal el cambio). Lo mismo sucede en nuestras relaciones. Se trata de cambiar nuestro foco de atención.



COMENTAD ENTRE TODOS:

«Así pues, una manera de cambiar el comportamiento de otros es decírselo cuando hacen algo que os gusta. ¿Cómo podéis utilizar esta norma para ayudar a la gente a hacer lo que os gusta? Una forma es que os aseguréis de que decís algo agradable cada vez que los demás hacen eso que os gusta. Si vuestro familiar os prepara ese plato que tanto os gusta. ¿Qué podríais decirle o hacer? Si vuestros amigos os invitan a salir/realizar actividad ¿Qué podríais decirles o hacer? ¿Qué os gusta además de que os hagan vuestra comida favorita u os propongan planes?»

C.2. IGNORA LO QUE NO TE GUSTA

“Si no hacemos caso de lo que nos dice alguien que nos está hablando, pensará que no estamos interesados en lo que dice. Que le estamos ignorando. ¿Alguna vez habéis ignorado a alguien? Si la gente no nos mira o no da importancia al contenido de lo que estamos diciendo o la forma en la que estamos expresando una idea, nos está ignorando. No mirar o dar importancia a lo que dice alguien es una manera de decirle que no nos gusta lo que está haciendo. Vuestros cuidadores practicarán también estas habilidades cuando hagáis algo que no les gusta o de un modo que no les resulte agradable o consideren adecuado. Esto significa que no están contentos con vuestro proceder. Cuando os guste lo que alguien hace, debéis mirarle y decírselo”.

D COMENTAD ENTRE TODOS:

“¿Qué formas existen de ignorar a otra persona?” Haced una lista en la pizarra: no mirar a la persona, no hablar o escuchar a la persona, alejarse, hablar con alguien más, etc.

A III. EJERCICIOS DE PRÁCTICA

 10 MINUTOS

REPRESENTACIÓN: IGNORAR

Decid: «Vamos a practicar lo que hemos aprendido mediante un juego. Necesito un voluntario que cuente historias que no son verdaderas (que cuente mentiras). También necesito alguien para ignorar este comportamiento».

REPRESENTACIÓN INVERSO: RECOMPENSAR

Decid: «Ahora necesito dos personas voluntarias. Un adulto mayor que haga del que dice la verdad y otro para que le escuche. ¿Qué debe hacer el otro adulto para recompensar el comportamiento positivo?».

E IV. DECIR CÓMO PENSAMOS Y CÓMO NOS SENTIMOS

 5 MINUTOS

Decid: «En este programa, en vuestra familia, pondréis en práctica formas más adecuadas para hablar unos con otros. Hablaremos sobre cómo tener buenas conversaciones y luego podréis practicar alguna de las habilidades en la sesión familiar y en casa. Algunas veces pensamos que en nuestra familia no nos llevamos bien, pero en realidad es que nos cuesta mucho hablar entre nosotros».

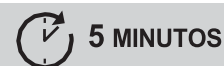
PROBLEMAS COMUNES EN LA COMUNICACIÓN FAMILIAR:

«Muchas familias no hablan sobre cómo tendrían que hablarse para entenderse. Vamos a ver algunos de los problemas más comunes a la hora de comunicarnos en familia. Poned ejemplos de estos problemas».

1. Las personas de la familia no pasan tiempo juntos (ejemplos: cuando llegan mis hijos a casa, yo ya estoy durmiendo; mi hija trabaja por las mañanas y mi hijo por las tardes...)
2. El tiempo que pasan juntos generalmente lo hacen realizando actividades que no permiten mucho la conversación (ejemplo: ver la televisión, los nietos juegan a videojuegos...)
3. Algunos cuidadores piensan que los adultos mayores no deben ser tomados en consideración en las decisiones familiares, que sólo tienen que escuchar, hacer caso y contar sus historias en momentos en que se disponga de tiempo.
4. Algunas conversaciones familiares se convierten en discusiones.
5. Algunos cuidadores pueden tener problemas y preocupaciones, y los adultos tienen miedo a hablarles.



V. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN PERSONAL



AYUDANDO A LOS OTROS A ENTENDERSE: CLAVES PARA HABLAR

PÓSTER 2.2. (CLAVES PARA HABLAR)

Decid: «Para poder hablar con tus amigos y con tu familia de tus sentimientos, necesitas conocer algunas reglas».

Exponed el póster 2.2 y repasad las distintas habilidades para hablar.

1. UTILIZA LA PRIMERA PERSONA (“YO”) PARA EXPRESAR TUS SENTIMIENTOS

- 1.1. Cada persona es dueña de sus sentimientos. Nadie nos puede hacer sentir lo que no queremos sentir. Cuando le decimos a otra persona “tú haces que yo me sienta...” la estamos culpando. Hay que decir “yo siento”, “yo pienso” y/o “yo quiero” cuando queremos expresar nuestros sentimientos.
- 1.2. Si decimos “yo siento” podemos controlar mejor nuestros sentimientos. Si le decimos a un amigo “tú haces que me enfade” él es el dueño de nuestra emoción o de nuestro enfado. Sin embargo, si le decimos “yo me enfado” nosotros somos los dueños de nuestra emoción.
- 1.3. Es muy fácil culpar a los demás de nuestros sentimientos y comportamientos.

2. **EXPRESA TUS IDEAS DE UNA EN UNA:** Hay que insistir a los miembros del grupo en que, si tienen muchos temas para hablar, deben hablarlos de uno en uno con su familia o el grupo en el que estén. Deben tener paciencia y saber que les llevará tiempo decir todo lo que quieren decir.
3. **ELOGIA A LAS DEMÁS PERSONAS:** Antes de expresar un sentimiento negativo deberían elogiara la otra persona. Por ejemplo si no pueden o quieren ir con algún amigo, podrían decir “Me gusta ir contigo, pero ahora tengo trabajo”, esto hará que el otro se sienta menos enfadado cuando le digas que no. Otro ejemplo “Me gusta nuestra amistad, pero no me gusta que me ignores cuando estas con otras personas”.
4. **SÉ CLARO ACERCA DE LO QUE TE GUSTA:** En lugar de decir, por ejemplo, “quiero que te preocupes por mi”, podrían decir “me gusta cuando me abrazas y te preocupas por mi”.
5. **DI LO QUE QUIERES:** Ofrece una solución que te gustaría o ayudaría. Se tiene que recordar al adulto que sus sentimientos, sus deseos y sus necesidades son importantes. Igualmente hay que animarle a que exprese sus sentimientos cuanto antes, antes de enfadarse o antes de que la otra persona pueda sentirse culpable.
6. **NO DEBES:**
 - a. **Hablar por los demás.**
Que hablen sólo de sus sentimientos y que no digan cómo se sienten o piensan las otras personas.
 - b. **Discutir.**
Se les pide que compartan sus propias ideas abierta y honestamente, sin pelear o discutir.
 - c. **Decir “siempre” o “nunca” si no es verdad.**



VI. PRÁCTICA PARA CASA



5 MINUTOS

Pedid a los adultos que dediquen un poco de tiempo durante la semana a practicar las habilidades de comunicación en casa, debatiendo las relaciones familiares, si es posible. Los adultos deberían recordar el “Registro de habilidades de comunicación familiar” (Hoja 1.1). Pedid a los adultos que recuerden a sus cuidadores el intentar una reunión familiar esta semana e ir a la reunión preparados para practicar “hablar por mi mismo”.

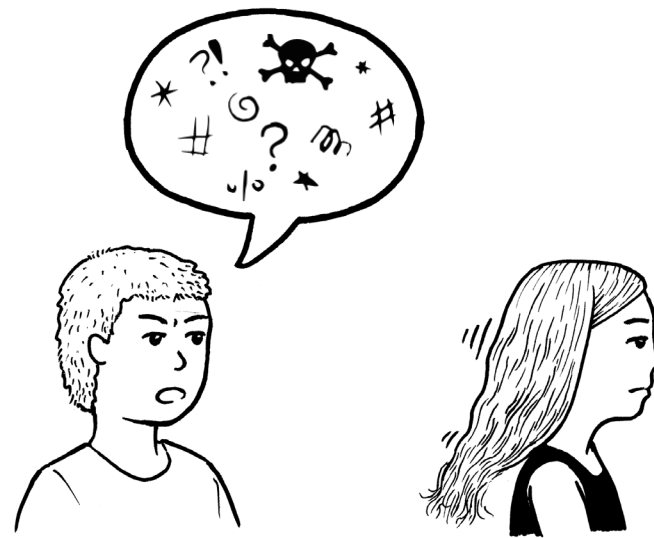
Pedid a los adultos mayores que completen la práctica para casa (lista de comprobación).

Nota al formador: Los adultos deberán cumplimentar la lista de comprobación en la intranet, en el caso que esté activada esta opción. En el caso que no esté activada, o los participantes no tengan acceso a ella, los formadores deberán fotocopiar la “Lista de comprobación” que se encuentra al final de esta sesión.

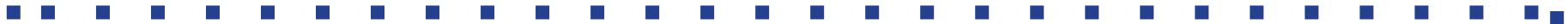
REGLAS SECRETAS DEL ÉXITO *(Póster 2.1.)*



RECOMPENSA lo que te gusta.



IGNORA lo que no te gusta.



CLAVES PARA HABLAR *(Póster 2.2.)*



1. Utiliza la primera persona ("yo") para expresar tus sentimientos.



2. Expresa tus ideas de una en una.



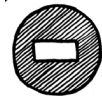
3. Elogia a las demás personas.



4. Sé claro acerca de lo que te gusta.



5. Di lo que quieres.



6. No debes:

a) Hablar por las demás personas.

b) Discutir.

c) Decir "siempre" o "nunca" si no es verdad.



Lo que TE GUSTA Y LO QUE NO TE GUSTA

Nombre: _____

Lo que te gusta: _____

Lo que no te gusta: _____

Me gustaría que dejaras de _____

Me gustaría que hicieras _____

Yo puedo ignorar lo que no me gusta mediante _____

Yo puedo recompensar lo que no me gusta mediante _____

Nombre: _____

Lo que te gusta: _____

Lo que no te gusta: _____

Me gustaría que dejaras de _____

Me gustaría que hicieras _____

Yo puedo ignorar lo que no me gusta mediante _____

Yo puedo recompensar lo que no me gusta mediante _____



LISTA DE COMPROBACIÓN DE REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA PARA CASA

Nombre: _____

¿Estoy hablando por mi mismo? Elije la opción correcta:

	Sí	No
1. Me enfadas mucho cuando coges mis cosas sin pedírmelas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me asusto cuando me chillas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me pongo triste cuando me chillas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me haces feliz cuando sonrías.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me siento mal cuando me tratas como a un tonto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me enfadas cuando tiras las cosas que guardo sin decírmelo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me siento triste cuando no pasamos tiempo juntos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me pones enfermo cuando me das la comida rápido porque tardo mucho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me disgusta que no me escuches.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXPRESAMOS SENTIMIENTOS Y EMOCIONES Y AFRONTAMOS LA CRÍTICA

RESUMEN

A través de la discusión, modelado y representaciones los adultos mayores aprenden a reconocer cuando sus cuidadores les hacen peticiones adecuadas y cuando no. Es importante que recompensen los aprendizajes que están realizando para reforzar la utilización de peticiones adecuadas. Se trata de que les aporten información que pueda permitir que sus cuidadores corrijan aquellas demandas y peticiones que no facilitan su cumplimiento.

En esta tercera sesión se pretende trabajar el significado de las emociones y los sentimientos con el objetivo de mejorar la capacidad para reconocerlos. Además de ser una habilidad necesaria para un funcionamiento social adecuado, puede ser una habilidad previa y, asimismo, necesaria para el dominio de otras más complejas.


En último lugar, se trabaja el afrontamiento de las críticas. Recibir y hacer críticas es algo muy habitual en la vida cotidiana. Con ellas podemos ofender o ser ofendidos. En esta sesión practicaremos las formas para hablar en el momento oportuno y de la manera correcta sin ofender a nadie, trabajando sobre dos habilidades: cómo expresar y cómo recibir críticas.

METAS GLOBALES

- Mejorar la capacidad de los adultos mayores para reconocer la manera adecuada de hacer peticiones para que recompensen a sus familiares cuando les respondan.
- Mejorar la capacidad de los adultos mayores para reconocer, expresar y manejar emociones y sentimientos.
- Mejorar la capacidad de los adultos para afrontar las críticas de manera constructiva.

Objetivos	Actividades	Hojas de referencia
1. Mejorar la capacidad para distinguir entre demandas adecuadas y no adecuadas	I. Identificar demandas confusas	Póster 3.1.
2. Fomentar a que los adultos elogien a sus cuidadores cuando respondan a sus demandas y sepan dar información cuando utilicen demandas poco adecuadas	II. Identificar y seguir demandas claras	Póster 3.2.
3. Aprender a expresar, reconocer, prever y manejar sentimientos y emociones de manera asertiva	III.I. Emociones y sentimientos III.II. Manejar sentimientos	Póster 3.3.
4. Mejorar las habilidades de los adultos mayores para expresar y recibir críticas	IV. Afrontar la crítica	Póster 3.4.
5. Afianzar y generalizar los aprendizajes de la sesión	V. Práctica para casa	Lista de comprobación

SESIÓN 3

Estructuración de las actividades	Tipología	Duración prevista
I. Identificar demandas confusas	○	10 minutos
II. Identificar y seguir demandas claras	ⓔ + ⓓ + ⓐ	15 minutos
III.I. Emociones y sentimientos	ⓓ + ⓐ	15 minutos
III.II. Manejar sentimientos	○	5 minutos
IV. Afrontar la crítica	ⓔ	10 minutos
V. Práctica para casa	ⓐ	5 minutos
Duración total de la sesión		 60 MINUTOS



I. IDENTIFICAR INSTRUCCIONES CONFUSAS



Decid algo como: “Esta semana hablaremos acerca de plantear demandas. Como personas mayores es importante aprender a reconocer y hacer demandas claras (qué nos piden, qué queremos pedir). Vuestros cuidadores han aprendido cómo hacer peticiones. Algunas veces los cuidadores confunden a sus adultos mayores dando peticiones que no son claras. En el póster 3.1 hay algunos ejemplos de maneras incorrectas de hacer demandas”.

EXPLICAD A PARTIR DE LOS EJEMPLOS, SIN DAR LA DEFINICIÓN:

- a) **Demandas en cadena:** Dar demasiadas demandas al mismo tiempo, de manera que es difícil que alguien se acuerde de todo.

Ejemplo: “Ahora haré como si fuera tu cuidador y tú fueses el adulto mayor. Escucha cuidadosamente lo que digo y luego hazlo. A ver cuánto recuerdas. ¿Listo?”: “Por favor, tómate la medicación; la azul es la primera para la tensión, luego va la roja que es el protector de estómago para poderte tomar la aspirina blanca que mejora la circulación sanguínea; la circular blanca viene después, que es la de los huesos y la chiquitilla partida en dos va al final, que es para dormir; no tomes tanto azúcar, luego recuerda que tienes que ir a la ducha. Antes de eso recuerda en apagar la tv, que es el botón rojo de la parte de arriba del mando y que tienes que apagar el brasero, accionando los dos botones hacia arriba de manera que queden presionados hacia el lado de los círculos, no de los palitos”.

- b) **Demandas vagas:** No pedir específicamente lo que se quiere. El cuidador debería decirle clara y exactamente (paso por paso) lo que quiere. Si no, el adulto mayor no entiende lo que debe hacer. Ejemplo: “Yo simularé ser el padre o la madre. ¿Qué es lo que te estoy pidiendo que hagas cuando digo: ¡Mira! ¡Ten cuidado! ¡No hagas eso! ¡Deja eso!”

- c) **Demandas en pregunta:** Es una petición que se supone que debe ser entendida por medio de una pregunta. Cuando el cuidador pregunta al adulto mayor si le gustaría hacer algo, sin darle realmente una opción clara.

Ejemplo: “Ahora imitaré a tu cuidador y tú harás de adulto mayor ¿Qué harías si digo: ¿Puedes tomarte las pastillas? ¿Podrías tratar de tomar más edulcorante quizás, y menos cantidad de azúcar? ¿Podrías cuidar a tu nieto?”. ¿Qué es lo que realmente estoy preguntando? ¿Alguna vez tus cuidadores te han pedido que hagas algo mediante una pregunta? ¿Qué es lo que tú haces?

- d) **Demandas de “vamos a...”:** Una situación en la que el cuidador le dice “vamos” a hacer algo cuando en realidad quiere decir “quiero que” hagas este algo. Esto es confuso para el adulto mayor ya que el cuidador no piensa ayudar con la tarea, pero puede que se quede para observar. Ésta es una manera de conseguir que los adultos mayores hagan tareas, pero es injusta porque ellos pueden esperar hacer una actividad o pasar un tiempo compartido con el cuidador; o bien pueden sentir que se les trata de manera infantil.

Ejemplo: “Yo haré de cuidador y tú serás mi adulto mayor.” “Vamos a dormir. Vamos a ducharnos” (el formador observa pero no ayuda).

- e) **Peticiones con muchas explicaciones:** Una demanda seguida de una larga explicación de por qué debería realizarse. El problema es que los adultos mayores olvidan qué fue lo que se les pidió debido a todo lo que les dijeron después de la demanda. Es mejor plantear la demanda al final.

Ejemplo: “Yo haré de cuidador y tú serás mi familiar mayor”: “Por favor, tómate las pastillas que están encima de la mesa de la cocina. Tenemos una fiesta esta noche y la familia Morales va a venir. Los Morales son los padres de Daniela y Carolina, los compañeros de Margarita, (tu nieta que cursa 4º de la ESO). Me gustaría poder conocerlos mejor y no me gustaría que piensen que estás “dejado de la mano de Dios”. Además, quiero que piensen que soy una buena cuidadora y madre y que cuido bien a la familia, no que soy una “lolailo”. Están buscando a alguien para que les arregle el campo y ese podría ser Toni (marido). Nos vendría bien ese dinero, ya sabes como están las cosas en casa así que tenemos que dar impresión de familia seria. ¿Te parece?” “¿Qué ha sucedido aquí? ¿Cuál sería una forma mejor de hacer esta petición?”



II. IDENTIFICAR Y SEGUIR Y DAR DEMANDAS CLARAS

 15 MINUTOS

Ahora aprenderemos cómo deben ser las demandas claras (intentad que los adultos mayores lo deduzcan por sí mismos).



A. DEFINICIÓN DE UNA DEMANDA CLARA

 5 MINUTOS

PÓSTER 3.2.

Demandas claras

- Debe expresar necesidades de una en una
- Es fácil de entender
- Dice a la persona qué hacer en vez de qué no hacer
- Es corta y expresa exactamente lo que hacer

Cuando una persona plantea una petición, primero, consigue tu atención, te mira, no se coloca muy lejos o muy cerca de ti y no habla muy fuerte o muy flojo.



B. DISCUSIÓN Y EJEMPLOS

 10 MINUTOS

Preguntad: “¿Podéis darme algunos ejemplos de peticiones claras?”
(Discutid y repasad las peticiones apropiadas, dando la definición de una demanda clara).

“¿Qué pasa cuando tus cuidadores plantean demandas que no son claras? ¿Por qué es importante que den peticiones claras?”

(El adulto mayor no sabe qué hacer, no sabe qué es lo que se quiere de él. Los cuidadores se enfadan porque no se atendió su demanda y el adulto mayor se siente dolido. El adulto mayor se convence de que molesta porque no puede hacer feliz a sus cuidadores; siente que no le entienden).

III.I. EMOCIONES Y SENTIMIENTOS



15 MINUTOS

A. EJERCICIO DE RECONOCIMIENTO SOBRE EMOCIONES

5 MINUTOS

Decid: «Ahora vamos a hablar sobre las emociones y los sentimientos. Tenemos un ejercicio introductorio».

Decid: «Aquí tenemos una lista de sentimientos y emociones». Pedid a los adultos mayores que piensen en una situación en la que ellos o alguien conocido se hayan sentido así (de alguno de estos sentimientos y emociones).

La lista puede incluir algunos de los siguientes sentimientos y emociones (póster 3.3).

Feliz	Enfadado	Triste	Preocupado	Divertido	Sensible
Disgustado	Orgullosos	Preocupado	Celoso	Paciente	Tímido
Aliviado	Avergonzado	Embarazoso	Curioso	Miedo	Herido
Sorprendido	Frustrado	Impaciente	Diferente	Desanimado	Tonto
Solo	Empatía	Excitado	Agradable	Valiente	Asustado
Animado	Culpable	Confundido			

Decid: «No sólo podemos demostrar cómo nos sentimos con la cara, también podemos expresarlo con otras partes del cuerpo o con sonidos».



B. JUEGO: ¿QUÉ SIENTO?



La actividad consiste en que el formador da una de estas situaciones a un adulto mayor, el adulto tendrá que pensar cómo se sentiría en esta situación y representarlo (con la cara, con su cuerpo e incluso con sonido). El resto de compañeros tendrá que adivinar cómo se siente. El formador puede ejemplificar cómo hacerlo representando él mismo una de las situaciones u otra ficticia:

1. En “mente” hay un grupo de personas mayores de otro grupo diferente al mío que siempre me miran mal cuando entro en el club. No se lo puedo decir a nadie porque la tomarían más conmigo. ¿Cómo crees que me siento?
2. Mi mejor amigo se llama Javier. Me lo paso muy bien con él. Nos reímos mucho, pero lo más importante es que me puedo mostrar tal cual soy cuando estoy con él. Si me siento triste o enfadado, puedo hablarle y me escucha. ¿Cómo me siento?
3. Antes para mí el ajedrez era difícil, pero ahora tengo a mi nieta que juega conmigo y me enseña. Antes me sentía muy solo viendo la tv por las tardes pero ahora ya no. Ahora quiero que lleguen las tardes para jugar con mi nieta, así puedo demostrar todo lo que he aprendido. ¿Puedes adivinar qué estoy sintiendo?
4. Mi hijo me prometió que me llevaría al fútbol a ver al Mallorca. Hace tres meses que espero, pero él trabaja mucho, está cansado, y no me puede llevar. ¿Qué sentimiento tengo?
5. Hace poco fui al centro de la ciudad en bicicleta y me encontré con unos conocidos. Justo enfrente de ellos me caí de la bicicleta a causa de una piedra. ¿Cómo me sentí?
6. Mis cuidadores y yo peleábamos mucho antes pero luego fuimos a un grupo para aprender a llevarnos mejor. Ahora hacemos muchas actividades juntos y nos llevamos mucho mejor. Ahora me gusta mucho compartir tiempo en casa con ellos. ¿Puedes adivinar cómo me estoy sintiendo?
7. Vivo con mi hija. A veces, durante los fines de semana, paso tiempo con mi hijo. Le echo de menos porque no lo veo mucho. La semana pasada me dijo que nos iríamos a dar un paseo por el centro, pero él me falló. ¿Cómo me siento?
8. Durante un tiempo, mi yerno trabajó en otra ciudad. Mi hija y yo hemos estado solas en casa. Tenía miedo por las noches cuando mi hija no estaba en casa. Oía ruidos y no sabía qué eran. Ahora que mi yerno ha vuelto a casa duermo muy bien toda la noche. No he vuelto a oír ruidos. ¿Cómo me siento?
9. Vivo con mis hijos. La semana pasada fuimos al circo. Vi a personas haciendo acrobacias increíbles. Los trapezistas se colgaban patas arriba y se daban vueltas en el aire. Una señora montaba en bicicleta en un alambre finito muy cerca del techo. Me hizo pensar que todo es posible. ¿Qué sentimientos tengo?
10. Mi hija dio a luz a un bebé. Me gusta tener un nieto, pero ahora necesita mucha atención. Mi hijay mi yerno están muy ocupados cuidándole y apenas tienen tiempo para estar conmigo, como es normal. Tampoco cuentan con mi apoyo ¿Cómo me siento?



III.II. MANEJAR SENTIMIENTOS



5 MINUTOS

Decid algo como: “Aprender cómo ‘leer’ lo que otra gente siente es una habilidad social importante. Sea justo o no, la gente evita a la gente que ‘no lo entiende’ o que necesita que se le explique todo. No obstante, aprender a ‘leer’ tus propios sentimientos es, probablemente, igual de importante. Aprender a ‘leer’ tus sentimientos es el primer paso para ser ‘dueño’ de ellos y ser capaz de decirte a ti mismo ‘Sí, estoy enfadado, humillado, contento o confundido por lo que ha pasado’ ”.

“Tus sentimientos son tuyos y no son algo sobre lo que sentirse avergonzado. ‘Poseerlos’ es una parte de ser realmente quién eres. No admitir cómo te sientes puede llevarte a la confusión, a la tristeza y a sentirte mal contigo mismo”.

“Cuando los ‘posees’ o los aceptas estás mucho mejor preparado para pensar: ‘Vale, ahora sé cómo, cuándo y a quién quiero mostrar cómo me siento’. Escoger cómo expresar lo que sientes te da un mayor control. Escoger cómo reaccionar es tan ‘real’ como actuar sin pensar”.

“Decir o hacer lo primero que se te ocurre o actuar impulsivamente es, a veces, lo que la otra persona querría que hicieras. De alguna manera estás ‘recompensando’ a esa persona al reaccionar de esa manera. Recompensarles les invita a repetirlo. Ignorar, cuando puedes, el comportamiento que no te gusta hace que probablemente ese comportamiento se repita menos”.

Recordad: sabed cómo os sentís. Escoged cómo lo expresáis o reaccionáis.



IV. AFRONTAR LA CRÍTICA (PÓSTER 3.4.)



10 MINUTOS

CONSEJOS PARA HACER CRÍTICAS Y CONSEJOS PARA RECIBIR CRÍTICAS

A. DEFINICIÓN: ¿QUÉ ES LA CRÍTICA?



5 MINUTOS

La crítica es cuando alguien te dice algo que no le gusta acerca de ti o de algo que hiciste, o cuando dices a alguna persona aquello que no te gusta acerca de ella o de lo que hizo.

B. ¿CÓMO HACER UNA CRÍTICA?

1. Escoge un buen momento.
2. Mira a la persona.
3. Pon una cara agradable y una voz calmada.
4. Di algo agradable primero (elogia).
5. Di cuál es el problema y por qué es un problema.
6. Ofrece una solución.
7. Agradece a la persona que te haya escuchado.

Ejemplo: “Realmente me gustas como amigo porque tu compañía es agradable y me transmites vitalidad, pero he de decir que no me sientan del todo bien tus comentarios con respecto a las informaciones que comparto contigo sobre los miembros de mi familia; parece que te pones a la defensiva y me hace sentir mal. Si te parece bien, como es un tema que me resulta sensible, podríamos mirar de tratarlo de otro modo. Gracias por escucharme”.

C. ¿CÓMO RECIBIR UNA CRÍTICA? Mostrad el póster 3.4.



5 MINUTOS

1. Mira a la persona.
2. Escucha.
3. Si es necesario, haz preguntas para obtener más información.
4. No discutas.
5. Piensa cómo podrías hacerlo mejor.

Ejemplo:

Cuid.: “Siempre tengo que estar encima de ti y no tengo tiempo para todo”.

Adulto: “¿Qué podría hacer yo de forma diferente?”

Cuid.: “Quiero que te tomes las pastillas cuando te lo recuerdo y que evites levantarte cuando no estoy”.

Adulto: “De acuerdo, muy bien hijo”.

Nota al formador: este ejemplo no ilustra una crítica que realmente se ajuste a los pasos de “cómo hacer una crítica”. Esto es porque a veces recibimos críticas que no empiezan con un elogio o alguna explicación. Los adultos mayores deberán aprender a responder a todas las formas de crítica.



V. PRÁCTICA PARA CASA



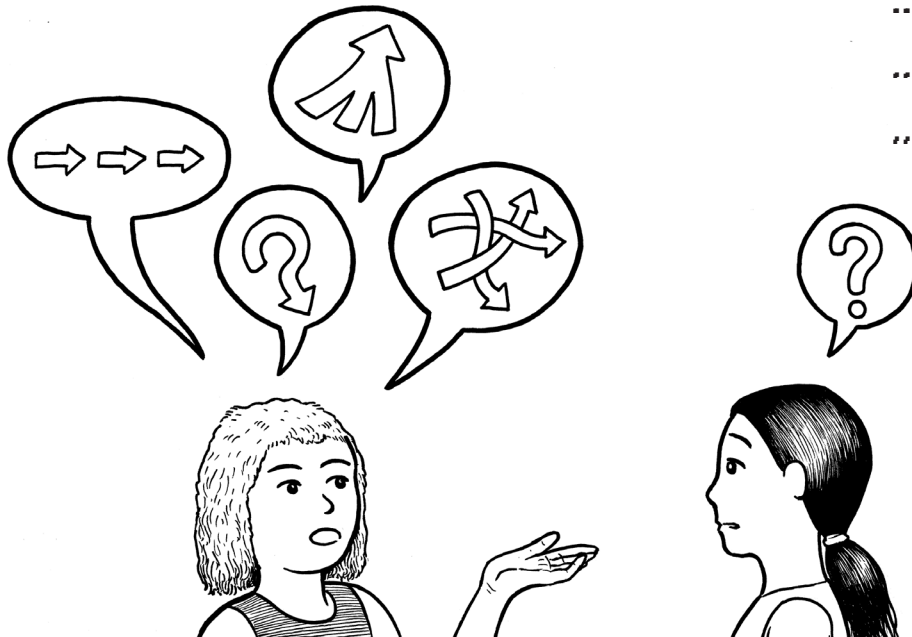
5 MINUTOS

Pedid a los adultos mayores que vayan practicando dar críticas esta semana y que completen la práctica de la casa que se encuentra en la intranet (lista de comprobación).

Primera nota al formador: Los mayores deberán cumplimentar la lista de comprobación mediante la intranet de la página web, en el caso que esté activada esta opción. En el caso que no esté activada, o los participantes no tengan acceso a ella, los formadores deberán fotocopiar la “Lista de comprobación” que se encuentra al final de esta sesión.

Segunda nota al formador: Para cumplimentar la lista de comprobación hay tres opciones (una válida y dos erróneas) y los adultos mayores tienen que adivinar la válida. Una vez los adultos mayores hayan respondido a todo, en la intranet, en función del porcentaje de respuestas válidas se da un incentivo virtual (“¡Muy bien!”, si han elegido la correcta; “¿Podrías plantearte otras opciones?”, si han elegido la incorrecta 1; y “Necesitas repasar las normas de hacer críticas”, si han elegido la incorrecta 2).

EVITAR PETICIONES CONFUSAS... (Póster 3.1.)



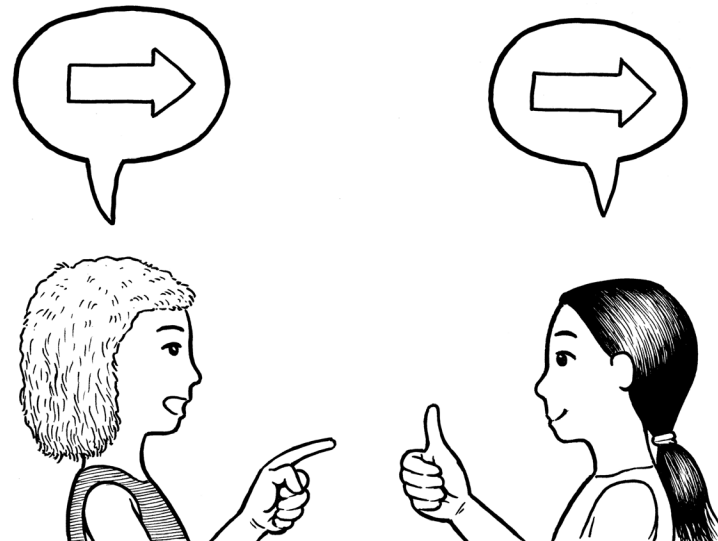
- ... Peticiones en cascada.
- ... Peticiones vagas.
- ... Peticiones en pregunta.
- ... Peticiones de "¿vamos a...?".
- ... Peticiones con muchas explicaciones.

PETICIONES CLARAS (Póster 3.2.)

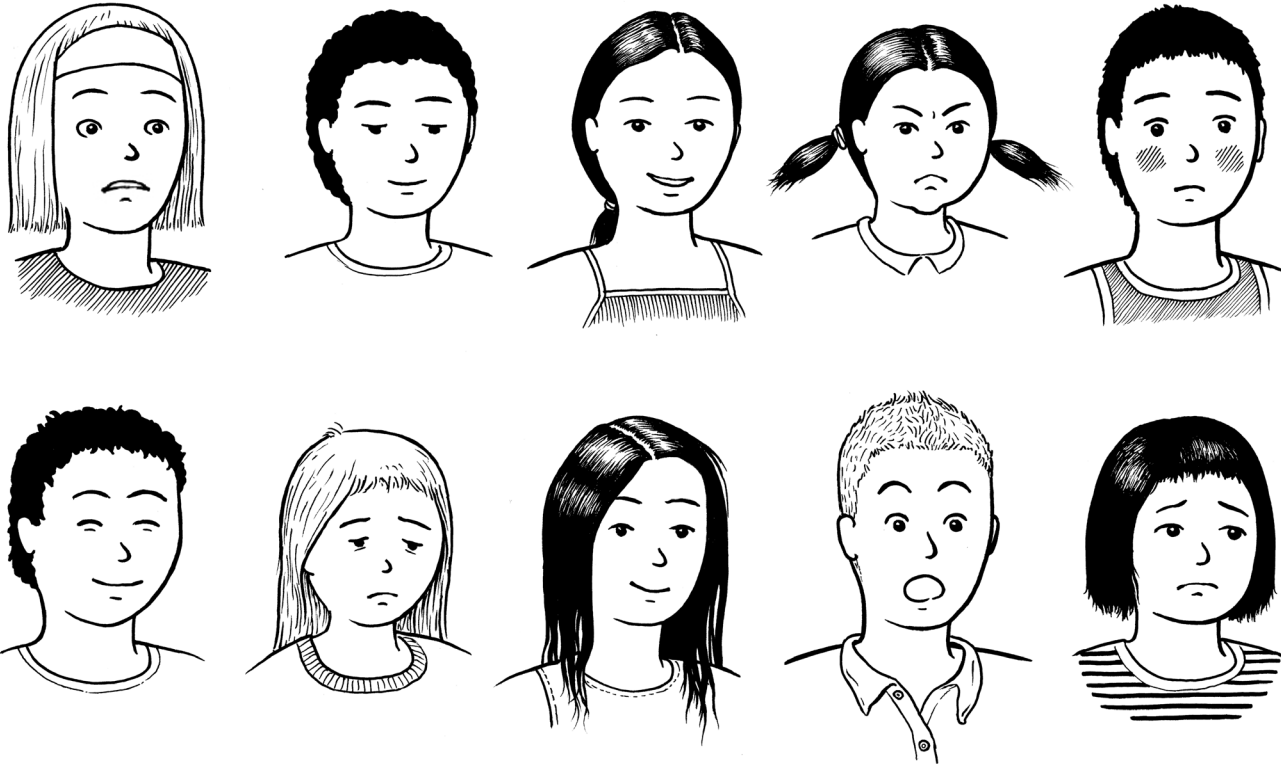
Una petición clara...

1. Debe expresar necesidades de una en una.
2. Es fácil de entender.
3. Dice a la persona qué hacer en vez de qué no hacer, (“por favor, coge las pastillas y tómatelas”, en lugar de “no tires las pastillas al suelo”).
4. Es corta y expresa exactamente lo que hacer.

Cuando una persona plantea una petición, primero, consigue tu atención, te mira, no se coloca muy lejos o muy cerca de ti y no habla muy fuerte o muy flojo.



¿CÓMO TE SIENTES HOY? (Póster 3.3.)



CÓMO HACER UNA CRÍTICA *(Póster 3.4.)*



1. Escoge un buen momento.



2. Mira a la persona.



3. Pon una cara agradable y una voz calmada.



4. Di algo agradable primero (elogia).



5. Di cuál es el problema y por qué es un problema.



6. Ofrece una solución.



7. Agradece a la persona que te haya escuchado.





LISTA DE COMPROBACIÓN DE REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA PARA CASA

Nombre: _____

¿Sabemos dar críticas? Elije la opción correcta.			SÍ	NO
1	Criticar a un amigo que te habló mal:	Te aprecio pero me sentí muy triste cuando me hablaste sin respeto. Me gustaría saber por qué lo hiciste y que no volvieras a hacerlo.		
		Me has insultado, ya no me hables más. Si vuelves a insultarme contaré al resto lo sucedido y te avergonzarás.		
		¿Por qué me hablas así? ¡Yo te haré lo mismo! Eres un....		
2	Criticar a un amigo que no ayudó a recoger la mesa en una cena colectiva:	Nos lo hemos pasado bien, ¿Verdad? pero he tenido mucho trabajo después para recoger porque he tenido que hacerlo sola. Si lo hubiéramos hecho juntos habríamos tardado menos.		
		¡No es justo! He tenido que recoger todo yo y tú no has hecho nada. La próxima vez lo harás tú.		
		¡Menudo vago estás hecho! ¡He tenido que recoger todo yo! No pienso hacerlo más.		
3	Tienes un amigo al que siempre le gusta llamar la atención y acaba metiendo al grupo en conflictos y malos entendidos. ¿Qué dirías si no te gusta?	Me gusta ir contigo, pero a veces me da miedo meterme en problemas. Preferiría que no me implicaras.		
		Lo siento, no puedo salir más contigo porque mis familiares no quieren que me metas en problemas.		
		¡Paso de ti! No voy a ir más contigo. ¡Siempre me metes en problemas, enseguida gritas y tratas mal a la gente!		
4	Tienes una amiga que se mete con tus familiares:	Vamos a mi casa, pero no critiques a mis hijos. No está bien. Si quieres venir a mi casa no te meterás con ellos, ¿Vale?		
		No me gusta que te metas con mis familiares. Métete en tus asuntos que tú ya tienes suficiente con lo que tienes en tu casa.		
		Si te vuelves a meter con mi familia no te hablaré nunca más.		
5	Tu hija no te presta tanta atención como a la madre de su marido:	Pienso que necesito un poco más de atención de tu parte. Me gustaría que contemplaras más el apoyarme.		
		Prestas más atención a tu suegra que a mi. ¡No es justo!		
		Pasas de mi, así que yo no pienso ayudarte más.		
6	Tu hijo te ha visitado muy poco, porque estaba trabajando:	Hijo, ya sé que trabajas mucho para que podamos vivir todos mejor pero me siento un poco solo cuando estás tanto tiempo fuera y me gustaría pasar más tiempo contigo.		
		Estás trabajando todo el día y no vienes nunca a verme. ¡Ya casi no nos conocemos! Nunca estás en casa y no podemos hacer nada juntos.		

APRENDAMOS A MANTENER EL CONTROL SOBRE NUESTRAS DECISIONES, A COMUNICARNOS DE MANERA POSITIVA Y A PEDIR AYUDA

RESUMEN

En esta cuarta sesión se pretende trabajar sobre las respuestas de los adultos mayores ante diversas situaciones que tengan, potencialmente, una consecuencia negativa para su bienestar y para su autonomía. Se trata, en primer lugar, de aprender a dar respuestas tipo “no” que les permita evitar conflictos y comprender las consecuencias de determinados actos. El afrontamiento que se pretende desarrollar está basado en negociar de forma adecuada y evitar las situaciones problemáticas.

El otro objetivo principal que se pretende, es que comprendan la importancia de mantener y potenciar las distintas áreas de funcionamiento autónomo. Por lo tanto, el trabajo fundamental se encuentra en potenciar la toma de decisiones que influyen sobre la ejecución autónoma de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Finalmente, se pretende informar a las personas mayores de que el consumo de algunas sustancias, incluyendo fármacos no recetados, alcohol y tabaco, puede tener malas consecuencias para su salud.


En conjunto, se trabajan así distintas técnicas para incrementar las habilidades asertivas. Se trata pues, de una sesión importante, no sólo por sus contenidos informativos, sino, de manera fundamental, para plantear propuestas de promoción de la autonomía personal de las personas en incipiente situación de dependencia.

METAS GLOBALES

- Trabajar la capacidad para establecer límites y decir “NO”.
- Prevenir la pérdida del funcionamiento autónomo en la toma de decisiones relativa a las diferentes Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).
- Prevenir el consumo de fármacos no recetados, alcohol y otras drogas entre las personas mayores

Objetivos	Actividades	Hojas de referencia
1. Mejorar la habilidad de los adultos mayores para decir “NO” y proponer conductas o actividades alternativas	I. Diciendo “no” para no tener problemas	Póster 4.1
2. Aumentar las habilidades de los adultos mayores en la toma de decisiones sobre las diferentes ABVD	II. Debate: la toma de decisiones ¿Qué podemos hacer?	Hojas 4.1.-4.9.
3. Aumentar el conocimiento de las personas mayores sobre las consecuencias del consumo de fármacos no recetados, alcohol y otras drogas	III. Debate: fármacos no recetados, alcohol y otras drogas ¿Qué podemos hacer?	
4. Afianzar y generalizar los aprendizajes de la sesión	IV. Práctica para casa	Lista de comprobación

SESIÓN 4

Estructuración de las actividades	Tipología	Duración prevista
I. Diciendo “no” para no tener problemas	ⓔ + ⓐ + ⓓ + ⓔ + ⓐ + ⓓ	30 minutos
II. Debate: la toma de decisiones ¿qué podemos hacer?	ⓓ + ⓓ + ⓓ + ⓓ+	20 minutos
III. Debate de tóxicos: ¿qué podemos hacer?	ⓓ	5 minutos
IV. Práctica para casa	Ⓒ	5 minutos
Duración total de la sesión		 60 MINUTOS

Materiales para la sesión:

- Papel o pizarra
- Rotuladores

I. DICIENDO “NO” PARA NO TENER PROBLEMAS



A. EXPLICAD

 30 MINUTOS

 5 MINUTOS

Decid algo como: “Algunas veces ignorar un comportamiento que no nos gusta puede funcionar, pero no siempre es así. Alguien te puede pedir hacer algo que no quieres hacer. Podría ser un familiar o alguien ajeno a la familia”. Haced que los adultos mayores den ejemplos de acciones que no deberían hacer porque otras personas se lo pidan (aceptar guardar los nietos en horarios en los que tenemos una actividad, si nos sentimos cansados y un hijo nos pide que le preparemos una tortilla de patatas, si nos ayudan a cambiar la ropa frente a personas con las que no tenemos confianza, si se habla sobrenuestras intimidades como si no estuviéramos presentes...). “Hoy vamos a aprender a decir ‘no’ para mantenernos al margen de problemas o situaciones que nos incomoden.



“Ni sumisión, ni agresividad, el equilibrio es la asertividad”

-Riso Coma Walter-

B. JUEGO/PRÁCTICA PARA DECIR NO: PICNIC INCOMIBLE

 5 MINUTOS

Decid algo como: “Pensad en algo que empiece con la misma letra que vuestro nombre y que no os gustaría, para nada, comer en un picnic. Podéis ponerle tantos adjetivos como queráis, siempre y cuando empiecen con la misma letra. Por ejemplo, Miguel podría escoger ‘mono magullado’. Miguel se dirige a la persona a su derecha y le pregunta ‘¿Te gustaría comer la mitad de mi bocadillo de mono magullado?’ y espera la respuesta ‘¡No!’ (Si alguien dice ‘sí’, reír y seguir dando la vuelta hasta que todo el mundo que quiera haya hablado)”.



C. HABLAD SOBRE LA PRESIÓN DE GRUPO

 5 MINUTOS

Decid algo como: “Decir ‘no’ no es el problema, ¿No? La mayoría de nosotros somos bastante buenos en decir ‘no’ cuando queremos. El problema es decir ‘no’ cuando estás asustado o te gustaría decir ‘sí’ por agradar a los demás, aunque sabes que ‘no’ es la buena respuesta para cuidar de ti mismo”.

Preguntad: “¿En qué situaciones es difícil decir ‘no’? Podéis incluir momentos en los que os da miedo decir ‘no’ o realmente os gustaría decir ‘sí’.”

Decid algo como: “¿Qué quiere decir la gente con “presión social”? Normalmente no es una presión física del tipo, “Hazlo o te daré una paliza”. Esto normalmente se conoce como “acoso”. La presión social es una presión que sentimos porque queremos gustar, queremos que cuenten con nosotros y encajar. A veces la presión es verbal aunque no sea intencional: “es que María (la abuela por parte del otro cónyuge) es un encanto, ha estado jugando toda la mañana con los niños en el parque” ¿Verdad? A veces nadie lo dice, pero piensas que si tu no haces lo mismo o compensas con algún tipo de actuación similar, contarán menos contigo o pensarán que no eres “tan buena abuela” como otras”.

Preguntad: «¿Cuáles son los peores apodos que vuestros compañeros de toda la vida o de las actividades que realizáis fuera de la casa podrían dar a alguien que no encaje, que no haga las mismas actividades “divertidas” que realizan otros abuelos o que no tenga siempre esa cena estupenda para que los hijos se puedan llevar a casa? Escribid “términos fuera de lugar” en la pizarra o papel.

Decid algo como: “No es una cuestión menor, ¿Verdad? Hay mucho en juego, ¿No? Que nuestros nietos siempre quieran escoger nuestra casa para pasar unas horas antes que ir a otro lugar, que nuestros hijos sientan orgullo por nuestras actuaciones como “padres” o como “abuelos”. Encajar, ser aceptado y reconocido es importante para la gente de todas las edades. Es más fácil acceder a recursos sociales cuando eres joven y conoces a gente como tu en el ámbito académico, en el ámbito laboral, en el fútbol, en danza, en al gimnasio... pero la relevancia del encaje, aceptación o reconocimiento puede ser la misma o incluso mayor. Como se ha dicho siempre “lo importante no es la cantidad sino la calidad”. Vuestra vida se balancea entre actuar para encajar y que os reconozcan, ser vosotros mismos y hacer lo que pensamos que es correcto. Por eso es tan importante saber cuándo y cómo decir ‘no’”.



D. PÓSTER 4.1. “CUATRO PASOS PARA DECIR “NO” ”

Explicad los cuatro pasos a partir del póster.



5 MINUTOS

1. DETENTE, ¿QUÉ ESTÁS HACIENDO?

Esta invitación a pararse y pensar implica hacerse preguntas para comprender lo que la otra persona quiere directa o indirectamente que hagas, dar nombre al problema o hacer un balance entre beneficios y pérdidas para nuestro “yo” que cause la decisión que tomemos (Por ejemplo, “esa conducta que tiene conmigo es maltratante”, “aunque es verdad que me encantaría quedarme con los nietos, estamos preparando la obra de teatro y si no acudo, luego no encajo con mis compañeros en la obra” o “tomar medicinas sin receta, puede ser muy malo para mi”). Una vez que te paras a pensar lo que estás haciendo y comprendes lo que los otros te están pidiendo que hagas y que crees que no es adecuado hacer, debes seguir con los siguientes pasos.

2. PIENSA SOBRE LO QUE PODRÍA PASAR

Todos somos responsables de lo que hacemos. Nosotros podemos tomar nuestras propias decisiones y somos responsables de lo que puede pasar. ¿Qué significa “decisiones”? ¿Cuáles son algunos ejemplos de las decisiones? ¿Qué puede pasar si tomamos las decisiones que hemos elegido? Explicad las decisiones y las consecuencias con relación a los siguientes puntos:

- a. Nosotros usamos nuestro poder personal para tomar decisiones.
- b. Después de cada decisión que tomamos, algo bueno o malo va a pasar.
- c. Muchas veces nuestras decisiones están basadas en lo que pensamos que va a pasar.
- d. Las decisiones nos hacen más responsables o más irresponsables.

3. DI “NO”

Algunas veces tenemos que decir “no” a personas adultas o familiares para garantizar nuestro bienestar. No siempre es fácil decir “no”.

4. BUSCA UNA ALTERNATIVA

- a) Cambia de tema. Sugiere otra actividad. ¿Qué le podrías decir a tu hijo cuando te propone traer a los nietos en un momento en que a ti no te viene bien?
- b) Comparte con alguien de confianza tu preocupación si no sabes cómo actuar.



E. JUEGO DE ROL: PRÁCTICA DE LOS CUATRO PASOS PARA DECIR “NO”



Elegid algunas situaciones de la lista propuesta (u otras que puedan resultar relevantes) y haced que los participantes representen la situación elegida, decidiendo si dicen “SÍ” o “NO” y poniendo en práctica los pasos para decir NO. Decid algo como: “Vamos a practicar ahora los pasos para decir no que hemos visto. Hay diferentes situaciones en las que puede ser más adecuado o menos adecuado decir que no. Deberéis valorarlo en cada una de ellas.”

- a. Tus hijos te piden que guardes a los nietos y te coincide con esa hora tan importante de teatro.
- b. Tienes un día de “energía baja” y uno de tus hijos te pide que le prepares una tortilla para llevarse a casa.
- c. Tu hijo te pide que quedes viendo la televisión mientras él se va a trabajar, tu no te puedes desplazar y realmente no quieres ver la televisión porque prefieres hacer otra actividad mientras tanto.
- d. Un extraño toca la puerta y te dice que viene de parte de alguno de tus hijos..
- e. Tus cuidadores te dicen que toca cambiarte la ropa y hay alguien que no te apetece que te vea en “pañales menores” .
- f. Tu nieto te pide dinero y consideras que no es el momento oportuno o la circunstancia adecuada para que lo reciba.
- g. Estando en una mesa familiar, alguien va a contar una intimidad tuya “como si no te fuera a importar por el hecho de ser mayor” o cuando hablan de ti como si tu no estuvieras presente.
- h. Los mayores de la asociación están recogiendo medicinas para otros mayores y quieren que les ayudes.
- i. Algunos quieren que bebas alcohol cuando hay una fiesta y a ti te sienta muy mal.
- j. Tu hija te pide que vigiles a tu nieto pequeño por la noche y tu sabes que te dormirás.
- k. Un extraño te pide que vayas con él en su coche o que le dejes dormir en tu casa.
- l. Algún amigo quiere tener sexo contigo. Te hace sentir mal si le dices que “no”.
- m. En la asociación de personas mayores te han pedido que prepares cuatro ensaimadas grandes. Tu les has explicado que ya no tienes energía, pero insisten.

Tan pronto como el adulto mayor ha dramatizado algo que está mal, pedid a los otros miembros del grupo que digan qué es lo que deberían hacer. Pedidles que practiquen decir “no” pronunciando la palabra, cambiando de temas o con otras variaciones que se puedan inventar. Seguid las situaciones presentadas anteriormente modelando el comportamiento deseado.



F. COMUNICACIÓN NO VERBAL Y ASERTIVIDAD



Pedid a los adultos mayores que den ideas de lenguaje verbal y no verbal (lenguaje corporal) con maneras para decir “no”. Debatid maneras para decir “no” y no querer decirlo realmente, maneras de decir “no” y quererlo decir; “no asustado”, y maneras agresivas de decir no. Si alguien quisiera tocarle un sitio o de una manera que no quisieses que te tocasen, ¿Qué tipo de “no” deberías usar?

Pedid maneras asertivas de decir “no”. Decir no asertivamente es una manera de hablar por ti mismo y evitar ofender a la otra persona. Está bien añadir tus razones por no hacer algo: “No, prefiero que no se hable de ese tema”; “No, no me sentiría bien haciendo esto”, pero decid primero “no”. Un “no” asertivo habla de ti, no de ellos.

II. DEBATE: TOMA DE DECISIONES



A. DISCUSIÓN SOBRE LA TOMA DE DECISIONES

 20 MINUTOS

 10 MINUTOS

Mandad leer la hoja 4.1.

Decid algo como “En base a lo que habéis leído...” y plantead las preguntas ayudando a los adultos mayores en sus respuestas en base al texto.

1. **¿Por qué es importante tomar nuestras decisiones?**

Todas las personas tienen derecho a llevar el control sobre sus vidas, a pesar de que requieran apoyo para realizar aquellas actividades que resultan más básicas.

2. **¿Cómo fomentar en casa la toma autónoma de decisiones?**

En los últimos tiempos, la Planificación Centrada en la Persona (PCP) es una nueva manera de comprender y de trabajar con las personas que requieren apoyo. La forma de trabajar de esta metodología consiste en formar un grupo de apoyo alrededor de la persona. Este grupo, tiene que encargarse de facilitar que la persona, que vosotros podáis tomar vuestras propias elecciones y toméis las decisiones según vuestras preferencias e intereses.

Entonces, el papel de vuestro entorno es muy importante a la hora de facilitar o dificultar el fomento de vuestra participación y competencia social.

3. **Es que me cuesta expresarme, ¿no es mejor que otros tomen las decisiones en mi lugar?**

Hay que distinguir entre la capacidad para realizar una elección y la dificultad para expresarla. Mientras que la capacidad para elegir se relaciona con una serie de aptitudes psicológicas, la segunda depende de la capacidad para el lenguaje.

Si tenemos dificultades para comunicarnos, podemos utilizar un sistema alternativo o facilitador de la comunicación. Se trata de sistemas que permiten que aquellas personas que tengan dificultades para comunicarse, puedan relacionarse e interactuar con los demás, manifestando opiniones, sentimientos y puedan tomar sus propias decisiones.

La afectación de la capacidad de decisión y/o de iniciativa, es frecuente en personas que sufren un trastorno de salud mental o enfermedad de salud mental. Aquí es donde sí se puede llegar a tener la necesidad real de supervisión y de apoyo.

4. **¿Puedo o tengo que tomar decisiones sobre mi alimentación cotidiana?**

Sí. Decidir sobre la alimentación cotidiana se refiere a las decisiones sobre cuándo y qué comer en relación con las necesidades personales. Aquí podemos encontrar varias situaciones posibles. Algunos de vosotros podréis tomar la iniciativa sobre la planificación de la alimentación cotidiana; puede ser que preciséis que otra persona os pregunte y motive al respecto antes de que toméis la decisión; o bien por X o Y razones, que no mostréis interés o motivación por ejecutar la tarea, llegando a no comer si no se os estimula. En cualquier caso, es importante procurar tanto la decisión como la ejecución autónoma de la actividad. Aunque otros puedan comer en 15 minutos y alguno de vosotros requiera 2 horas; ¡SIEMPRE ES MEJOR HACERLO POR VOSOTROS MISMOS!

5. ¿Y sobre mi higiene personal; tengo siempre también que decidir?

Sí. En este caso, esta toma de decisiones comprende las decisiones tales como reconocer la necesidad de higiene y decidir sobre el desarrollo de la tarea de acuerdo con las preferencias personales de cada uno.

En cualquier caso, es importante tener en cuenta que los buenos hábitos de higiene son esenciales en el cuidado de la salud. Es importante crear una rutina diaria y tener claros cuáles son los hábitos que debemos emplear en cada momento. ¡ES MUY IMPORTANTE QUE ADAPTÉIS O PIDÁIS ADAPTAR VUESTRO ENTORNO DE MANERA QUE PODÁIS HACERLO SOLOS! Antes de realizar cualquier tipo de acción por “no saber como hacerlo ahora que tengo el problema X, tratad de consultar y/o de debatir en familia “qué habilidad no usada hasta el momento podría usar, o qué instrumento podría usar que no he requerido hasta ahora”.

6. Ya no puedo salir solo; la calle no es lo que era antes y ahora ya no se circular sin apoyo

Sí puedes salir si sabes cómo. Planificar los desplazamientos fuera del hogar se corresponde a la acción de determinar la necesidad o el deseo de efectuar un desplazamiento fuera del hogar, de seleccionar el itinerario y los medios de transporte más adecuados para poder conseguir un objetivo, el cual ha sido establecido por vosotros mismos antes de llevar a cabo esa salida.

El “doctor google” lo sabe todo. Esta actividad puede ser muy fácil e incluso entretenida consultando las páginas de internet en las que se encuentre la información sobre itinerarios, medios de transporte, entre dos puntos, mapas...

Sinó, los nuevos sistemas GPS para peatones, indican dónde nos encontramos, nos marcan los puntos de interés de nuestro trayecto y nos programan las rutas para hacer andando o en transporte público. ¿No sabes leer o escribir o te cuesta hacerlo? No pasa nada, estos sistemas, integrados ya en vuestros teléfonos móviles os responden también por voz como si fueran vuestros agentes. Ellos os guiarán hasta el lugar que deseáis.

7. Me da vergüenza admitirlo pero... llevo mucho tiempo sin salir, y no sabría cómo relacionarme con alguien extraño... o me da miedo relacionarme con alguien extraño, o mis familiares me dicen que no me relaciono adecuadamente con las personas del exterior

No hay mal que dure 1.000 años y a relacionarnos, como hemos visto en el programa, también se aprende. A partir de la jubilación, es posible que alguno de vosotros hayáis observado una pérdida en ese “don de gentes” que sentíamos tener con unos años menos. No es la edad, como muchos pensamos, sino la falta de práctica por lo que ¿cómo podemos ensayar si no tenemos a los desconocidos en casa? Resulta que la planificación centrada en la persona establece círculos de apoyo o círculos de relaciones sociales. Parte del proceso se centra en mejorar la red de relaciones sociales que vosotros podáis tener. La herramienta “círculo de relaciones sociales” es una metodología útil para abordar la comprensión de las habilidades sociales. Y aquí juega un papel fundamental la tecnología multimedia. Por si no lo sabíamos, mediante vídeos, imágenes, sonidos, nos permite abordar el aprendizaje de habilidades sociales y simular de manera realista, el contexto social con tal de poder aprender en el mundo virtual para luego ser mejores y más habilidosos en el mundo real.

8. **¿Gestionamos nuestro dinero? ¿Y nuestro tiempo y actividades cotidianas? “Esque yo ya no manejo el dinero... como mis hijos me lo sacan del banco, yo ya les dejo que se encarguen de él como consideren”**

No, tu debes decidir sobre el mismo. Cuando hablamos de gestionar el dinero, hablamos de aquellos trámites económicos más básicos como usar el dinero para comprar comida, hacer trueques, intercambiar bienes o ahorrar dinero. Tener el control sobre nuestros recursos económicos de manera segura es fundamental. Si en ello encontramos dificultad alguna, el grupo de apoyo puede ayudarnos a gestionar el dinero, con tal de que podamos tomar decisiones al respecto. Diferenciar entre gastos generales del hogar, decidir cuáles son necesarios para la alimentación, para ocio... Por otro lado, el disponer de vuestro tiempo y el realizar las actividades que os gustan también se convierte en una obligación para vosotros mismos. Nos referimos a potenciar vuestra capacidad para llevar a cabo actividades sencillas o complejas, considerando todos los pasos implicados en las mismas; iniciar la actividad, disponer del tiempo, del espacio, de los materiales necesarios para su realización, pautar el desarrollo y llevarla a cabo, mantenerla en marcha o completarla. Es importante además, equilibrar siempre las actividades productivas y las de ocio. Ambas son igual de importantes. Aquí, un elemento importante a considerar es el de realizar una “agenda personal” para consultar, anticipar o comprender las diferentes actividades a realizar en el día, durante la semana u otras actividades puntuales, haciendo siempre referencia al horario. ¿No te fías de tu memoria y te cuesta escribir? No pasa nada, también existen dispositivos que te permiten grabar mensajes recordatorios y ajustar la hora en la que deseáis que se reproduzcan.

9. **¿Vamos a movernos por la ciudad, y no sabemos cómo?**

Los servicios a disposición del público cuentan con el deber de adaptarse a nuestras necesidades para que todos podamos usarlos por igual. Tenéis que saber que las Administraciones Públicas deben ser las primeras en incorporar y facilitar entornos y prácticas accesibles en sus relaciones con toda la ciudadanía.

Los documentos impresos están escritos con un lenguaje simple y directo. Además, los documentos informativos más básicos deben incluir versiones adaptadas para personas con discapacidad intelectual o con problemas para comprender los escritos.

Además toda la información de los textos tiene que aparecer, en los sistemas de información interactivos, de manera sonora y existir confirmación con mensajes sonoros de todas las acciones que se hayan visto activadas. Si no existen y lo requerís, ¡PEDIDLO! Recordad que sois tan ciudadanos como el que no requiere el producto de apoyo que no se encuentre disponible: todos tenemos las mismas necesidades y se deben ver igualmente cubiertas. Pensad que además, haréis un favor a otra gran cantidad de personas con vuestra misma necesidad de apoyo.



B. DISCUSIÓN SOBRE LAS DECISIONES



10 MINUTOS

Nota a los formadores del grupo: el objetivo de esta sesión es enseñar a los adultos mayores que en ciertas ocasiones, la ayuda que puedan prestarnos nuestros cuidadores, sustituye funciones que podríamos hacer con mayor dificultad o tiempo. Esta sesión no está enfocada a ser una exposición exhaustiva sobre la importancia de mantener el funcionamiento autónomo en la mayor parte de las ABVD descritas con anterioridad. La información sobre esta cuestión está en las hojas **hojas 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7 y 4.8**. Dicha información es para los formadores del grupo y no debe presentarse a los adultos mayores. Léase dicha información y prepárese para cuando le hagan preguntas.

B.1. ACERCA DE: ¿QUÉ ÁREAS DE DECISIÓN SE DAN EN EL día A día? ¿QUIÉN LAS TOMA?

1. ¿Participo en la toma de decisiones sobre las diferentes ABVD?
2. ¿Por qué piensas que el cuidador las toma en tu lugar? En estas acciones, ¿podríamos tomar parte?
3. ¿Qué sucede cuando, contando con la capacidad para decidir y actuar, dejo de hacerlo porque cuento con la ayuda necesaria para que no sea necesaria mi intervención?

B.2. Dad una charla corta

Discutid las diferencias entre recibir apoyo en las decisiones y acciones de las ABVD sobre las que he perdido autonomía y recibir apoyo en las decisiones y acciones de las ABVD cuya responsabilidad propia es adoptada por mi cuidador

Enfatizad que cuando la gente del entorno nos ayuda es porque cree que lo necesitamos y, que esta ayuda innecesaria es la que acelera nuestra evolución hacia la dependencia severa y el deterioro prematuro



III. ¿QUÉ PODEMOS HACER?



5 MINUTOS

DISCUSIÓN Y DEBATE

1. ¿Qué puedes hacer si te presentan una situación en la que no querías acceder?
 - A. Irte (¿Qué es lo peor que podría pasar?)
 - B. Decírselo a alguien de confianza (¿Qué es lo peor que podría pasar?)
 - C. Decir “No” (practicar pasos para decir “no”) (¿Qué es lo peor que podría pasar?)

2. ¿Qué podría pasar si dices “sí”?
3. ¿Qué es lo peor que podría pasar? (valorar consecuencias)
4. ¿Qué podrías hacer en lugar de acceder a realizar X actuación?
 - A. Llamar a una persona de confianza
 - B. Hacer algo que te guste, como pintar, bailar, nadar, pasear...
 - C. Implicarte en ayudar a otras personas o en participar en algún grupo (deporte, boy-scout...)
 - D. Hablar sobre cómo te sientes
 - E. ¡Divertirte!



II. DEBATE: ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

 20 MINUTOS

F. DISCUSIÓN SOBRE EL ALCOHOL

 10 MINUTOS

Mandad leer la hoja 4.1.

Decid algo como “En base a lo que habéis leído...” y plantead las preguntas ayudando a las personas mayores en sus respuestas en base al texto. Destacad el punto 7 y dedicad más tiempo al debate de este punto si es necesario.

1. **¿Qué es el alcoholismo?**
El alcoholismo es una enfermedad que afecta a mucha gente. La gente que tiene esta enfermedad ha perdido el control sobre la bebida y no es capaz de dejar de beber sin ayuda. Cuando están borrachos pierden el control de sus emociones y de su conducta.
2. **¿Cómo empieza el alcoholismo?**
Los médicos no conocen todas las razones sobre por qué las personas se vuelven alcohólicas. Algunas empiezan bebiendo un poquito y terminan bebiendo muchísimo. Ciertas personas pueden beber para olvidar problemas o para calmar sus nervios, pero luego terminan necesitando el alcohol para sentirse bien. Una vez que la persona pierde el control sobre la bebida, necesita ayuda de profesionales para poder dejar de beber.
3. **¿Cuál es la cura para el alcoholismo?**
No hay una cura para el alcoholismo, la enfermedad sólo se detiene cuando se deja de beber. A las personas alcohólicas que han dejado de beber completamente se les llama “alcohólicos recuperados”. Los “alcohólicos recuperados” pueden tener vidas felices, productivas y normales.
4. **¿Puedo o tengo que tomar decisiones sobre mi alimentación cotidiana?**
No. Es importante saber que un alcohólico necesita ayuda para dejar de beber, pero no se puede forzar a nadie a pedir ayuda, aunque lo intentes con todas tus fuerzas y hagas todo lo que esté en tus manos. Es importante saber que los miembros de la familia no pueden cubrir las necesidades de un alcohólico. Un alcohólico necesita ayuda de personas formadas para tratar esta enfermedad.

5. ¿Por qué la gente bebe alcohol?

Anotad las respuestas que den las personas mayores en la pizarra y discutid las razones que dan.



G. DISCUSIÓN SOBRE LAS DROGAS



10 MINUTOS

Nota a los formadores del grupo: el objetivo de esta sesión es enseñar a las personas mayores que algunas sustancias que cambian nuestro humor se utilizan con fines médicos, pero (la automedicación) tomar drogas no prescritas por un médico, puede tener consecuencias negativas. Esta sesión no está enfocada a ser una exposición exhaustiva sobre el mal uso y abuso de las drogas. La información sobre esta cuestión está en las **hojas 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8 y 4.9**. Dicha información es para los formadores del grupo y no debe presentarse a los mayores. Léase dicha información y prepárese para cuando le hagan preguntas.

La sesión **no debe animar** a la curiosidad hacia las diferentes formas de tomar drogas ni a la experimentación con sustancias del hogar que son fáciles de obtener como **fármacos, alimentos milagrosos, etc.** Muchos mayores desconocen el efecto de estas sustancias y creen que pueden hacerles sentirse bien.

B.1. **AcERCA dE: ¿QUÉ DROGAS O FÁRMACOS CONOCES? ¿QUÉ EFECTOS TIENEN?**

1. ¿Cómo actúan estas drogas o fármacos sobre la gente?
2. ¿Por qué piensas que la gente consume drogas o fármacos sin recetar? Estos motivos, ¿Son muy diferentes de los que mencionamos cuando hablamos del alcohol?
3. ¿Qué sucede si alguien consume drogas o fármacos no recetados y se vuelve un adicto a ellas?

B.2. **Dad una charla corta**

Discutid las diferencias entre tomar fármacos bajo prescripción y las drogas legales: alcohol y tabaco. Enfatizad que cuando la gente fuma tabaco no actúa de forma diferente y, que la gente que consume drogas legales experimenta cambios en su estado de ánimo.

D

III. ¿QUÉ PODEMOS HACER?



5 MINUTOS

DISCUSIÓN Y DEBATE

1. ¿Qué puedes hacer si te ofrecen fármacos, drogas o alcohol?
 - a. Irte (¿Qué es lo peor que podría pasar?)
 - b. Decírselo a un familiar (¿Qué es lo peor que podría pasar?)
 - c. Decir “No” (practicar pasos para decir “no”) (¿Qué es lo peor que podría pasar?)
2. ¿Qué podría pasar si dices “sí”?
3. ¿Qué es lo peor que podría pasar? (valorar consecuencias)
4. ¿Qué podrías hacer en lugar de tomar drogas/alcohol?
 - a. Llamar a un amigo, a un profesional de confianza (médico, farmacéutico, TS, etc.)
 - b. Hacer algo que te guste, como pintar, bailar, coser, nadar, pasear...
 - c. Implicarte en ayudar a otras personas o en participar en algún grupo (deporte, coral, teatro...)
 - d. Soñar acerca de lo que quieres hacer y cómo quieres ser ahora
 - e. Hablar sobre cómo te sientes
 - f. ¡Divertirte!

C

V. PRÁCTICA PARA CASA



5 MINUTOS

Pedid a los adultos mayores **que acuerden con sus cuidadores una reunión familiar**. Recordadles que es importante fijar una hora. Pedid a los adultos mayores **que usen las habilidades aprendidas en las sesiones anteriores** y que hablen con sus cuidadores acerca de la necesidad de potenciar la ejecución autónoma en las ABVD y de prevenir riesgos relacionados con el consumo de fármacos no recetados y otras sustancias tóxicas o potencialmente adictivas.

Y pedidles que además completen la práctica de la casa que se encuentra en la intranet (lista de comprobación).

Nota al formador: Los adultos mayores deberán cumplimentar la lista de comprobación mediante la intranet de la página web, en el caso que esté activada esta opción. En el caso que no esté activada, o los participantes no tengan acceso a ella, los formadores deberán fotocopiar la “Lista de comprobación” que se encuentra al final de esta sesión.

CUATRO PASOS PARA DECIR "NO" (Póster 4.1.)

1. Detente,
¿Qué estás haciendo?



2. Piensa
sobre lo que podría pasar.



3. Di "NO".



4. Busca una alternativa.



INFORMACIÓN SOBRE LA AUTOMEDICACIÓN Y EL ABUSO DE SUSTANCIAS**I. LOS EFECTOS DE LA AUTOMEDICACIÓN**

A pesar de que la legislación española no permita la dispensación de medicamentos de prescripción médica, el 30% de los antibióticos dispensados en nuestro país no constan en los datos oficiales. Por otro lado, sabemos que existen fármacos destinados a síntomas menores que se pueden dispensar sin necesidad de prescripción médica.

No obstante, hay que considerar que existe la posibilidad de que se den efectos secundarios dado que ningún fármaco comercializado es totalmente inocuo. Además, se sabe que el uso inadecuado de antibióticos puede generar la aparición de resistencias, lo que constituye un grave problema de salud.

Es importante evitar el suministro de medicación sin prescripción, puesto que supone un riesgo sanitario poco controlado que en ningún caso contribuye a la educación sanitaria de la población (Simó, Fraile, Sánchez y García-Algar, 2012).

(Adaptado de “Alcohol”, Channing L. Bete Co., Inc., 1988)

Simó, S., Fraile, D., Sánchez, A. y García-Algar, O. (2012). Dispensación de medicamentos sin prescripción médica en oficinas de farmacia.

INFORMACIÓN SOBRE LOS TÓXICOS Y/O FÁRMACOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA

El abuso de drogas y/o fármacos sin receta es un problema que tiene diferentes repercusiones, dependiendo del tipo de sustancia de que se trate. Sin embargo, existen consecuencias que pueden aplicarse al consumo de drogas o fármacos sin receta en general.

En primer lugar, el consumo de tóxicos interfiere en las relaciones familiares, con los amigos y en las relaciones sociales. Además, el consumo de ciertos tóxicos puede entorpecer la visión y el juicio; incrementando el riesgo de sufrir un accidente de tráfico u otro tipo de accidente. El consumo continuado de una sustancia crea una tolerancia a ella, necesitando la persona aumentar su dosis para lograr el mismo efecto. Mezclar diferentes tóxicos puede ser especialmente peligroso, los resultados pueden ser impredecibles e incluso fatales produciendo la muerte por intoxicación aguda, ya que la suma de los efectos de diversas sustancias pueden potenciarse, produciendo una sobredosis. Las características de cada tipo de droga se detallan a continuación

1. ESTIMULANTES

¿QUÉ SON?

Son sustancias estimulantes del sistema nervioso central, que aceleran el funcionamiento habitual del cerebro, provocando un estado de activación que puede ir desde una mayor dificultad para dormir hasta un estado de hiperactividad. Son empleadas para ganar energía, mantenerse despierto, para perder peso y para contrarrestar los efectos de otras drogas.

Las drogas de esta familia incluyen:

- Anfetaminas
- Cocaína (Clorhidrato de cocaína popularmente coca, nieve, sulfato de cocaína “pasta de coca” o basuko y cocaína base crack)
- Xantinas (café, chocolate, cola)
- Nicotina
- Pastillas adelgazantes

Se comercializan en forma de pastillas o comprimidos, polvo, cristales. Se consumen por vía oral, fumada, intranasal, inhalada o inyectada.

Uso médico: La cocaína no se usa habitualmente en la actualidad, es uno de los anestésicos locales más antiguos. Las anfetaminas actualmente están indicadas para el tratamiento de la narcolepsia, hiperactividad infantil, TDAH. La cafeína se utiliza para aliviar los dolores de cabeza.

Efectos fisiológicos y psicológicos

A. FISIOLÓGICOS

- Taquicardia.
- Incremento de la tensión arterial.
- Disminuyen el apetito.
- Aumentan la atención y la actividad.
- Pueden causar dependencia.
- Infecciones diversas (hepatitis, sida, endocarditis, etc.) asociadas a las condiciones higiénico-sanitarias
- del consumo y a su impureza.
- Riesgo de infartos/hemorragias cerebrales.
- Sobredosis y muerte.
- Cardiopatía isquémica.
- Perforación del tabique nasal. Patología respiratoria.

B. PSICOLÓGICOS

- Insomnio.
- Pueden causar dependencia psicológica.
- Ansiedad o agitación.
- Trastornos psíquicos como ideas paranoides y depresión.
- Tras el consumo de cocaína se produce: euforia, aceleración mental, hiperactividad, locuacidad... que desaparece a medida que desaparecen los efectos de la droga.

2. DEPRESORES

¿QUÉ SON?

Son sustancias depresoras del sistema nervioso central. Tienen en común la capacidad para entorpecer el funcionamiento habitual del cerebro provocando efectos calmantes y reacciones de desinhibición. Son usadas para evitar tensiones y ansiedades de la vida cotidiana, para escaparse del aburrimiento, superar la timidez y contrarrestar los efectos de otras.

Las drogas de esta familia incluyen:

- Barbitúricos (secobarbital, pentobarbital, amobarbital)
- Tranquilizantes (benzodiazepinas, tales como el trankimazin, el valium, relajantes musculares, etc.).
- Fenciclidina PCP o polvo de ángel es una sustancia tranquilizante pero se encuentra en la clasificación de los alucinógenos por sus efectos.
- Hipnótico-sedantes (metacualona, dormicum...)
- Alcohol

Se comercializan en forma de pastillas o comprimidos y liquido. Se consumen por vía oral o inyectada. Uso médico, se utilizan para el tratamiento de la hipertensión, la epilepsia, el insomnio, como relajante muscular y como sedante en enfermedades físicas o mentales.

Efectos fisiológicos y psicológicos:

A. FISIOLÓGICOS

- Relajan la musculatura.
- Disminuyen la frecuencia cardiaca.
- Disminuyen la frecuencia respiratoria.
- Reducen la presión arterial.
- Efectos a dosis elevadas: Somnolencia, farfullero/balbuceo, confusión y descoordinación motora.
- Producen dependencia física y síndrome de abstinencia tras supresión brusca.
- Dificultades cognitivas y otros posibles déficits psicomotores.
- Sobredosis, coma y muerte (principalmente si se asocian a alcohol u otros depresores del SNC).
- Problemas, como cuadros de abstinencia neonatales, en los bebés de madres adictas.
- Otros síntomas similares a los de una borrachera, pero sin oler el aliento a alcohol: reflejos y reacciones lentas.

B. PSICOLÓGICOS

- Relajación y sentimiento de bienestar.
- Dificultad para asociar ideas, falta de motivación y concentración y problemas de memoria.
- Puede producir una reacción paradójica de ira y reacciones imprevisibles.
- Dependencia psicológica.

4. OPIÁCEOS

¿QUÉ SON?

Se conocen con el nombre de opiáceos a aquellas sustancias que tienen en común su emparentamiento con el opio, bien porque derivan de él como la morfina o bien porque se elaboran mediante síntesis química como la heroína. En el código penal los opiáceos se consideran drogas que causan “grave daño para la salud” y están penados tanto su consumo en público, como la elaboración, el cultivo y quien facilite su consumo. La conducción bajo su influencia está asimismo penada. Se toman “por experimentar” o “por diversión” y para olvidarse de los problemas físicos como el dolor o psíquicos.

Las drogas de esta familia incluyen:

- Opio
- Heroína (conocida como “caballo”, “jaco” en el argot callejero)
- Codeína (agonista puro)
- Morfina (potente analgésico obtenido a partir del opio)
- Metadona (agonista puro, que se utiliza en el tratamiento de los dependientes a opiáceos)
- Meperidina (agonista puro)
- Buprenorfina (agonista parcial)

Se comercializan en forma de pastillas o comprimidos, polvo (papelinas) y líquido. Se consumen por vía oral, fumada, intranasal, inhalada o inyectada.

Uso médico, se utilizan para el tratamiento del dolor agudo o crónico; alivio de la tos seca, no productiva (codeína); en la diarrea aguda y para el tratamiento de la intoxicación aguda y crónica, en programas de mantenimiento con metadona en centros especializados.

Efectos fisiológicos y psicológicos:

A. FISIOLÓGICOS

- En los primeros consumos no son raros las náuseas y los vómitos.
- Analgesia, falta de sensibilidad al dolor.
- Inhibición del apetito, anemia y adelgazamiento.
- Inhibición del deseo sexual.
- Pérdida de la menstruación.
- Estreñimiento.
- Elevada dependencia física, acompañada de un desagradable síndrome de abstinencia.
- Infecciones diversas (hepatitis, sida, endocarditis, etc.) asociados a las condiciones higiénico-sanitarias del consumo y a su impureza.
- Problemas severos, como cuadros de abstinencia neonatales, en los bebés de madres adictas.
- Otros síntomas: somnolencia, farfulleo/balbuceo, contracción pupilar, disminución de la coordinación muscular y de los reflejos.

A. PSICOLÓGICOS

- Sensación de bienestar y placer.
- Euforia.
- Alteraciones cognitivas, como problemas de memoria.
- Trastornos de ansiedad y depresión.
- Dependencia psicológica que hace que la vida del consumidor gire absolutamente en torno a la sustancia.

Adaptado de: “Cocaína”, “Drogas depresoras”, “Alucinógenos”, “Heroína”, “Inhalantes”, “Estimulantes” y “Lo que todos familiares deben saber acerca de las drogas y el abuso de las drogas”, trípticos de Channing L. Bete Co., Inc., 1988

Para mayor información, consulte: DROGAS: + INFORMACIÓN - RIESGOS, Tu Guía. Edita Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio del Interior 2001



LISTA DE COMPROBACIÓN DE REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA PARA CASA

Nombre: _____

		Sí	No
Hemos hecho una reunión familiar	Hemos acordado una hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hemos hablado sobre la toma de decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hemos hablado sobre otros temas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No hemos hecho una reunión familiar	No hemos tenido tiempo de hablar o no hemos encontrado el momento adecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hemos hablado sobre el alcohol y otras drogas en otros momentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AFRONTAMOS EL ENFADO, GESTIONAMOS CONFLICTOS Y RESOLVEMOS PROBLEMAS POR NOSOTROS MISMOS

RESUMEN

Hay otras situaciones, además de las críticas, por las que las personas se enfadan. A lo largo de nuestras vidas es normal que nos enfademos por algo que alguna persona nos haya dicho o hecho.


Para conseguir gestionar el enfado de una forma positiva y no violenta es importante que los adultos mayores aprendan a identificar las situaciones en las que se enfadan y sienten rabia, y cómo controlar ésta última. Para ello aprenderán técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas.

En esta quinta sesión se pretende enseñar a los adultos mayores a pedir ayuda, cuando la necesiten, a sus cuidadores y a otras figuras que puedan ser un apoyo. También aprenderán a buscar por sí mismos la solución a sus problemas cuando no puedan pedir ayuda.

METAS GLOBALES

- Mejorar la capacidad de los adultos mayores para afrontar el enfado de manera constructiva, aprendiendo a reconocer sus causas, cómo se manifiesta y su control
- Conseguir que los adultos mayores aprendan a pedir ayuda y a buscar soluciones a sus problemas por ellos mismos.

Objetivos	Actividades	Hojas de referencia
1. Aprender a reconocer, sentir y expresar el enfado	I. Controlar y expresar el enfado	Póster 5.1.
2. Aprender a afrontar el enfado	II. Resolver problemas	Póster 5.2. Póster 5.3. Hoja 5.1.
3. Aprender a pedir y recibir ayuda	III. Discusión: recursos para pedir y recibir ayuda	Póster 5.1. Póster 4.1.
4. Mejorar las habilidades de los adultos mayores para expresar y recibir críticas	IV. Finalización	

Estructuración de las actividades	Tipología	Duración prevista
I. Controlar y expresar el enfado	Ⓔ + Ⓔ + Ⓓ	20 minutos
II. Resolver problemas	Ⓔ + Ⓐ	15 minutos
III. Discusión: recursos para pedir y recibir ayuda	Ⓔ + Ⓓ + Ⓓ + Ⓐ	20 minutos
VI. Finalización	Ⓔ	5 minutos
Duración total de la sesión		 60 MINUTOS

Materiales para la sesión:

- Papel o pizarra
- Rotuladores

I. CONTROLAR Y EXPRESAR EL ENFADO



 20 MINUTOS

PÓSTER 5.1. “PASOS PARA RESOLVER PROBLEMAS”

 5 MINUTOS

Decid: «Controlar el enfado es una manera de resolver problemas»
«¿Quién recuerda los pasos para resolver problemas?»

PASOS PARA RESOLVER PROBLEMAS

1. Define el problema.
2. Decide qué quieres que pase.
3. Haz una lista con ideas que pueden ayudar a resolver el problema.
4. Haz una lista de lo que podría suceder (consecuencias) para cada idea.
5. De esta lista, escoge la mejor opción.
6. Resuelve el problema.
7. Mira si el problema se resolvió (si no se ha resuelto, escoge una solución o idea diferente).



A. CONTROLAR EL ENFADO

 10 MINUTOS

Decid algo como: “Algunas veces puedes estar tan enfadado que no sabes qué hacer. Hablar a la persona con la que estás disgustado puede que no sea lo mejor, en ese momento. Lo que necesitas hacer es ‘controlar’ tu enfado. Una vez que esté bajo control (y si es un buen momento), puedes usar las habilidades de conversación que hemos aprendido y expresarlo. La habilidad de controlar tu enfado sigue cinco pasos (póster 5.2.)”.

¿Qué podemos hacer para controlar el enfado?

“Si estás enfadado con alguien. ”

1. **DETENTE**

Éste puede ser el paso más importante. Cuando estás a punto de perder el control, detente. ¿Cómo sabes cuándo estás enfadado? (la voz se eleva o tiembla, la cara se pone roja, las manos tiemblan, la mandíbula se aprieta, respiras rápido, te sientes acalorado, deseas que todos te dejen solo y es muy difícil concentrarse, etc.).

2. **PIENSA EN LO QUE PUEDE PASAR SI PIERDES EL CONTROL**

Esto es lo mismo que el paso 4 de resolución de problemas (escribe las ideas de lo que podría pasar).

3. PREGÚNTATE CON QUIÉN TE SIENTES TAN DISGUSTADO

Es importante que no te enfades con la persona equivocada. Si estás disgustado con tu amigo por hacer comentarios poco agradables, no llegues a casa y lo transfieras a tu familia. Piensa que es con tu amigo con quien estás disgustado y maneja ese enfado.

4. CÁLMATE UN POCO (CUENTA HASTA 10)

¿Cómo puedes estar menos enfadado? Pedid a los adultos mayores que piensen en todas las situaciones que pueden darse. Éstas pueden incluir: contar hasta 10, hablar acerca de ello, caminar, darse un baño o ducha, leer algo divertido, escuchar música, hacer tareas, leer una revista, pensar en los momentos felices que pasan con la persona que les hizo enfadar, etc.

5. RECOMPÉNSATE POR HABERLO LOGRADO

Este paso tan divertido consiste en premiarte por controlar tu rabia. ¿Qué puedes hacer para recompensarte por manejar tu enfado de una manera positiva? (haz algo con lo que realmente disfrutes y que no cueste dinero).

Adaptado de Hawkins, et al. (1988). Seattle, Washington: Chef. *Preparing for the Drug Free Years: A Family Activity Book. Developmental Research and Programs.*



B. PÓSTER 5.3. “EXPRESAR TU ENFADO”



5 MINUTOS

Decid algo como: “Ya hemos hablado acerca de expresar los sentimientos a otros. ¿Por qué esto es tan importante? Decirle a la persona con la que te enfadaste que estás enfadado, le puede ayudar a entender tus sentimientos. Éste puede ser el primer paso para resolver problemas y también te puede hacer sentir bien. Los pasos para expresar tu enfado son similares a los que se utilizan en los mensajes ‘yo siento’ que ya conocéis”. Como se trabajó en la sesión 2 recordamos la estructura.

Dile a la otra persona:

1. Cómo te sientes.

Yo me siento _____

2. Lo que te hace sentir de esa forma.

Cuando tú _____

3. Por qué te sientes así.

Porque _____

4. Recompénsate.

II. RESOLVER PROBLEMAS



 15 MINUTOS

A. PASOS PARA LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

 5 MINUTOS

Decid: «Vamos a hablar de nuevo sobre resolver problemas. Recordad que ya aprendimos cómo resolver problemas en la sesión 3 de familias. Pero ahora hablaremos acerca de cómo resolver problemas que tengáis en casa con vuestra familia, en el club mente, con vuestros amigos o, incluso, con vosotros mismos. ¿Qué clase de problemas pensáis que podemos tener?. Lo más importante es saber cuál es el problema real. Una vez lo identificamos, podemos trabajar para resolverlo. Hay siete pasos para resolver problemas».

PASOS PARA RESOLVER PROBLEMAS

1. Define el problema.
2. Decide qué quieres que pase.
3. Haz una lista con ideas que pueden ayudar a resolver el problema.
4. Haz una lista de lo que podría suceder (consecuencias) para cada idea.
5. De esta lista, escoge la mejor opción.
6. Resuelve el problema.
7. Mira si el problema se resolvió (si no se ha resuelto, escoge una solución o idea diferente).

“Puede haber situaciones en las que tengamos que resolver problemas con otras personas, por eso es muy importante que, cuando solucionemos problemas con otros, todo el mundo pueda exponer sus ideas. Esto es más fácil si utilizamos algunas habilidades que hemos aprendido para mejorar la comunicación”:

- Nos escuchamos unos a otros.
- Respetamos los turnos de palabra.
- No juzgamos a los demás.



B. PRÁCTICA

 10 MINUTOS

Escoged una situación problemática de las que hayan ido surgiendo en las sesiones anteriores y practicad “resolver problemas” utilizando los siete pasos y las habilidades de comunicación.

1. Estás en el bar jugando a cartas con tus amigos y no recuerdas a qué hora tu hija te ha dicho que debías estar en casa.
2. Estás solo en casa y alguien que no conoces llama a la puerta.
3. Algunos compañeros del club te ofrecen probar un medicamento desconocido.
4. Obtienes un “5” en las notas de la UOM y crees que mereces una nota mejor.
5. Un familiar te habla mal y tu contestas con tono de enfado. Tu hija (cuidadora) entra en tu cuarto, te ve y se enfada.
6. Estás jugando con un familiar, pero no respeta tu turno de juego y se salta las reglas.
7. Tu hija te pide que te tomes las pastillas antes del desayuno y luego se va. Tú te acuerdas que debías ir a la farmacia porque no te quedaban más pastillas X..
8. Estás cenando con tu familia y no te gusta lo que se cocinó.
9. Estáis jugando a las cartas en el bar del barrio. En un momento de euforia rompes el reloj de tu amigo al tirarlo al suelo sin querer y éste se enfada mucho porque dice que era un objeto muy apreciado por su madre.
10. Un amigo te propone beberos un vaso de la botella de vino que hay en su cocina.
11. Estás en casa solo y, teniendo problemas de movilidad, te entran ganas de ir a la cocina que está en la otra punta de la casa porque tienes hambre pero tus hijos te han advertido de que no te levantes solo.

NOTA PARA LOS FORMADORES: EJEMPLO DE POSIBLES SOLUCIONES

1. Define el problema.	Quieres levantarte y tienes hambre pero no debes
2. Decide qué quieres que pase.	Tener comida al alcance
3. Haz una lista con ideas que pueden ayudar a resolver el problema.	Llamar por teléfono al vecino para que venga y te ayude a ir a buscar la comida a la cocina; esperar, tampoco falta tanto...
4. Haz una lista de lo que podría suceder (consecuencias) para cada idea.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si el vecino viniera a ayudarme, mis hijos se sentirían más tranquilos cuando se van al ver que evito riesgos innecesarios. 2. Si me levanto, incremento la inseguridad que sienten mis hijos al irse y dejarme un par de horas solo. 3. Si espero, tendré más hambre, aunque falte poco para que vuelvan mis hijos
5. De esta lista, escoge la mejor opción.	1
6. Resuelve el problema.	
7. Mira si el problema se resolvió (si no se ha resuelto, escoge una solución o idea diferente).	



III. DISCUSIÓN: RECURSOS PARA PEDIR Y RECIBIR AYUDA

20 MINUTOS



A. LOS CUIDADORES PUEDEN AYUDAR

Decid algo como: “Algunas veces cuando tenéis problemas necesitáis decirle a alguien lo que os pasa. Muchas veces vuestros cuidadores pueden ayudaros. Pensad en un momento, en alguna situación en la que vuestros cuidadores os ayudaron”. Conseguid que los adultos mayores compartan estas situaciones.



B. CUANDO LOS CUIDADORES NO PUEDEN AYUDAR

5 MINUTOS

Decid algo como: “Cuando tus cuidadores no están cerca, o están de mal humor por cualquier motivo, otras personas te pueden ayudar. ¿Qué clase de problemas crees que te pueden pasar? ¿A quién puedes acudir? Poned algunos ejemplos de personas que pueden ayudar”.

Tío Amigo Vecino Dueño del bar TS Centro Salud barrio Hermana Autoridad cercana	Nietos Amiga Amigos de tus hijos Amigos del bar Prima Etc.
--	---



C. RESOLVER PROBLEMAS CUANDO NO TIENES QUIEN TE AYUDE (PÓSTER 5.1.)

Decid: «Cuando nadie está alrededor para ayudarte con tus problemas, ¿Qué puedes hacer?». Presentad de nuevo los siete pasos para resolver problemas (póster 5.1.) para que ellos intenten solucionarlo hasta que aparezca alguien que les pueda ayudar.



D. EJERCICIO Y REPRESENTACIÓN (HOJA 5.1)

15 MINUTOS

«Vamos entre todos a pensar en las maneras de resolver estos problemas y manejar nuestro enfado».

Seleccionad de la lista siguiente ejemplos apropiados para el grupo. Haced que los adultos mayores representen su solución, después de haber utilizado los siete pasos para resolver los problemas y haber decidido si necesitan controlar o expresar su enfado.

1. Un adulto mayor de los ejercicios cognitivos molesta mucho a Toni. ¿Qué puede hacer Toni?
2. Juan está esperando en una fila para beber agua cuando un desconocido se le cuela dándole un empujón y bebe primero. ¿Qué puede hacer él?
3. Un compañero de Mente le pidió un libro de lectura a María, pero no se lo devolvió. Ahora ella lo necesita para prestárselo a su nieto. ¿Qué puede hacer ella?
4. Estáis jugando al parchís en el bar cuando llega un grupo de personas desconocidas y, con la excusa de que saben que habéis estado un buen rato jugando, deciden quitaros el parchís. ¿Qué podéis hacer?
5. Natalia está mirando el periódico y de pronto ve una foto suya que Amapola, la dueña del bar, le ha sacado mientras jugaba a cartas y que le avergüenza mucho. ¿Qué puede hacer Natalia?
6. Tu perro ha mordido una de tus alpargatas favoritas. ¿Qué puedes hacer?
7. En el teatro, el acomodador te ha acusado de haber hablado en voz alta durante la obra, pero realmente quien habló fue tu compañero de detrás. ¿Qué puedes hacer?
8. Acabas de llegar a casa de estar con tus compañeros de teatro y encuentras que tu nieto mayor, sin tener edad, ha abierto tus cajones y ha esparcido tu ropa por todas partes buscando su sudadera. ¿Qué puedes hacer?



IV. FINALIZACIÓN



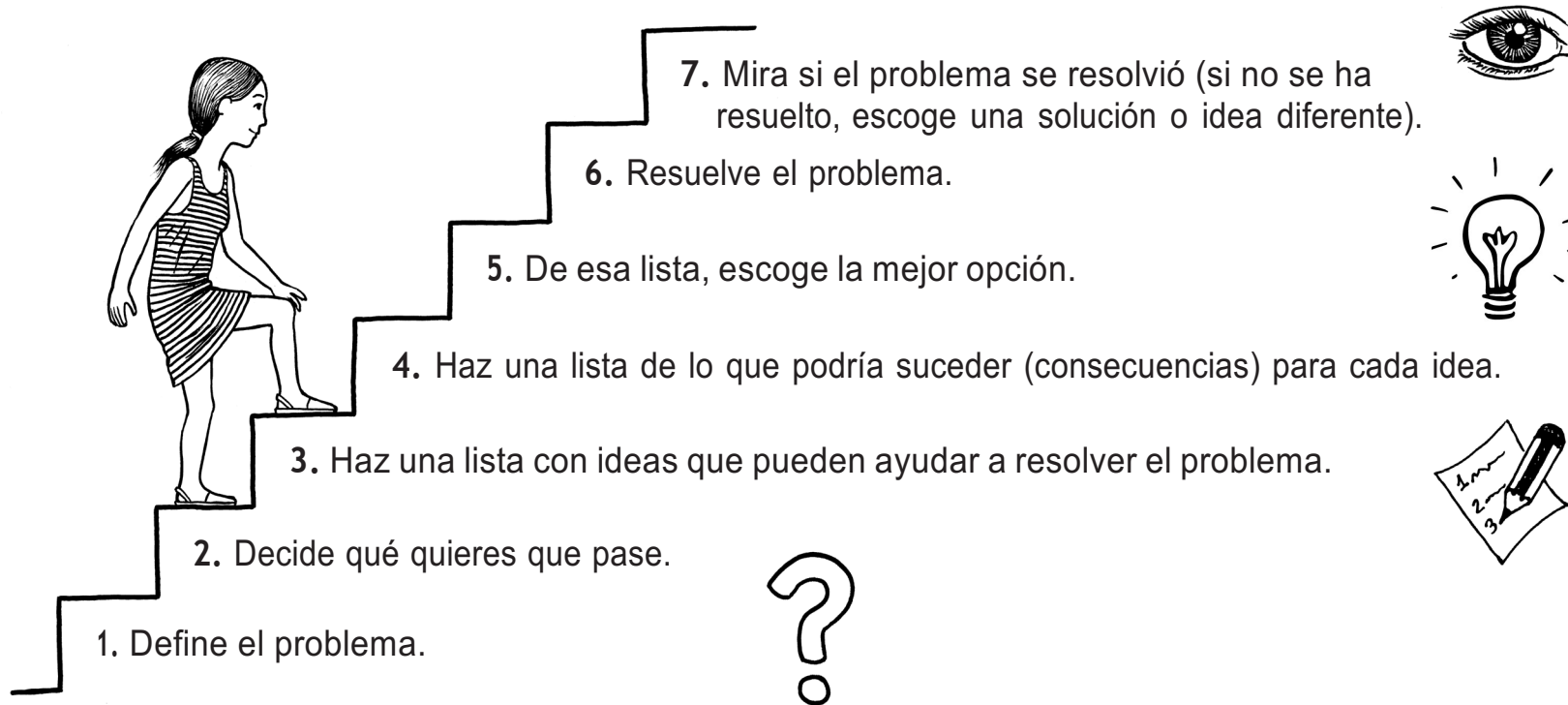
5 MINUTOS

Decid a los adultos mayores que os gustó mucho poderlos conocer, que les vais a echar de menos y que esperáis que lo que habéis compartido les ayude a crecer más felices y a sentirse mejor.

Nota al formador: Si el formador cree que un adulto mayor necesita más ayuda, deberá comunicárselo a sus cuidadores. Por ejemplo: si un adulto mayor parece que tiene un problema emocional o psicológico, comentadlo mientras sea posible, después de consultarlo con el equipo. Si el adulto mayor necesita ayuda extra para sus habilidades sociales, por ejemplo, decidid cómo hacerlo, de acuerdo con el estilo educativo familiar, sus recursos y habilidades.

Premiad a los adultos mayores con un certificado por el curso, que se les entregará en la sesión de familias.

PASOS PARA RESOLVER PROBLEMAS (Póster 5.1.)



CÓMO CONTROLAR TU ENFADO (Póster 5.2.)

Si estás enfadado con alguien...



1. Detente.



2. Piensa en lo que puede pasar si pierdes el control.



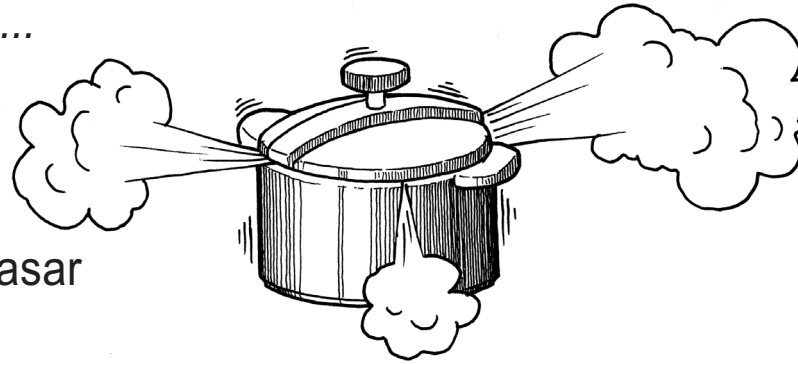
3. Pregúntate con quién te sientes tan disgustado.



4. Cálmate un poco (cuenta hasta diez).



5. Recompénsate por haberlo logrado.



EXPRESAR TU ENFADO (Póster 5.3.)

Dile a la otra persona...

1. Cómo te sientes.

Yo me siento.....

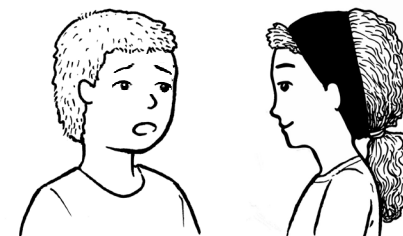
2. Lo que te hace sentir de esta forma.

Cuando tú.....

3. Por qué te sientes así.

Porque.....

Recompénsate.



A

EJERCICIO Y REPRESENTACIÓN

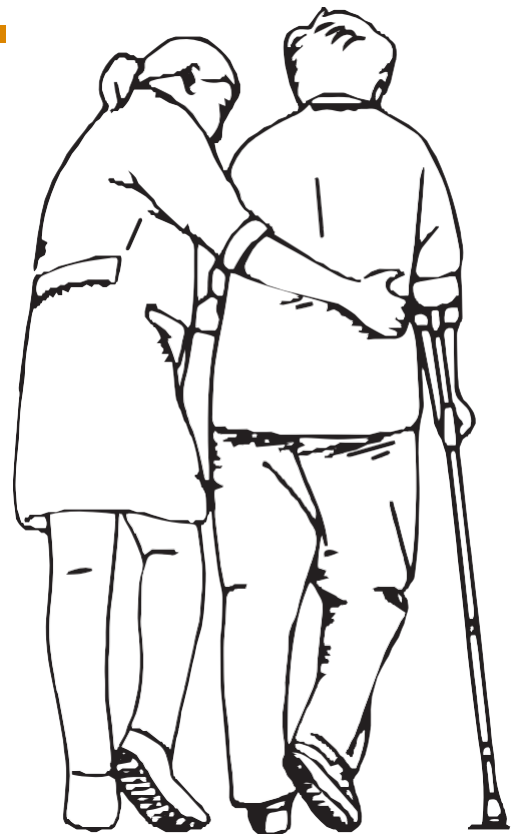
1. Un compañero de actividad cognitiva de Carolina la molesta mucho. ¿Qué puede hacer ella?
2. Juan está esperando en una fila para beber agua cuando un desconocido se le cuela dándole un empujón y bebe primero. ¿Qué puede hacer él?
3. Un compañero de teatro le pidió un libro de lectura a María pero no se lo devolvió. Ahora ella lo necesita para prestárselo a su nieto. ¿Qué puede hacer ella?
4. Estáis jugando al parchís en el centro de día cuando otro grupo, que lleva un rato esperando para jugar, os quita el tablero y se ponen a jugar ellos. ¿Qué podéis hacer?
5. Natalia está mirando periódico y de pronto ve una foto suya que Amapola, la dueña del bar le ha sacado mientras jugaba a cartas y que le avergüenza mucho. ¿Qué puede hacer Natalia?
6. Tu perro ha mordido una de tus alpargatas favoritas. ¿Qué puedes hacer?
7. El acomodador te ha acusado de haber hablado, pero realmente quien habló fue tu compañero de detrás. ¿Qué puedes hacer?
8. Acabas de llegar a casa y encuentras que tu nieto, que ya es mayor, ha abierto tus cajones y ha esparcido tu ropa por todas partes mientras buscaba su sudadera. ¿Qué puedes hacer?

PCF
AUTO

Programa de Competência Familiar
UNIVERSAL

Manual de formación para las sesiones con los cuidadores

Programa de Competencia Familiar
UNIVERSAL - AUTO



**MANUAL de FORMACIÓN
PARA LAS SESIONES
CON LOS CUIDADORES**

AUTORES:

Carmen Orte Socías (Universitat de les Illes Balears)

Lluís Ballester Brage (Universitat de les Illes Balears)

Maria de Lluç Nevot Caldentey (Universitat de les Illes Balears)

Josep Lluís Oliver Torelló (Universitat de les Illes Balears)

Belén Pascual Barrio (Universitat de les Illes Balears)

Marga Vives Barceló (Universitat de les Illes Balears)

Joan Amer Fernández (Universitat de les Illes Balears)

Maria Antònia Gomila Grau (Universitat de les Illes Balears)

Rosario Pozo Gordaliza (Universitat de les Illes Balears)

Miren Fernández de Álava (Universitat de les Illes Balears)

Victòria Quesada Serra (Universitat de les Illes Balears)

María Valero de Vicente (Universitat de les Illes Balears)

Lydia Sánchez Prieto (Universitat de les Illes Balears)

Carmen López-Esteva (Universitat de les Illes Balears)

COLABORADORES:

Albert Cabellos Vidal (Universitat de les Illes Balears)

Il·lustrador: Pau Oliver García-Delgado

Diseño de las portadas: Lluís Vidaña Lladó y Albert Cabellos Vidal

Diseño y maquetación: Lluís Vidaña Lladó y Albert Cabellos Vidal

ISBN: 978-84-8384-367-3

DL: PM 1528-2017

Nota: Para facilitar la lectura, se evita el uso continuado de la duplicidad de género (formador/ formadora). Así, cada vez que se menciona formador, etc. se entiende que se hace referencia a ambos sin que eso implique ningún tipo de consideración discriminatoria ni valoración peyorativa.

ESQUEMA DE INTERPRETACIÓN DE LA ICONOGRAFÍA



SESIÓN 0	9
Qué es el PCF-U y por qué sois importantes	
SESIÓN 1	26
Comunicarnos en familia y ponernos en el lugar del otro	
SESIÓN 2	42
Reforzamos conductas positivas e ignoramos conductas negativas	
SESIÓN 3	58
Realizamos peticiones de manera eficaz y generamos cambios	
SESIÓN 4	80
Prevenimos la pérdida de autonomía	
SESIÓN 5	92
Mantenemos el funcionamiento autónomo en el tiempo	

QUÉ ES EL PCF-U AUTO Y POR QUÉ SOIS IMPORTANTES

RESUMEN

En esta sesión se pretende que los participantes del programa se conozcan entre sí, de manera que el dominio y la aceptación de las normas del grupo permitan crear un ambiente de seguridad y de confianza. En el desarrollo de esta sesión se presenta el programa con el fin de que el grupo pueda entender los objetivos y las metas de éste, así como la estructura del mismo, las sesiones a desarrollar, sus características, su metodología, el tipo de actividades a llevar a cabo, etc.


Asimismo, se plantea y se discute la teoría del aprendizaje, con el fin de que los cuidadores sepan y comprendan que la conducta se aprende y que sean conscientes de las conductas positivas de sus familiares en situación de dependencia.

METAS GLOBALES

- Crear un buen clima de grupo.
- Concienciar a los cuidadores de que las conductas se aprenden, y de la importancia de conocer maneras efectivas de potenciar aquellas conductas positivas de sus familiares en situación de dependencia y, sobre todo, aquellas que fomenten su autonomía.

Objetivos	Actividades	Hojas de referencia
1. Conocer las metas y el funcionamiento del programa	I. Orientación general	
2. Conseguir que las personas del grupo se conozcan entre sí	II. Presentaciones	
3. Conocer el esquema, la metodología, el horario y el funcionamiento de las sesiones	III. Resumen general de las sesiones	Hoja 0.0.
4. Conseguir un compromiso de asistencia y una conciencia de los problemas de no asistir	IV. Importancia de asistir a las sesiones	Hoja 0.1. Hoja 0.2.
5. Crear sentimiento de grupo	V. Actividades para integrar el grupo	Hoja 0.3.
6. Conocer la forma de cómo se aprende	VI. Cómo aprendemos	Hoja 0.4.
7. Afianzar y generalizar los aprendizajes de la sesión	VII. Práctica para casa	Hoja 0.5. Hoja 0.6. Hoja 0.7. Lista de comprobación

SESIÓN 0

Estructuración de las actividades	Tipología	Duración prevista
I. Orientación general	<input type="radio"/>	5 minutos
II. Presentaciones	<input type="radio"/>	10 minutos
III. Resumen general de las sesiones	<input type="radio"/>	10 minutos
IV. Importancia de asistir a las sesiones	<input type="radio"/>	5 minutos
V. Actividades para integrar el grupo	<input type="radio"/>	15 minutos
VI. Cómo aprendemos	<input type="radio"/>	10 minutos
VII. Práctica para casa	<input type="radio"/>	5 minutos
Duración total de la sesión		 60 MINUTOS

Materiales para la sesión:

- Hoja de consentimiento (I)
- Hoja con las fechas de las sesiones (II)
- Hoja de asistencia (II)
- Tarjetas con los nombres de los participantes (II)
- Caramelos (II)
- Recipiente para los caramelos (II)

**I. ORIENTACIÓN GENERAL****5 MINUTOS**

El primer día hay que **hacer un grupo amplio, reuniendo a todos los miembros de las familias participantes**, para explicarles el funcionamiento de la totalidad del programa -una sesión a la semana durante cinco semanas, unas dos horas y media por sesión-. El formador debe felicitar a los participantes por su compromiso para querer ser mejores familias. En este momento también se pueden dar aquellas informaciones generales que sean necesarias.

Comentad la confidencialidad de las sesiones (preparad esta cuestión con el manual de implementación) y pasad la hoja de consentimiento.

El grupo de cuidadores y el grupo de adultos mayores se separan. Empiezan las dinámicas en ambos grupos.

**II. PRESENTACIONES****10 MINUTOS**

A medida que los participantes entran en el grupo, deben coger una tarjeta con su nombre.

Pasad la hoja de asistencia para que todos los miembros del grupo la firmen.

Ejercicio de grupo: “El juego de los caramelos”

El formador pasa un cuenco con caramelos pequeños a cada miembro del grupo y dice: “Cuando os llegue el cuenco, me gustaría que cogierais los caramelos que queráis, sin comerlos”. Después de haber completado la ronda, los miembros del grupo (incluido el formador) dirán, por turnos, tantas cosas sobre sí mismos como número de caramelos hayan cogido. Así, si una persona ha cogido un caramelo sólo dirá una cosa sobre sí misma, por ejemplo, su apellido. Hay que lograr que las personas del grupo se sientan cómodas, y compartan la información que deseen (por ejemplo: color favorito, lugar de nacimiento, etc.).



III. RESUMEN GENERAL DE LAS SESIONES



10 MINUTOS

Repasad con los miembros del grupo la hoja informativa (hoja 0.0) que contiene el esquema global del programa. Hablad con el grupo sobre el horario del programa. Repasad, brevemente, el esquema global del programa y las fechas de las sesiones. Responded a las preguntas que surjan.



IV. IMPORTANCIA DE ASISTIR A LAS SESIONES



5 MINUTOS

A. EXPLICACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA REGULAR A LAS SESIONES

Decid: «La asistencia a cada una de las sesiones del programa es muy importante. Lo que se aprende en una sesión, se utiliza en la siguiente sesión. Así pues, si se falta a una sesión se recuperará».

En el caso de que el programa forme parte de un proyecto de investigación, explicad: “Debido a que este programa es parte de un proyecto de investigación muy importante, es fundamental asistir a todas las sesiones del programa, sin faltar a ninguna. Si por alguna razón, como una enfermedad o una emergencia, no podéis asistir a alguna sesión, por favor, avisad al coordinador del programa con antelación para explicárselo”.

B. EXPLICACIÓN DE LOS POSIBLES OBSTÁCULOS PARA ASISTIR A LAS SESIONES

Decid: «Para facilitar la asistencia a todas las sesiones del programa, es importante que nos digáis si creéis que podéis tener algún problema que os lo impida» (dad ejemplos: cuidado de los niños pequeños, transporte, hora del día, vacaciones, etc.). Preguntad a los miembros del grupo si creen que pueden tener alguno de estos problemas. Ayudad al grupo a pensar soluciones (por ejemplo, guardería para el cuidado de los niños pequeños). Si no pueden conseguir ninguna solución, hay que decirles que trataremos de encontrarla, una vez que hablemos con los directores del proyecto.

C. EXPLICACIÓN DE LOS INCENTIVOS POR LA ASISTENCIA A LAS SESIONES

Comentad con el grupo las recompensas que se proporcionarán por la asistencia a las sesiones y por la realización del programa completo. Para tener **ideas sobre el uso de recompensas**, remitirse al protocolo de incentivos inserto en el manual de implementación.

D. EXPLICACIÓN DE LAS FASES DEL PROGRAMA

Para explicar las dos fases del programa, consultad las hojas 0.1 y 0.2.



V. ACTIVIDADES PARA INTEGRAR EL GRUPO



15 MINUTOS

Es importante crear el sentimiento de que el grupo es valioso para las personas que lo forman y de que es un lugar seguro donde poder hablar honestamente de los problemas, preocupaciones e intereses.

Ejercicio de grupo: “Qué te gusta de ti mismo”

1. Decid a cada persona que apunte en la hoja “Lo que me gusta” (hoja 0.3) algo que le guste de sí mismo, del adulto mayor que participe en el programa y de su pareja, si cabe o de cualquier otro familiar que considere relevante.
2. Formad grupos de dos o tres personas y pedid que compartan esta información.
3. Pedid que compartan dicha información con el grupo.

Decid: «Esto es realmente difícil de hacer porque, generalmente, no solemos pensar en lo que nos gusta de nosotros mismos y, mucho menos, lo compartimos con los demás. Hacerlo puede resultarnos útil. Mucha gente piensa sólo en lo que no le gusta de sí mismo y no en lo que sí le gusta». Poned un ejemplo: “Cocino tartas muy buenas”. Esto servirá para facilitar la participación de los cuidadores en el ejercicio.

Preguntad: “¿A quién le gustaría ser la primera persona en decirnos algo que le gusta de sí misma?” Si no se ofrece ninguna persona voluntariamente, empezará el formador poniendo ejemplos como “soy un trabajador responsable”, “soy amable”, etc.

Id anotándolo en la pizarra siguiendo este formato:

El nombre y un aspecto positivo (o punto fuerte)		
Mi familiar (adulto mayor)	Mi pareja (o familiar conviviente)	Yo
1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____
3. _____	3. _____	3. _____

Terminad diciendo: “Lo que nos gusta de nosotros mismos o de otras personas son cualidades que hemos aprendido. Esto también vale para aquello que no nos gusta. Tanto nosotros como los más mayores podemos aprender nuevos comportamientos que sustituirán a los antiguos comportamientos y que nos ayudarán a ser el tipo de cuidadores que queremos ser y a relacionarnos positivamente con nuestros adultos mayores, así como a formar la familia que deseamos”.



VI. CÓMO APRENDAMOS



10 MINUTOS

Explicad cómo aprendemos. Pedid al grupo que consulte los contenidos sobre “El cambio de comportamiento” (hoja 0.4.).

Ejercicio de grupo: “Creencias sobre el cambio”

Objetivos: conocer, compartir y debatir las ideas que tiene el grupo sobre el cambio. Conocer las creencias de los miembros del grupo sobre el cuidado del adulto mayor.

Utilizando como guía la hoja 0.4., “¿Podemos cambiar?”, escribid en la pizarra los “Pensamientos negativos”. Iniciad una discusión grupal sobre las afirmaciones negativas que aparecen. Sugerid afirmaciones positivas, “Pensamientos positivos”, y escribidlas en la pizarra.



VII. PRÁCTICA PARA CASA



5 MINUTOS

OBSERVAR EL BUEN COMPORTAMIENTO.

Pedid a los cuidadores que:

- A. Observen y anoten las ocasiones en las que el adulto mayor dijo o hizo algo que les hizo sentir bien. Pueden ser detalles muy pequeños que a los cuidadores les gustan o que les hacen sentir bien. Deben observar y registrar las conductas positivas de los adultos mayores a la misma hora, cada día, durante varios días. Para hacerlo disponen de la hoja 1.5. Pedidles que las anotaciones sean concretas. Pueden ponerse algunos ejemplos en la pizarra: “Carmen le dice a su hijo Pedro lo bien que le queda la ropa nueva”.
- B. Lean cómo funciona el programa (hoja 0.6).
- C. Lean “Nuestro Tiempo” (hoja 1.7) antes de la sesión de la semana que viene. Éste es también un momento especial para compartir en familia. Los cuidadores pueden sumarse a la actividad que le guste al adulto mayor para realizarla conjuntamente durante 10-15 minutos.

Nota al formador: Los cuidadores deberán cumplimentar la lista de comprobación mediante la intranet de la página web, en el caso que esté activada esta opción. En el caso que no esté activada, o los participantes no tengan acceso a ella, los formadores deberán fotocopiar la “Lista de comprobación” que se encuentra al final de esta sesión.

HOJA INFORMATIVA DEL PROGRAMA

¿QUÉ PRETENDEMOS?

Esperamos contribuir al bienestar de las familias participantes y mejorar su calidad de vida. Buscamos aportar beneficios al grupo familiar en su conjunto; a cada uno de los miembros de la familia.

¿CÓMO?

- Mejorando las relaciones familiares.
- Aumentando las habilidades de fomento de autonomía.
- Mejorando el bienestar y autonomía de los mayores.
- Aumentando las habilidades sociales y el control emocional de ambos.
- Mejorando la capacidad de ayudar y de pedir ayuda.

	CUIDADORES	ADULTOS MAYORES	FAMILIAS
Sesión 0	Qué es el PCF-U y por qué sois importantes	Qué es el PCF-U y por qué sois importantes	Qué es el PCF-U y por qué sois importantes
Sesión 1	Comunicarnos en familia y ponernos en el lugar del otro	Comunicarnos en familia y ponernos en el lugar del otro	Comunicarnos en familia
Sesión 2	Reforzamos conductas positivas e ignoramos conductas negativas	Escuchamos y hablamos con asertividad: claves de la comunicación	¿Cuáles son nuestras metas y objetivos como familia?
Sesión 3	Planteamos peticiones eficaces y generamos cambios	Expresamos sentimientos y emociones, y afrontamos la crítica	Construimos un buen comportamiento planteando demandas eficaces y gestionando el enfado
Sesión 4	Prevenimos la pérdida de autonomía	Aprendemos a mantener el control sobre nuestras decisiones y a comunicarnos de manera positiva y pedir ayuda	Comunicarnos en la familia para prevenir la pérdida de autonomía
Sesión 5	Mantenemos el funcionamiento autónomo en el tiempo	Afrontamos el enfado, gestionamos conflictos y resolvemos problemas por nosotros mismos	Repasamos lo aprendido y nos graduamos

EJEMPLO DE UN HORARIO

18.00 LLEGADA DE LAS FAMILIAS Y MERIENDA TODOS JUNTOS

18.30 SESIÓN DE CUIDADORES Y SESIÓN DE ADULTOS MAYORES

19.30 SESIÓN FAMILIAR

20.30 DESPEDIDA DE LAS FAMILIAS

¡EL DÍA DE LA ÚLTIMA SESIÓN HAREMOS UNA GRAN FIESTA DE GRADUACIÓN!

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES**FASE I**

Hay dos maneras de disminuir la conducta no deseada:

- (1) Aumentar sus conductas positivas; y
- (2) Disminuir sus conductas negativas.

El objetivo de la Fase I del programa es aumentar las conductas positivas.

LO QUE PUEDE LOGRARSE A TRAVÉS DE LAS HABILIDADES DE LA FASE I

1. Podéis mostrar al adulto mayor cuáles son los comportamientos que os gustan para que pueda hacerlos más a menudo. Las consecuencias negativas (como el enfado) ante una conducta negativa solamente sirve para dar información al adulto mayor de lo que os desagrada, pero no da información sobre qué podría hacer en lugar de ello.
2. Podéis aprender a observar de cerca la conducta de vuestro familiar y prestar atención a las actividades positivas que hace. Identificaréis una serie de conductas o de actuaciones consideradas por vosotros como positivas en relación al mantenimiento del buen clima familiar y al mantenimiento de su autonomía.
3. Estas habilidades pueden ayudaros a relajaros y a divertirlos compartiendo tiempo con el adulto mayor. Esto ayudará a hacer que el tiempo que pasáis jugando juntos sea un tiempo “valioso”.
4. A medida que cuidador y adulto mayor paséis más tiempo juntos, potenciando las actuaciones que os satisfacen, ambos, probablemente, os encontraréis en mejor disposición de realizar aquellas conductas que os satisfacen mutuamente.
5. Podéis compartir con el adulto mayor, cuáles son las conductas que querríais que se dieran en mayor medida por su parte, mostrándole la conducta que pretendéis que potencie o fomente.
6. A medida que aumenten las conductas positivas en el adulto mayor, tendrá menos tiempo para llevar a cabo conductas o actuaciones que limiten el buen clima familiar o su funcionamiento autónomo que no sean de vuestro agrado.

APRENDERÉIS A:

1. Fijar vuestra atención en las conductas que os parecen positivas y que querríais potenciar en ellos. Aprenderéis dos tipos de atención positiva: (1) describir la conducta del adulto mayor (prestando atención) y (2) elogiarla o recompensarla.
2. Ignorar (no prestando atención) una mala conducta. No prestar atención a las actitudes o actuaciones que os gusten menos o que querríais que fueran diferentes en el adulto mayor; sólo debe utilizarse cuando la conducta no es dañina o destructiva. Las conductas dañinas las trataremos en la Fase II.
3. Utilizar, siempre un mismo estilo (propio) a la hora de indicar qué aspectos queremos potenciar y qué aspectos queremos reducir en relación a las actitudes y actuaciones de nuestro familiar mayor, respectivamente, a los comportamientos positivos y negativos del adulto mayor.

Las técnicas para disminuir las conductas negativas se trabajarán en la Fase II. Pero antes de empezar a aplicar dichas técnicas realizaremos unas sesiones de trabajo en habilidades de comunicación. Pondremos en práctica aquellos aspectos a tener en cuenta cuando tenéis que comunicaros con las demás personas, qué es importante a la hora de hablar y de escuchar, qué obstaculiza la comunicación y aprenderás también a mantener conversaciones familiares.

La comunicación va a ser imprescindible a la hora de pedir a familiar en situación de dependencia lo que queréis que haga y será importante que sepáis a hacerlo bien. En la Fase II seréis vosotros quienes dirigiréis el comportamiento del adulto mayor. Como en la Fase I habréis puesto en práctica las habilidades de relación para fomentar una actitud o actuación, le será más fácil, posteriormente, aceptar vuestras peticiones.

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES**FASE II**

Las habilidades de la Fase II se usan de dos maneras:

1. Facilitar la aceptación de las peticiones por parte del adulto mayor.
2. Hacer que el adulto mayor disminuya frecuencia con que ejecuta conductas de menos agrado.

Las habilidades de la Fase II no sustituyen a las que se han aprendido en la Fase I. Deberéis asegurarnos de continuar aplicando las habilidades puestas en práctica en las primeras sesiones y seguir prestando atención a las conductas positivas de vuestro familiar e ignorando las conductas negativas menos importantes.

Las habilidades de la Fase II están pensadas para aquellos comportamientos que no se modifican sólo con las habilidades aprendidas en la Fase I, aunque no funcionan sin seguir aplicando éstas.

LO QUE ME GUSTA

Cualidades que te gustan de:

EL ADULTO MAYOR: _____

FAMILIARES CONVIVIENTES: _____

TI: _____

EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

La mayor parte de lo que la gente hace se aprende. Mientras que algunos comportamientos se heredan, la mayoría de los comportamientos los aprendemos a través de nuestras relaciones con otras personas. Hacemos las cosas porque nos aportan algo que queremos. Por tanto, el comportamiento se parece un poco a una herramienta; lo usaremos si nos funciona.

En la vida, aprendemos constantemente nuevos comportamientos fruto de las relaciones. Desgraciadamente, también adquirimos comportamientos que no son tan positivos como pelear o contestar mal. Estos comportamientos pueden crearnos problemas a nosotros mismos y en nuestra relación con el entorno.

SE PUEDEN APRENDER NUEVOS COMPORTAMIENTOS

En el comportamiento se aprende. ¿Cómo afecta esto al cambio de comportamientos? Las personas mayores pueden aprender nuevos y positivos comportamientos para sustituir a los negativos. Podéis ayudar a cambiar el comportamiento de los más mayores dándoles recompensas por aprender nuevos y más apropiados comportamientos o conductas positivas.

SE PUEDE APRENDER DE OTROS

Las relaciones familiares constituyen una de las principales fuentes de aprendizaje y consolidación de los estilos de comunicación. Éstos nos llevan a automatizar conductas tanto positivas como negativas. Por encima de todo, los más mayores, quieren ser reconocidos y sentirse útiles. Descubriremos, trabajando en grupo, que podemos ayudar a otros a cambiar el comportamiento de los mismos. Parte del poder del grupo es la oportunidad de conocer gente que tiene ideas y soluciones que nos pueden ayudar. Podremos descubrir que vuestras experiencias también ayudan a otros.

¿PODEMOS CAMBIAR?

PENSAMIENTOS NEGATIVOS	PENSAMIENTOS POSITIVOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. “No es posible cambiar. Así soy y así seré”. 2. Si no sabes por qué haces lo que haces, nunca cambiarás. 3. Hay que ser muy inteligente o ser psicólogo para poder ayudar a cambiar a los demás. 4. Hay que hacer un gran esfuerzo para poder cambiar. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Puedo cambiar si sé cómo. 2. No siempre se necesita saber por qué nos comportamos de una determinada manera. Todo lo que se necesita saber es CÓMO CAMBIAR Y HACERLO. 3. Las personas podemos APRENDER FORMAS DE AYUDAR A LOS DEMÁS. 4. Incluso los pequeños cambios pueden ayudar mucho.

BUENOS COMPORTAMIENTOS DEL ADULTO MAYOR QUE NOS GUSTARON

Identificad los comportamientos que os gustan del adulto mayor con el que convivís. Algunos ejemplos de buenos comportamientos son: ayudar en las labores del hogar en las que su situación de dependencia les permita colaborar, desenvolverse en las ABVD de manera autónoma -aunque requiera mayor esfuerzo-, entre otras.

DÍA

Día 1

Día 2

Día 3

Día 4

Día 5

Día 6

EL PROGRAMA

A. FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA

Estáis participando en un programa activo de formación de habilidades de refuerzo familiar. En grupos familiares, vosotros, como cuidadores, y vuestros adultos mayores practicaréis nuevas habilidades después de que los formadores os enseñen cómo hacerlo.

Aprenderéis nuevas habilidades para hacer que el tiempo juntos sea más divertido y más fácil, y para cambiar el comportamiento menos deseado en los adultos mayores. Aprenderéis cada habilidad en pequeños pasos. Aprenderéis y practicaréis habilidades durante todo el programa.

B. DESCRIPCIÓN DEL FORMATO DEL PROGRAMA

1. **Explicar.** El formador os explicará, tanto a vosotros como a los adultos mayores, cómo y cuándo utilizar la habilidad.
2. **Mostrar.** El formador os mostrará cómo utilizar la habilidad llevándola a cabo con uno de vuestros familiares mayores.
3. **Representar.** Practicaréis la habilidad con el formador, que actuará como si fuera vuestro familiar mayor.
4. **Practicar.** Practicaréis la habilidad con el adulto mayor y el formador os hará sugerencias.
5. **Practicar frente al grupo (opcional).** Practicaréis la habilidad con el adulto mayor y las demás familias os harán sugerencias.
6. **Practicar en casa.** El formador os asignará una tarea para practicar la habilidad en casa.

“NUESTRO TIEMPO”**A. PROPÓSITO**

El objetivo de “Nuestro Tiempo” es aumentar el disfrute del tiempo que pasáis con el adulto mayor; hacer que cuidadores y adultos mayores se sientan mejor unos con otros. “Nuestro Tiempo” os ayudará, también, a practicar vuestras habilidades para conseguir el contacto necesario para poder fomentar las actitudes y actuaciones que os resulten más positivas por parte de los adultos mayores. Durante la segunda sesión aprenderéis nuevas maneras de recompensar el comportamiento que queréis, especialmente a aumentar las “recompensas sociales”. Las recompensas sociales son bienes que vuestro familiar mayor quiere pero que no se compran en una tienda, por ejemplo: premiar y realizar actividades que le gustan con vosotros. “Nuestro Tiempo” es un paso hacia confiar menos en las críticas o consecuencias negativas por el comportamiento que no queréis.

B. HABILIDADES: JUGAR A “NUESTRO TIEMPO”

Pondremos en práctica cómo podéis pasar un tiempo agradable junto a vuestro familiar dependiente. Es un momento especial que él tendrá para estar con vosotros, haciendo lo que le guste hacer. Os recomendamos que paséis juntos de 10 a 15 minutos al día. Parecerá más natural si os unís a algo que vuestro adulto mayor esté haciendo o si hacéis algo juntos (como un juego de mesa, un juego de ordenador, cartas...), en lugar de solamente observarles. Durante “Nuestro Tiempo” aprenderéis maneras de prestar atención y recompensar las conductas positivas de vuestros adultos mayores. En algunas ocasiones los cuidadores no prestan suficiente atención a lo bueno que hacen los más mayores o no se dan cuenta de ello. El punto clave del juego es “SORPRENDERLOS SIENDO BUENOS”. Os enseñaremos a utilizar afirmaciones positivas específicas e indicativas de la conducta deseada. Por ejemplo, podréis decir “Oye, puedes tomarte la medicación. Aunque se que experimentas molestias, agradezco que no te quejes continuamente” en vez de simplemente “Muy bien” tras la acción. Si no decís claramente lo que os gustó vuestro adulto mayor no sabe qué os gusta. Recordad que vuestra atención es la mayor recompensa para vuestro adulto mayor y para las personas en general, de nuestro entorno.

C. REGLAS DE “NUESTRO TIEMPO”

Se trata de que prestéis atención de forma exclusiva a vuestro adulto mayor durante esos 10-15 minutos. Recompensar las conductas de juego positivas e ignorar las conductas negativas menores. Durante el juego no debéis preguntarle nada a vuestro familiar, ni darle directrices, marcarle pautas o decirle algo negativo. Al principio puede resultar difícil, pero se os ayudará a lograrlo.

LISTA DE COMPROBACIÓN DE REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA PARA CASA

Nombre: _____

	Sí	No
1. Hemos observado y anotado todos los días de la semana a la misma hora las ocasiones en las que nuestro adulto mayor nos hizo sentir bien (hoja 0.5).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hemos leído cómo funciona el programa (hoja 0.6).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hemos leído “Nuestro Tiempo” (hoja 0.7).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMUNICARNOS EN FAMILIA Y PONERNOS EN EL LUGAR DEL OTRO**RESUMEN**

La comunicación está presente en todos los momentos de nuestra vida. Podemos dejar de realizar muchas actividades, pero jamás podremos dejar de comunicarnos. Aún sin palabras, nuestros silencios y actividades están comunicando algo.

En esta primera sesión se pretende mejorar la comunicación en la familia. Para ello se proponen una serie de actividades dirigidas a que los cuidadores comprendan que muchos de los problemas de las relaciones están asociados a la falta de habilidades de comunicación y a que potencien algunas de estas habilidades básicas.

Se trata de trabajar sobre tres factores clave:

La importancia de la comunicación en la familia

Comprender la importancia de la comunicación y aprender a discriminar, a través de una serie de dinámicas, aquellas situaciones que favorecen o dificultan la misma. Igualmente se trata de aprender qué tendencias y hábitos de comunicación obstaculizan la misma.

Las habilidades para hablar

Trabajar el papel del orador y aprender las habilidades que permiten expresar los sentimientos con claridad, sin culpabilizar a los demás e intentando que haya un cambio de comportamiento desde la petición honesta y no desde el chantaje o desde la queja.

Las habilidades para escuchar

Entender que la comunicación es un proceso que se va alimentando a sí mismo. Cuando alguna persona habla, la que escucha debe saber devolverle mensajes que confirmen que está siguiendo la conversación, entendiendo lo que se le quiere decir y dejando que se exprese con libertad.


Asimismo, se introduce la empatía como un valor que ayuda a ponernos en el lugar de los otros.

METAS GLOBALES

- Mejorar las habilidades de comunicación en la familia.
- Practicar la empatía.

SESIÓN 1

Objetivos	Actividades	Hojas de referencia
1. Aumentar la comprensión de la importancia de la comunicación en la familia 2. Mejorar las habilidades para hablar, escuchar y entrenar la comunicación	I. y II. Mejorar las relaciones y las habilidades comunicativas	Póster 1.1. Póster 1.2. Póster 1.3. Hoja 1.1. Hoja 1.2.
3. Mejorar en la utilización de las habilidades expuestas	III. Práctica del grupo	Hoja 1.3.
4. Hablar sobre la capacidad para ponernos en el lugar del otro	IV. Ponerse en el lugar del otro	Hoja 1.4.
5. Practicar la empatía	V. Cerrar el círculo	
6. Afianzar y generalizar los aprendizajes de la sesión	VI. Práctica para casa	Hoja 1.5. Hoja 1.6. Lista de comprobación

Estructuración de las actividades	Tipología	Duración prevista
I. y II. Mejorar las relaciones y las habilidades comunicativas	○	20 minutos
III. Práctica del grupo	○	10 minutos
IV. Ponerse en el lugar del otro	ⓔ y ⓐ	20 minutos
V. Cerrar el círculo	ⓓ	5 minutos
VI. Práctica para casa	○	5 minutos
Duración total de la sesión		 60 MINUTOS



I Y II. MEJORAR LAS RELACIONES Y LAS HABILIDADES COMUNICATIVAS

 20 MINUTOS

A. EXPLICACIÓN DEL PROGRAMA

Explicad que esta primera sesión está dirigida a que las relaciones sean mejores utilizando habilidades de comunicación. La comunicación es muy importante porque es necesaria para que las relaciones sobrevivan y se desarrollen. Hablad, también, sobre la importancia y la utilidad de aprender a hablar por uno mismo. Hablar “por uno mismo”, o hablar de forma asertiva, favorece que los demás nos presten atención y entiendan lo que estamos diciendo.

(PÓSTER 1.1) LA COMUNICACIÓN:

1. Es muy importante en la vida y en las relaciones. Así, se desarrollan de manera más feliz y significativa.
2. Se puede aprender.
3. Permite compartir lo que conocen otras personas y en lo que pueden ayudarnos.
4. Nos permite transmitir los sentimientos, aclarar los problemas y resolverlos.

Al hablar con las demás personas de nuestros sentimientos y emociones, podemos tener más control sobre los mismos.

B. EL PAPEL DEL OYENTE Y DEL ORADOR

Explicad que para poder comunicarse y resolver problemas se necesitan dos habilidades:

- a. Saber escuchar a los demás –**papel de oyente**-.
- b. Saber expresarse –**papel de orador**-.

El papel del orador y del oyente: dar y recibir mensajes.

Para explicar los papeles del orador y del oyente se pueden usar los pósteres 1.2 y 1.3 que contienen los puntos de la hoja 1.1.

B.1. EL PAPEL DEL ORADOR (póster 1.2 y hoja 1.1)

- a. Hablad de lo que vosotros pensáis y sentís
- b. Usad mensajes “yo” para:
 - 1. Expresar vuestros sentimientos.
 - 2. Describir el comportamiento problema sin culpar a nadie.
 - 3. Expresar las razones de vuestros sentimientos.

Por ejemplo: “Me preocupó mucho (emoción) cuando no sé si te levantarás cuando vaya a trabajar (comportamiento) y temo que te haya pasado algo (efecto en el orador)”.

- c. Hablad acerca de comportamientos específicos. No generalicéis, no adivinéis los motivos y no uséis nombres para llamarlos.
- d. Si lo que decís suena a crítica, tratad de expresar eso con amor y afecto, en la forma en que vosotros creáis que ellos van a hacerlo mejor.

B.2. EL PAPEL DEL OYENTE (póster 1.3 y hoja 1.1)

Escuchad activamente para entender exactamente lo que la persona está diciendo. Poneos en el lugar de las otras personas para entender los sentimientos y otros aspectos del asunto. Tratad de poner vuestros propios sentimientos a un lado.

- a. Expresad vuestra comprensión y aceptación en vuestro tono de voz, vuestra postura y expresión facial, y mediante la repetición de los conflictos, pensamientos, deseos y sentimientos más importantes, hasta que estéis seguros de haberlo entendido todo.
- b. Aunque no estéis de acuerdo, debéis aceptar los puntos de vista de la otra persona: decidle que respetáis su punto de vista.

C. EL PAPEL DEL MODERADOR

Además del papel del oyente y del orador, explicad el papel del moderador. La persona que asuma este papel estará atenta a la conversación y:

- a. Alabará a la persona que habla o escucha cuando la comunicación muestre mejoría o tenga que ver con material emocionalmente difícil.
- b. Sugerirá frases específicas para referirse a sentimientos, para ayudar a la persona que habla o a la que escucha a tener mejor comunicación.
- c. Recordará a la persona que habla y a la que escucha que tiene que aclarar los límites de la conversación cuando ésta no se mantenga dentro de los mismos.



D. LOS OBSTÁCULOS DE LA COMUNICACIÓN

Decid a los miembros del grupo que lean y comenten en casa la hoja 1.2 sobre los obstáculos de la comunicación. La lista pretende que los cuidadores eviten determinadas formas de emitir mensajes que dificultan la comunicación y comprendan y practiquen formas positivas de decirlos, que faciliten la escucha y la comprensión de lo que están diciendo.

E. LA DEMOSTRACIÓN Y EL MODELADO

Antes de pedir a los cuidadores que inicien las habilidades de exposición y escucha, se les debe hablar acerca de éstas. Si hay dos formadores, se pueden demostrar las habilidades que se van a enseñar. Se hacen turnos para escuchar y exponer y luego se cambian los papeles. Los miembros del grupo pueden actuar como moderadores y decir si las habilidades de comunicación son adecuadas o no. Esta demostración no necesita ser larga, pero sí suficientemente clara para que los participantes entiendan lo que tienen que aprender y lo que les beneficia del programa. Algunas ideas sobre las que se puede hacer la demostración son:

- Expresar desagrado hacia un comportamiento habitual de la otra persona (por ejemplo, dejar el tubo de la pasta de dientes sin tapar).
- Reclamar a la pareja más tiempo para hacer actividades juntos.



III. PRÁCTICA DEL GRUPO



10 MINUTOS

Nota al formador: para realizar esta actividad, los cuidadores deben practicar con otra persona que no sea su pareja, si viene más de un cuidador por familia.

El formador debe dividir a los cuidadores en grupos de tres personas, evitando que coincidan miembros de una misma familia en un mismo grupo. A cada familia le será más fácil aprender y practicar como oyente y orador con una persona extraña que con su propia familia, con la que ya se han establecido modelos de comunicación.

Los formadores pueden participar y asegurarse que cada grupo tiene tres miembros. A cada miembro se le asigna el papel de orador, de oyente o de moderador para el primer ejercicio (hoja 1.3). Después los miembros jugarán el papel de cada situación durante tres o cuatro minutos. Pueden practicar ejemplos de conflicto familiar aunque no sean reales. Los miembros recibirán las demandas para cambiar de papel cada tres minutos y cada persona deberá tener la oportunidad de practicar cada uno de los tres papeles.

El formador debe asegurarse de que todos los miembros del grupo practiquen su habilidad como oradores u oyentes, y continuar con el siguiente nivel. Si el tiempo de práctica resulta insuficiente, se aconseja seguir practicando antes de seguir con el siguiente nivel de entrenamiento. El formador puede sugerir que todas las personas vuelvan a pasar por otro turno de prácticas.

IV. PONERSE EN EL LUGAR DEL OTRO



20 MINUTOS



A. INTRODUCCIÓN DE LA EMPATÍA



1 MINUTO

Decid: «En esta sesión trabajaremos ‘ponerse en el lugar del otro’. Hay una palabra que suena como simpatía y que hará nuestra discusión más sencilla. Esta palabra es ‘empatía’. Sería magia o ciencia ficción si realmente pudiésemos ver el mundo a través de los ojos de otro. Hay ventajas reales si los miembros pueden ‘leer’ los sentimientos y preocupaciones de los otros miembros y entender por qué piensan y actúan como lo hacen, aunque no compartan o aprueben esos sentimientos».



B. EJERCICIO DE DEMOSTRACIÓN DE EMPATÍA (I)

 5 MINUTOS

Decid: «Para experimentar cómo se sienten los otros miembros de la familia, llevaréis a cabo algunas situaciones que impliquen a cuidadores y adultos mayores».

Los formadores escogerán una de las situaciones de sus hojas de trabajo y hablarán sobre ella durante dos o tres minutos (hoja 1.4). El objetivo es comentar la capacidad que tenemos de ponernos en el lugar del otro.



C. EJERCICIO DE DEMOSTRACIÓN DE EMPATÍA (II)

 10 MINUTOS

Dividid el grupo en equipos de un mínimo de dos o tres cuidadores y familiares (algunos cuidadores deben asumir este papel), con un formador para cada equipo. Dad a cada grupo una situación de la misma hoja 1.4.

Pedidles que lean la situación y animadles a representarla durante unos minutos.

Decid: «El objeto de este ejercicio no es alcanzar una solución rápida, sino actuar convincentemente, para sentir lo que es estar en la piel del otro. Actuad como si estuvierais en un escenario; hablad, usad expresiones faciales, levantaros como si fuera un personaje real en esa situación en casa, sin audiencia».

Parad la representación después de tres minutos; no esperéis a que llegue el final.

Preguntadles sobre la representación:

- ¿Cómo se comportó cada personaje en la situación?
- ¿Qué actitudes corporales delataban cómo se sentía cada personaje?
- ¿Qué sentimientos expresaba cada personaje?
- ¿Qué causaba esos sentimientos?
- Para aquellos que asumieron el papel de adultos mayores, ¿Les resultó extraño desempeñar ese papel?

Si el tiempo lo permite, representad otra situación de una manera similar.



D. ACTUACIÓN PARA EL GRUPO



4 MINUTOS

Animad a los participantes que les apetezca a que se presten como voluntarios para repetir su actuación para el grupo entero. Limitad la actuación a tres/cuatro minutos. Aplaudid al final de la actuación.

Pedid que los actores pregunten al grupo:

- ¿Cómo creéis que me sentía?
- ¿Por qué creéis que me sentía de esa manera?

Aplaudid otra vez y si el tiempo lo permite repetid con otros actores.



V. CERRAR EL círculo



5 MINUTOS

Para reforzar la **práctica de la empatía**, pedid a los cuidadores que se sienten en un círculo.

- Dad las gracias a los participantes por actuar tan bien, tanto en los grandes como en los pequeños grupos.
- Preguntad a los participantes cómo se sienten en “la piel de otra persona”.



VI. PRÁCTICA PARA CASA



5 MINUTOS

El formador debe explicar que los adultos mayores han estado trabajando con el mismo material en sus sesiones, en un lenguaje que puedan entender. El formador debe explicar que a ellos, como cuidadores, les sería útil pasar más tiempo esta semana practicando, en una conversación, las habilidades de comunicación con sus adultos mayores.

Durante ese tiempo sus adultos mayores deberán llevar un registro sobre cómo se están comunicando las diferentes personas de la familia. Estos registros son los que aparecen en la hoja 2.5. Se les dice a los cuidadores que revisen el registro de los adultos mayores y que les ayuden a completar la parte en la que sus adultos mayores tienen que evaluar su propio comportamiento.

Después de haber explicado las tareas de los adultos mayores, el formador pedirá a **los cuidadores que completen para la próxima semana el registro de la hoja 1.6. y que se acuerden de leer y comentar la hoja 1.2.**

Nota al formador: Los cuidadores deberán cumplimentar la lista de comprobación mediante la intranet de la página web, en el caso que esté activada esta opción. En el caso que no esté activada, o los participantes no tengan acceso a ella, los formadores deberán fotocopiar la “Lista de comprobación” que se encuentra al final de esta sesión.

CÓMO SER UN BUEN ORADOR

1. Usad mensajes con “yo” para declarar vuestros sentimientos.
 - a. Cuando tú (conducta),
 - b. yo me sentí (emoción),
 - c. porque (consecuencia en ti).

Ejemplo: “Cuando dejas los trastos repartidos por la casa, yo me siento frustrada porque los tengo que guardar yo misma”.
2. No deis a la otra persona una lista de órdenes. Dadle las órdenes una a una.
3. Intentad aseguraros de que las demás personas escuchan (preguntadle a la persona u observad si parece interesada).
4. Sed específicos. Decid lo que queréis.
5. Sed positivos.

CÓMO SER UN BUEN OYENTE

1. Mostraos como un oyente activo.
2. Mirad a la otra persona.
3. Mostrad a la otra persona que entendéis, asintiendo con la cabeza y pareciendo interesados.
4. Formulad preguntas cuando no entendéis o necesitáis más información.
5. Repetid con vuestras propias palabras lo que la otra persona acaba de decir. Aseguraos de que se entendió lo que dijo.
6. Escuchad lo que la otra persona tiene que decir.
7. No deis consejos a menos que os pregunten.
8. Aunque no estéis de acuerdo con las demás personas, respetad sus puntos de vista.

OBSTÁCULOS DE LA COMUNICACIÓN

- a. **Culpabilizar a los demás:** el objetivo de la comunicación es resolver los problemas. Cuando culpamos a los demás, conseguimos ponernos unos contra otros y es difícil resolver problemas cuando no se está en el mismo equipo.
- b. **Cambiar de tema:** hablar de cualquier aspecto que no esté relacionado con el tema del que se empezó a hablar.
- c. **Manifestar o pensar que no servirá de nada:** “No hace falta hacer esfuerzos, esto no va a funcionar”. Pocos problemas pueden resolverse cuando una o ambas personas no están dispuestas a hablar.
- d. **Cortar las vías de comunicación:** “Si no lo podemos hacer a mi manera, olvídale”. Pocos problemas se pueden resolver cuando una persona o ninguna quiere hablar.
- e. **Sentirse indefenso:** esto ocurre cuando una persona siente que ha sido censurada o mal entendida. Podría resultar herida en sus sentimientos o terminar rápidamente la conversación.
- f. **Negar la existencia del problema:** negar que hay un problema para no tener que hablar de él. Aunque admitirlo no sería un problema para vosotros, podría serlo para algún miembro de tu familia. Con el objetivo de mejorar las relaciones familiares, hablad acerca de la situación y ayudad a la persona a resolverla.
- g. **Hacer declaraciones muy largas:** tiende a parecer que queréis molestar. Sed breves e id directamente al grano en lugar de estar dando tantos ejemplos para demostrar vuestro punto de vista.
- h. **Mostrarse arrogante:** decir o asumir que vosotros sabéis lo que piensan las demás personas, “a ti te interesa más el fútbol que nuestros problemas”.
- i. **Hablar humillando a las demás personas:** nombrar con insultos las ideas o esfuerzos de las demás personas.
- j. **Hablar con sarcasmo:** hacer comentarios ofensivos de otra persona.
- k. **Hablar utilizando términos extremos:** “Tú siempre...Tú nunca...” Siempre hay excepciones. Esto nunca deja lugar para una discusión.
- l. **Hablar por las demás personas:** es mejor dejar que las personas se expresen por sí mismas, en lugar de opinar por ellas. “A ella no le gustará esa idea de todos modos”.

SITUACIÓN 1**ORADOR**

Han llamado del Centro de Salud al que acude vuestro adulto mayor con frecuencia para informaros de que ya van tres veces que tenía cita para analítica y no ha acudido. Decides llegar a un acuerdo con tus hermanos para tartar de transmitirle la importancia de que el adulto mayor, vuestro padre, acuda a las citas que le correspondan. Igualmente, quieres discutir con él los motivos por los que no acude a las citas para analíticas, sabiendo que se encuentra en un momento delicado de salud. Como sabes que tus hermanos tienen menor flexibilidad laboral que tu, sabes también que serás tu quien se vea obligado nuevamente a salir del trabajo para llevarlo al Centro de Salud si por él mismo no acude. Esta situación te pone nervioso porque tu compañera de trabajo está de baja por permiso de maternidad y te responsabilizas de las faltas de atención que pueda sufrir tu lugar de trabajo si también faltas.

OYENTE

A pesar de que sabías que estabas faltando a las citas del médico, decides no ir porque no soportas las analíticas. Además, “si yo me siento tan bien; ¿para qué tengo que hacerme analíticas?” prefiero no tener más malas noticias. A pesar de ello, han llamado a mis hijos del Centro de Salud, y ahora quieren hablar conmigo sobre lo sucedido.

SITUACIÓN 2**ORADOR**

Después de advertir a tu padre de que no se pusiera en pie mientras estás fuera de casa, éste se ha levantado, se ha caído y se ha roto la cadera, lo que le ha supuesto la necesidad de intervención quirúrgica, un ingreso de una semana en el hospital y el tener que estar en cama con acompañamiento por un periodo mínimo de un mes.

OYENTE

Tras las advertencias continuadas de que podrías caerte si te levantas mientras tus cuidadores están fuera de casa, tu, decides levantarte para ir a la cocina a beber un vaso de agua, te caes y te rompes la cadera. Vienen tus hijos a hablar contigo sobre lo sucedido.

SITUACIÓN 3**ORADOR**

Han llamado del Centro de Salud para informarte que, conforme a los resultados de las analíticas, tu madre no se ha estado tomando la medicación X, necesaria para el mantenimiento de la salud, lo que ha causado prejuicios en sus síntomas. A partir de ahora requerirá más atenciones. Te enerva saber que su empeoramiento se ha debido a la falta de atención que ella misma se haya podido otorgar y que ello te suponga incrementar tus esfuerzos. Tienes que hablar con ella pero sabes que negará la situación.

OYENTE

Eres consciente de que no sólo no colaboras en el seguimiento de la medicación, sino que en ocasiones, la tiras al suelo mientras tus hijos están despistados. Crees que tanta medicación no es necesaria ni saludable. Vienen tus hijos para hablar sobre el tema.

SITUACIONES DE LA VIDA COTIDIANA CUIDADOR-DEPENDIENTE**Situación 1: querer seguir trabajando no estando en condiciones para hacerlo**

Tu padre, a quien se le ha reconocido el grado I a raíz de problemas de movilidad, te pide las llaves de la cochera para ir a hacer dos “arreglillos” que tiene pendientes. Tu tienes que salir fuera de la casa en ese instante. Siempre ha sido un hombre muy trabajador, ha sido autónomo en el sector de la ferretería, pero aunque se empeña en que puede hacer ciertas faenas, tu sabes que estando solo se fatiga y corre el riesgo de dañarse. No sabes como decirle que no puede ir solo.

Situación 2: salidas sin aviso previo

Estás en el trabajo y te llaman unos amigos de toda la vida del pueblo para avisarte que tu padre está con el andador por el centro, que parece algo desorientado y que quizás sea mejor que vayáis a buscarlo dado que no confían en que pueda volver solo a casa por las limitaciones de movilidad que presenta.

Situación 3: la ducha

Llega nuevamente el momento más tensionante del día: la ducha. Sabes que vas a tener que insistir una mínima de cinco veces, que tardarás unos 20 minutos en conseguir que tu madre vaya a la ducha y que no va a colaborar.

Situación 4: el azúcar

Aunque los medicos han avisado de que tu padre disminuya el consume de azúcar por los riesgos que le supone tener constantemente que ingresar por rebasar los 200 de azúcar en sangre, sabes que en casa, a escondidas, come de las galletas de limón. Cuando se lo confrontas, lo niega.

Situación 5: las compresas

Como tu madre empieza a tener problemas serios de incontinencia mientras duerme, los medicos os han recomendado que duerma con pañal o con las compresas de noche. Cada mañana, cuando vas a la habitación, no solamente no lleva el pañal sino que identificas nuevas manchas en la cama encubiertas de colonia y aromas agradables. Tu madre te dice que no necesita ese artilugio y que además, le causa irritaciones en las ingles.

Situación 6: el dinero

En casa hay ya 6 nietos, y sabes que tu padre arroja una módica cantidad de 50 euros por cada nieto cada vez que lo visitan. Ya van dos veces que, cuando vas al banco a revisar los ahorros de tu padre, ese mes no solo ha consumido íntegramente el dinero de la pension, sino que también están interviniendo sus pocos ahorros que quedan, en sus acciones de solidaridad intergeneracional.

Situación 7: los dioses que nunca están

Eres la única de los cuatro hermanos que puede estar a cargo de tu madre las 24 horas del día porque eres la única que está jubilada. Dejas de realizar gran parte de las actividades de la tercera edad que tanto te gustaban por estar con él. A pesar de ello, mientras estás con tu padre, solo alaba los detalles del pequeño, quien acude una vez por semana visitarle. Nunca ha reconocido ni puesto en valor tu esfuerzo y dedicación.

REGISTRO DE TEMAS DISCUTIDOS EN LA COMUNICACIÓN FAMILIAR

Debes contestar a las preguntas del registro, tratando de pensar en lo que percibiste durante los momentos de comunicación en la familia.

Ésta es mi percepción acerca de:

1. Los sentimientos de los que hablé.
2. Los sentimientos de los que hablaron las otras personas de mi familia.

Siento que:

3. Las personas de mi familia me comprendieron:

- Muy bien
- Bastante bien
- Bastante mal
- Muy mal

4. Como resultado de la comunicación familiar entiendo mis sentimientos y actuaciones:

- Igual que antes lo que siento y hago
- Un poco más lo que siento y hago
- Mucho más lo que siento y hago
- Muy bien lo que siento y hago

5. Como resultado de la comunicación familiar entiendo a las personas de mi familia:

- Igual que las entendía antes
- Un poco más de lo que las entendía
- Mucho más de lo que las entendía

REGISTRO DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN FAMILIAR

Vuestro adulto mayor debe señalar con una cruz aquellos miembros de la familia que son buenos en las diferentes técnicas de comunicación.

	PADRE	MADRE	HERMANO	TÚ
Cuando habla				
1. Usa mensaje de “yo me siento”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Expresa sus ideas de una en una	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Elogia a las demás personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es claro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dice lo que quiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No habla por los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. No discute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. No dice “siempre” o “nunca” si no es verdad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando escucha				
1. Está interesado y activo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acepta opiniones de las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hace preguntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No interrumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No juzga a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando modera				
1. Elogia el buen trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Da sugerencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LISTA DE COMPROBACIÓN DE REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA PARA CASA

Nombre: _____

		Sí	No
1	Hemos leído y comentado los obstáculos de la comunicación (hoja 1.2.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Hemos revisado el registro de los temas discutidos en la comunicación familiar realizado por nuestro adulto mayor (hoja 1.1. de la guía de adultos, copia en la guía de cuidadores hoja 1.5.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Hemos ayudado a nuestro adulto mayor a completar la parte en la que debía evaluar su propio comportamiento (hoja 1.1. de la guía de adultos, copia en la guía de cuidadores hoja 1.5.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Hemos registrado las habilidades de comunicación familiar (hoja 1.6. de la guía de cuidadores).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA COMUNICACIÓN:

1. Es muy importante en la vida y en las relaciones.
2. Se puede aprender.
3. Permite compartir y entendernos para ayudarnos.
4. Permite transmitir los sentimientos y aclarar y resolver los problemas.
5. Permite tener más control de nuestros sentimientos.

EL BUEN ORADOR:

1. Habla en primera persona (“yo”) para expresar sus sentimientos.
2. Da órdenes de una en una.
3. Se asegura de que le escuchan.
4. Se expresa claramente.
5. Es positivo.

EL BUEN OYENTE:

1. Escucha activamente.
2. Mira a la otra persona.
3. Muestra interés.
4. Hace preguntas cuando no entiende o necesita información.
5. Se asegura de que le entiendan.
6. No da consejos sin que le pregunten.
7. Respeta los distintos puntos de vista.

REFORZAMOS CONDUCTAS POSITIVAS E IGNORAMOS CONDUCTAS NEGATIVAS**RESUMEN**

En esta segunda sesión se pretende que los cuidadores adquieran la habilidad para reforzar las conductas positivas de sus adultos mayores, con el uso de las recompensas. Se realizan actividades que explican qué son las recompensas y la forma de aplicarlas. Se trata de conocer las características más significativas de las recompensas, los aspectos que hay que tener en cuenta a la hora de administrarlas y el modo de hacerlo. Así pues, esta sesión es importante para mejorar la relación educativa y afectiva entre los cuidadores y sus adultos mayores.

Esta sesión pretende trabajar sobre tres factores clave:

Las recompensas

Negociar con los adultos mayores aquellas recompensas que se consideran más aceptables, incluyendo las recompensas sociales, los privilegios y las recompensas materiales.


Las conductas que pueden y deben ignorarse

Retirar la atención de aquellas conductas poco relevantes o potencialmente conflictivas. Definir bien dichas conductas.

METAS GLOBALES

- Reforzar la habilidad de los cuidadores para recompensar las conductas positivas de sus familiares.
- Mejorar la habilidad de los cuidadores para utilizar la atención diferencial cuando tratan de corregir el comportamiento de sus adultos mayores.

Objetivos	Actividades	Hojas de referencia
1. Aprender a recompensar correctamente las conductas positivas de sus adultos mayores 2. Aprender a ignorar las conductas negativas	I. y II. Prestar atención e ignorar	Póster 2.1. Hoja 2.1. Hoja 2.2.
3. Aprender a utilizar las recompensas en las conductas positivas de sus adultos mayores	III. Recompensas	Hoja 2.3. Póster 2.2. Hoja 2.4. Póster 2.3.
4. Afianzar y generalizar los aprendizajes de la sesión	IV. Práctica para casa	Hoja 2.5. Hoja 2.6. Lista de comprobación

Estructuración de las actividades	Tipología	Duración prevista
I. y II. Prestar atención e ignorar	Ⓔ y Ⓐ	30 minutos
III. Recompensas	Ⓔ y Ⓐ	25 minutos
IV. Práctica para casa	○	5 minutos
Duración total de la sesión		 60 MINUTOS

I. Y II. PRESTAR ATENCIÓN E IGNORAR

 30 MINUTOS



A. EXPLICACIÓN DE “PRESTAR ATENCIÓN E IGNORAR”

 10 MINUTOS

1. RECOMPENSAR EL COMPORTAMIENTO ACEPTABLE

Recomendad revisar las hojas sobre una buena comunicación (hojas 1.1 y 1.2 de la sesión 1).

Explicad cómo recompensar (Póster 2.1 “Aprender a recompensar”):

- a. **Recompensad de inmediato:** cuanto más se tarde en recompensarlo, significará menos para vuestro adulto mayor.
- b. **Decid lo que os gusta:** aseguraos de que vuestro adulto mayor sepa cuál es el comportamiento que estáis recompensando.
- c. **Sed consistentes:** cuando se empieza a recompensar un comportamiento lo debéis recompensar cada vez que éste se produce.
- d. **Reducid las recompensas:** una vez que el comportamiento sea frecuente, empezad a reducir las recompensas.
- e. **Sed naturales:** debéis ser naturales y sinceros en vuestras recompensas. No debe sonar a falso.
- f. **Recompensad:** aseguraos de que las recompensas sean algo que a vuestro familiar le gusta (regalar unas alpargatas nuevas puede significar mucho menos que un abrazo).

2. IGNORAR LAS ACCIONES MENOS POSITIVAS

Tened presente la hoja sobre comportamientos discutidos de la sesión anterior (hoja 1.5 de la sesión 1). Será necesario enseñar la habilidad de ignorar en las fases iniciales del programa (podéis recordarlas con las hojas 0.1. y 0.2.). Si algún cuidador comunica que su adulto mayor presenta acciones o conductas menos positivas, se le puede decir que la habilidad de ignorar se enseña en las fases iniciales de este programa.

Aprender a ignorar

Ignorar es una forma de disminuir las acciones que menos valoramos positivamente de vuestro adulto mayor y es más eficaz a la hora de producir cambios, que la aplicación de consecuencias negativas a una acción, como pueden ser la expresión de enfado o la queja. El comportamiento inaceptable normalmente disminuye cuando vuestro adulto mayor no recibe recompensas por éste. Muchos cuidadores comprenden la razón de ignorar algunos comportamientos de sus adultos mayores, pero informan de que lo han probado y no funciona. Por esta razón, hemos desarrollado una serie de habilidades que pueden hacer que funcione:

- a. Mide la atención dada ante acciones menos positivas.
Desgraciadamente, a menudo, cuando cualquier miembro de la familia tiene una conducta o acción no deseada es muy difícil ignorarlo. De cualquier manera, los cuidadores a menudo premian

esas malas conductas con una breve sonrisa o expresando enfado. Por esta razón, los cuidadores deben “dar la espalda” a los contenidos de los mensajes expresados en ese momento por, en este caso, el adulto mayor. Como se transmite en este programa, sabemos que las personas, en general, buscamos conseguir, mediante nuestras actuaciones, la atención de las personas de nuestro entorno. Entonces, ignorando aquellas menos positivas, conseguiremos no premiarlas, ni con atención positiva ni con atención negativa, y reducir la probabilidad de que vuelvan a suceder.

b. Reduce los comentarios al respecto.

Esto puede ser duro, sobre todo, si estamos acostumbrados a reaccionar de un modo determinado (expresando enfado, discutiendo, quejándonos...) ante las acciones que se dan en la interacción cuidador-dependiente. Hay que procurar reducir en la medida de lo posible los comentarios dados frente a las acciones no deseadas, como manera de restarles el “protagonismo histórico” que han tenido. Es posible que en el seno de ciertas relaciones, la otra persona, en su caso, el adulto mayor, incremente el volumen de respuestas menos positivas ante la “nueva reacción” mostrada por el cuidador. En estos casos, es importante mantenerse firme, y como máximo, explicar a la otra persona que, en estas circunstancias, a partir de ahora, ya no vamos a atender como se había estado haciendo hasta el momento. NO habléis con él una vez que ya hayáis comenzado a ignorar. No le expliquéis por qué lo estáis ignorando hasta que el mal comportamiento se detenga; de lo contrario estaréis premiando su comportamiento al prestarle atención. Podéis decir algo como: “Pepe no te voy a hacer caso cuando hagas las cosas de modo X. Eso significa que si haces X cosas me voy a dar la vuelta y no te voy a decir nada, hasta que dejes de hacerlo”. Así el cuidador muestra a su adulto mayor la habilidad de ignorar.

OJO: NO APLICABLE EN DEMENCIAS O INICIOS DE DETERIORO COGNITIVO

3. EXPLOSIÓN DE MALA CONDUCTA



5 MINUTOS

Frente una explosión de la mala conducta, sabed que este mal comportamiento es temporal. Mantened vuestro plan, ignoradlo (hoja 2.1).



B. EJERCICIO POR PAREJAS



15 MINUTOS

Pedid a los miembros del grupo que, en parejas, completen la hoja 2.2. El formador del grupo guiará la decisión de los comportamientos hacia los más apropiados, de acuerdo con la habilidad de prestar atención e ignorar, ayudando a los cuidadores a pensar sobre el proceso y el resultado de cada estrategia. No se debe utilizar la habilidad de “prestar atención e ignorar” para comportamientos que necesitan otras actuaciones o límites más restrictivos, como por ejemplo en situaciones de agresión. Este aspecto se trabajará en la siguiente sesión.

III. RECOMPENSAS

 25 MINUTOS



A. CHARLA SOBRE RECOMPENSAS (I)

 5 MINUTOS

“Los programas comportamentales son una de las formas más efectivas para cambiar la conducta. Hay una razón muy sencilla para esto: Las personas, en general, nos esforzamos por conseguir el afecto, la atención, los regalos, etc. Por otra parte, las personas evitamos o cambiamos las conductas de las que obtenemos resultados negativos o menos positivos, como por ejemplo, cuando obtenemos un castigo, ser ignorado, un trabajo extra, etc.

Lo que le gusta a la gente y que tratan de conseguir se llaman recompensas. Comentemos maneras en las que a nosotros, los adultos, nos recompensan en el trabajo, en el hogar o en nuestras relaciones. Por ejemplo: “me gusta que mi jefe me alabe cuando hago bien mi trabajo” (los formadores dan un ejemplo personal). Pedid a los cuidadores que pongan ejemplos personales.

Las recompensas son una de las maneras más importantes que tenéis para controlar lo que las personas mayores, en su caso, hacen. Se utilizan para que el comportamiento que consideréis más positivo y se mantenga sea más frecuente. El comportamiento ocurrirá más a menudo si realizándolo pueden conseguir cosas con las que disfrutan. Por ejemplo, una persona mayor puede estar dispuesta a dedicar más esfuerzo por comer de manera autónoma, no quitarse el pañal, no levantarse cuando no estáis, si consigue resultados positivos, como pueda ser, el reconocimiento de quien esté cerca o el poder compartir actividades con vosotros. Esto por supuesto funciona solamente si le gusta realizar alguna actividad en concreto con vosotros. Hay que asegurarse, por tanto, de que la recompensa consista en algo que le gusta a quien la recibe. Todos somos diferentes y las recompensas que podéis utilizar pueden ser diferentes para cada adulto mayor. Lo que le gusta a un adulto mayor, quizás no le gusta al otro en absoluto.

En resumen, una recompensa es cualquier cosa que mantiene, refuerza o aumenta el buen comportamiento. Algunas frases simples para dar recompensas están en la hoja 2.3”.



 10 MINUTOS

B. EJERCICIO EN GRUPO: “EL PODER DE LAS RECOMPENSAS”

Explicad a las personas del grupo que van a realizar un ejercicio para demostrar cómo la recompensa puede cambiar el comportamiento de las personas.

Instrucciones:

1. Solicita un voluntario que esté dispuesto a contar una historia sobre una experiencia que haya tenido.
2. Pídele al voluntario que salga de la sala y se prepare para contar una historia (indica que la historia sea breve y clara).
3. Instruye, por una parte, a los miembros del grupo de su izquierda a sonreír y mostrar interés en la historia y pídele, por otra parte, a los de su derecha que eviten mirarle a los ojos, sonreír o mostrar interés.
4. Todo el grupo observará si el que cuenta la historia mira a la izquierda o a la derecha.
5. Solicita al que cuenta la historia que entre y empiece a contarla.
6. Cuando termine la historia, explica al que la contó lo que se le pidió hacer al grupo. ¿Qué sucedió? ¿Las recompensas de sonreír y prestar atención dirigieron la atención hacia el lado izquierdo? ¿Qué pensó esa persona de lo que estaba sucediendo?
7. Pídele al que contó la historia que comente lo que sintió cuando una parte del grupo estaba dando una respuesta positiva y la otra no.
8. Concluye el ejercicio resumiendo cómo la recompensa puede cambiar el comportamiento de las personas.

**C. CHARLA SOBRE RECOMPENSAS (II)****10 MINUTOS**

Explica que la recompensa de los cuidadores a sus adultos mayores por las conductas más positivas es una manera de demostrarles amor. Lo esencial es que la recompensa se dé **INMEDIATAMENTE DESPUÉS** del buen comportamiento y que sea proporcional a la dificultad del mismo.

Recuerde a los cuidadores que (Póster 2.2):

- Den una recompensa tras la aparición de una conducta positiva (para la familia o que promueva su autonomía).
- Reserva algún tipo de recompensa para cuando, concretamente, se den este tipo de situaciones.
- Una recompensa aumentará, reforzará o mantendrá las acciones positivas que quieren.
- No es dar la recompensa como incentivo para el comportamiento, sino que debemos esperar a que se dé la conducta positiva, para posteriormente, proporcionar la recompensa.

¿Qué respuesta debe dar el formador si los cuidadores dicen que esto es chantaje?

Algunos argumentos pueden ser:

CHANTAJEAR:

- Es ilegal
- No es ético (una recompensa por hacer algo ilegal)

RECOMPENSAR:

- Es un evento natural
- Sigue a una conducta positiva
- No se proporciona si el adulto mayor no efectúa la conducta del modo deseado



D. SEIS IDEAS CLAVE PARA RECORDAR SOBRE LA RECOMPENSA



5 MINUTOS

Decid a los cuidadores: «Mientras estamos recompensado, hay algunos puntos que hay que tener en cuenta y que hacen que las recompensas sean más poderosas. Veámoslos».

Usad el póster 2.3 y la hoja 2.4 para recordar los puntos más importantes:

1. Recompensad a menudo.
2. Recompensad inmediatamente.
3. Mirad a vuestro adulto mayor cuando le deis la recompensa.
4. Decid a vuestro adulto mayor lo que os gusta.
5. Mostrad entusiasmo.
6. Recompensad utilizando a la vez la sonrisa y el elogio.

Además, recordad a los cuidadores que:

- a. La recompensa debe ser proporcional a la dificultad de la acción que pretendemos que se repita.
- b. La preferencia de uso de recompensas sociales y privilegios especiales en lugar de recompensas materiales.



IV. PRÁCTICA PARA CASA

5 MINUTOS

Las familias deben continuar realizando **“Nuestro Tiempo” varias veces a la semana**. Además, pedid a los cuidadores que, durante la semana, **registren en la hoja 2.5 cada vez que le dan a su adulto mayor recompensas sociales positivas**. Pedidles también que continúen **observando las actividades con las que sus adultos mayores disfrutan más** (jugar al parchís con vosotros, ver la telenovela que os gusta a ambos...) **y que las añadan a la lista de la hoja 2.6**.

Nota al formador: Los cuidadores deberán cumplimentar la lista de comprobación mediante la intranet de la página web, en el caso que esté activada esta opción. En el caso que no esté activada, o los participantes no tengan acceso a ella, los formadores deberán fotocopiar la “Lista de comprobación” que se encuentra al final de esta sesión.

OJO CON LAS CONDUCTAS MENOS POSITIVAS

TENEDLO EN CUENTA cuando empezáis a ignorar las conductas menos positivas a los que antes prestabais atención. Vuestro adulto mayor podría aumentar sus reacciones frente a las conductas menos positivas a las que anteriormente prestábais tanta atención.

¡ESTO ES TEMPORAL y acabará! MANTENED VUESTRO PLAN de recompensar las acciones que queréis que vuestro adulto mayor haga. **IGNORAD** el comportamiento que no queréis que siga haciendo.

¡Hacedlo todas las veces! La razón por la que probablemente veréis estas reacciones de vuestro adulto mayor es porque está acostumbrado a sacar beneficios de esa conducta. Cuando empecéis a ignorar el mal comportamiento, vuestro adulto mayor no entenderá lo que está pasando. Entonces, seguramente, probará nuevas maneras de captar vuestra atención. Reducid vuestra atención al respecto.

MANTENED VUESTRO PLAN

¡Estos cambios de conducta negativos son TEMPORALES!

ATENCIÓN DIFERENCIAL: PRESTAR ATENCIÓN E IGNORAR

Ahora vamos a ver cómo utilizar las recompensas junto con ignorar para cambiar el comportamiento.

Mi meta (escribid el cambio que queréis)

A mí me gustaría

El comportamiento que quiero ignorar es

El comportamiento que quiero recompensar es

FRASES SIMPLES PARA DAR RECOMPENSAS

Ejemplos:

Me gusta cómo...	Es una buena idea; gracias por compartirla
¡Qué bien!	Buen intento, sigue probando
¡Qué bueno, tu solo te lo has terminado todo!	¡Genial!
Sigue así	¡Fenomenal!
¡Muchas gracias!	¡Chócala!
¡Esto sí que es una buena mejora!	Gracias por no interrumpir
¡Gracias mama por no llamarme mientras terminaba X...!	¡Eres una buena ayuda!
Estoy muy orgullosa de que hayas _____	Que considerado de tu parte que hayas _____
¡Fantástico, me encanta lo que hiciste!	Gracias por hacer el trabajo
¡Has hecho un buen trabajo!	Vas por buen camino
Estoy impresionada con la forma en que has _____	Estás prestando mucha atención
Como se nota tu experiencia...	¡Estás trabajando tan bien! Me encanta cuando tú _____
¡Buena reflexión!	Esto es lo que hay que hacer
Me gusta como lo has arreglado/solventado	Eres muy considerado
¡Muchas gracias por hacer lo que te pedí!	

Escribid otras maneras de dar recompensas con vuestras propias palabras, palabras que os suenen bien:

SEIS IDEAS CLAVE PARA RECORDAR SOBRE RECOMPENSAS

- 1. Recompensad a menudo.**
Cada vez que veáis que vuestro adulto mayor hace algo que os gusta, dadle una recompensa.
- 2. Recompensad enseguida después de una acción positiva.**
Dadle la recompensa en cuanto ocurra. La espera debilita el premio.
- 3. Mirad a vuestro adulto mayor cuando le deis la recompensa.**
(en algunas culturas puede que no sea apropiado mirar directamente a los ojos).
- 4. Decidle a vuestro adulto mayor lo que os gusta.**
Cuando decís simplemente “buen trabajo” en lugar de “jolín mamá, te debes haber tenido que esforzar mucho para tratar de bajarte ese pantalón, pero vaya, ¡lo has conseguido!”, vuestro adulto mayor no sabe exactamente qué hizo bien, así pues, especificadle qué es lo que os gustó que hiciera. La idea que se pretende transmitir es que se les quiere y se les respeta como personas, pero que algunas de las cosas que hace nos gustan más que otras.
- 5. Mostrad entusiasmo.**
Prestad atención al tono de voz que utilizáis. Mostrad vuestra alegría.
- 6. Recompensad utilizando a la vez la sonrisa y el elogio.**

REGISTRO DE “RECOMPENSAS SOCIALES” POSITIVAS

Por favor, marcad con una “X” cada recompensa hablada que habéis dado a vuestro adulto mayor durante la semana:

Nombre	L	M	X	J	V	S	D	TOTAL
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

En la parte de atrás de la hoja, apuntad los ejemplos de cualidades positivas que habéis dicho a vuestro adulto mayor.

LISTA DE CUALIDADES POSITIVAS QUE HABÉIS DICHO A VUESTRO ADULTO MAYOR

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

“COSAS DIVERTIDAS” QUE A VUESTRO ADULTO MAYOR LE GUSTAN

Por favor, sentaos con vuestro adulto mayor y rellenad esta hoja con cosas que a él le gustan. Éstas pueden ser cosas para hacer o recibir. Cualquiera que le parezca bien a tu familiar mayor (¡Puede que te sorprenda!).

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____
- 11 _____
- 12 _____
- 13 _____
- 14 _____
- 15 _____
- 16 _____
- 17 _____
- 18 _____
- 19 _____
- 20 _____

LISTA DE COMPROBACIÓN DE REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA PARA CASA

Nombre: _____

	Sí	No
1. Hemos realizado “Nuestro Tiempo” varias veces a la semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hemos registrado las “recompensas sociales” positivas que hemos dado a nuestro adulto mayor durante la semana (hoja 2.5).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hemos registrado las actividades que más le gustan a nuestro adulto mayor (hoja 2.6).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APRENDER A RECOMPENSAR

- a. Recompensad de inmediato.
- b. Decid lo que os gusta.
- c. Sed consistentes.
- d. Reducid las recompensas, una vez que el comportamiento sea frecuente.
- e. Sed naturales y sinceros con vuestras recompensas.
- f. Recompensad con algo que le guste a vuestro adulto mayor.

LAS RECOMPENSAS DE CUIDADORES A ADULTOS MAYORES

- a. Si el comportamiento deseado ocurre → Recompensad.
- b. Si el comportamiento deseado NO ocurre → No recompensad.
- c. Recompensar aumenta, refuerza y mantiene el comportamiento deseado.
- d. No recompensar antes de que termine el comportamiento deseado.

SEIS IDEAS CLAVE PARA RECORDAR SOBRE LA RECOMPENSA

1. Recompensad a menudo.
2. Recompensad tras el buen comportamiento.
3. Mirad a vuestro adulto mayor cuando le deis la recompensa.
4. Decid a vuestro adulto mayor lo que os ha gustado que hiciera.
5. Mostrad entusiasmo.
6. Recompensad utilizando a la vez la sonrisa y el elogio.

**REALIZAMOS PETICIONES DE MANERA EFICAZ
Y GENERAMOS CAMBIOS****RESUMEN**

En esta tercera sesión se pretende que los cuidadores sean capaces de elaborar y mejorar sus habilidades para fijar los objetivos y las metas de las conductas de sus adultos mayores. Se trata de que los cuidadores sepan establecer metas y objetivos realistas, claros y positivos, a partir de lo que ellos pretenden. No cabe duda de que el saber establecer metas y objetivos, de forma clara, realista y positiva, es una condición sine qua non para que los cuidadores sepan hacia dónde se dirigen en la relación cotidiana con sus adultos mayores. Desde la perspectiva familiar, en cuanto a la relación cuidador-persona dependiente, es bueno para ambos.

En esta sesión los cuidadores analizarán las características de las peticiones que resultan eficaces. Para aumentar la probabilidad de que los adultos mayores cumplan con las demandas que reciben de sus cuidadores, además de que éstas sean claras, es necesario que se les recompense por ello. Los cuidadores deben utilizar recompensas e ignorar las conductas negativas. Además, tendrán más éxito si tratan de ayudar a sus adultos mayores a realizar las demandas planteadas.

En esta sesión se trabajará con los cuidadores, a través de la discusión y representando, las distintas formas en las que podemos generar cambios en las personas que necesitan nuestro apoyo o familiares del entorno. Ésta es una habilidad muy importante que deben adquirir, pero es fundamental que sepan cuándo y cómo hacerlo.

METAS GLOBALES

- Mejorar la capacidad y la habilidad de los cuidadores para fijar metas y objetivos sobre la conducta de sus adultos mayores.
- Mejorar la capacidad de los cuidadores para favorecer los cambios.

Objetivos	Actividades	Hojas de referencia
1. Definir objetivos partiendo de lo que quieren	I. y II. Metas y objetivos de comportamiento	Hoja 3.1
2. Definir los objetivos de conducta de forma positiva y clara		Hoja 3.2 Hoja 3.3
3. Mejorar su habilidad para plantear demandas y para hacer peticiones a sus adultos mayores para que realicen conductas específicas	III. Plantear demandas	Hoja 3.4
4. Mejorar su habilidad de para lograr que sus adultos mayores cumplan con las demandas	IV. Señales de conducta	Póster 3.1
5. Mejorar sus habilidades para utilizar la atención diferencial, la sobrecorrección y la pérdida de privilegios	V. Generar cambios	Póster 3.2 Hoja 3.6 Hoja 3.7
6. Afianzar y generalizar los aprendizajes de la sesión	VI. Práctica para casa	Hoja 3.8 Hoja 3.9 Lista de comprobación

Estructuración de las actividades	Tipología	Duración prevista
I y II. Metas y objetivos de comportamiento		15 minutos
III. Dar instrucciones		15 minutos
IV. Señales de conducta		5 minutos
V. Generar cambios	y	20 minutos
VI. Práctica para casa		5 minutos

Duración total de la sesión **60 MINUTOS**

I. Y II. METAS Y OBJETIVOS DE COMPORTAMIENTO

 15 MINUTOS



A. CHARLA/ EJERCICIOS PARA ELABORAR METAS (COMPORTAMIENTOS A INSTAURAR):

 5 MINUTOS

Explicad que una tarea importante de los programas de conducta consiste en **decidir lo que queremos de nuestros adultos mayores** y determinar los objetivos para ellos. Una meta puede ser “Quiero que Carmen sea responsable”. Un objetivo podría ser un paso específico hacia esa meta como “Quiero que Carmen se tome la medicación sin que se lo recuerden o sin que tengan que insistirle”.

Decid: «Normalmente nos resulta fácil pensar en lo que no nos gusta y en los comportamientos que NO queremos que hagan nuestros adultos mayores.

Vais a hacer un listado con esos comportamientos que querríais que vuestros adultos mayores dejasen de realizar. Ahora vamos a utilizar este listado para que nos ayude a decidir lo que Sí queremos.

Por ejemplo, el agradecimiento (“Gracias por haber estado tranquilo mientras fregaba”) funcionará mejor que “Gracias por no llamarme mientras fregaba” (que implicaría “como, normalmente, sueles hacer”). Pedid a los cuidadores que compartan sus ideas sobre los comportamientos que quieren que sus adultos mayores hagan.

Luego decid: «Cuando leemos las respuestas observamos que lo que es importante para unos cuidadores no es necesariamente importante para otros cuidadores. Lo que tenemos que hacer ahora es cambiar estas afirmaciones generales en metas y objetivos claros de lo que queremos que hagan nuestros adultos mayores».



B. CREACIÓN DE METAS Y OBJETIVOS DE COMPORTAMIENTO

 5 MINUTOS

META es aquello que queremos lograr y para alcanzarla normalmente tenemos que seguir unos pasos intermedios que se conocen como OBJETIVOS.

Revisad con los cuidadores, con ayuda de la hoja 3.1., los aspectos que deben contemplarse a la hora de determinar objetivos. Deben empezar con “yo”, ser claros y ser positivos. Comentad que cuando se formulan en positivo se ofrecen alternativas.



C. PRÁCTICA DE ESPECIFICAR EL COMPORTAMIENTO

 **5 MINUTOS**

Explicad que deben rellenar, primero y de manera individual, la hoja 3.2. (“Lista de comprobación de objetivos”) para, posteriormente y en grupo, comentar un par de objetivos. De esa manera, se identificará qué objetivos son claros y objetivos, y cuáles no lo son.

“Ahora vamos a hacer lo más adecuado para vuestros adultos mayores. Cada uno de vosotros debe seleccionar un comportamiento negativo que desea cambiar, escribir lo que desea lograr (META) y tratar de redactar OBJETIVOS de comportamiento positivo, utilizando para ello la hoja 3.3 (“Especifica el comportamiento”).”

Cuando se comente la hoja 3.3., todo el grupo partirá de una misma conducta problema definida por el formador a partir de aquellas conductas problema más habituales (observadas en ésta y anteriores sesiones).



III. PLANTEAR DEMANDAS

 **15 MINUTOS**

A. EXPLICACIÓN DE CÓMO HACER UNA PETICIÓN O PLANTEAR DEMANDAS

 **10 MINUTOS**

1. **Discutid** los tipos de demandas inadecuadas (hoja 3.4.).
2. **Repasad** plantear demandas y hacer peticiones (hoja 3.4.).

B. DEBATE SOBRE QUÉ HACER SI VUESTROS ADULTOS MAYORES NO SIGUEN VUESTRAS DEMANDAS



“La parte más importante de la sesión de hoy es vuestra habilidad para plantear demandas claras a vuestros adultos mayores. Éste es el primer paso para aumentar vuestras posibilidades de que se comporten como les pedisteis o como consideráis que es mejor que actúen para fomentar su autonomía.

Tratad de ignorar los comportamientos menos positivos y de recompensar los buenos.

Tratad de ayudar a vuestros adultos mayores por medio de indicaciones que les sirvan de ayuda. Las señales físicas son muy útiles (por ejemplo, caminas con vuestro adulto mayor hacia el objeto o lo que le pedisteis).

Hablaremos en profundidad acerca de qué hacer si vuestro adulto mayor no sigue vuestras demandas.

Al usar estos métodos no olvidéis las habilidades que ya habéis aprendido en el programa”.



IV. SEÑALES DE CONDUCTA



5 MINUTOS

Exposición (utilizad el póster 3.1)

Explicad que las palabras que usamos pueden ser “señales” de lo que va a pasar después. Dar a los adultos mayores una “señal de atención” les ayudará a saber lo que va a pasar si eligen no seguir esas demandas. Plantear peticiones de la siguiente manera hace más probable que las sigan:

La primera instrucción empieza con “por favor”: “Miguel, por favor...”.

La segunda instrucción, el aviso, empieza con “tienes que”: “Miguel, tienes que...”.

V. GENERAR CAMBIOS

 20 MINUTOS



A. CONVERSACIÓN SOBRE GENERAR CAMBIOS

 5 MINUTOS

Explicad que hoy vamos a hablar sobre la forma en que, desde la dinámica familiar, es posible favorecer la aparición de conductas en favor de la autonomía individual..

Utilizad la hoja 3.6. para trabajar estrategias para facilitar el cambio por medio de la interacción familiar.



 5 MINUTOS

B. FORMAS DE FACILITAR EL CAMBIO

Podéis utilizar el póster 3.2. Dad la siguiente información:

1. Prestar atención e ignorar: recompensad lo bueno, ignorad lo malo. “Prestar atención e ignorar” es la primera forma para promover las conductas positivas y limitar o parar aquellas que no lo sean tanto.

Decid algo como: “Recordad que en la sesión dos explicamos cómo recompensar el comportamiento que os gusta e ignorar, cuando es posible, el comportamiento que no os gusta. Los halagos y reconocimientos nos animan a repetir las acciones realizadas y que asociamos a esas palabras agradables, a ese reconocimiento familiar y/o social. Lo que funciona es el contraste en la reacción social que identificamos a partir de la ejecución de ciertas acciones. Aquellas que no generen reacción en las personas del entorno, tienden a reducirse paulatinamente, mientras que aquellas que generan reacción se tienden a intensificar. En este sentido, cabe mencionar que se intensificarán cuando generen reacciones tanto positivas como negativas, por lo tanto, será importante adquirir el control sobre nuestras reacciones ante las conductas de las personas que tenemos alrededor. Si queremos fomentar las conductas autónomas, se deberán reconocer y alabar dichas acciones e ignorar todas aquellas acciones que vayan en detrimento de la autonomía. De este modo, a largo plazo comenzaremos a notar los cambios positivos esperados.

Por supuesto, hay muchos comportamientos que los cuidadores no deben ignorar, comportamientos peligrosos para sus adultos mayores, que vayan en detrimento de su autonomía, que dificulten la convivencia etc. Esta técnica funciona mejor con comportamientos que simplemente molestan o son desagradables. Pero para que ignorar funcione, los cuidadores deben esforzarse por encontrar detalles para recompensar las acciones positivas para la autonomía y dinámica familiar.

**C. REPRESENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ELEGIDO PARA GENERAR CAMBIOS** **10 MINUTOS**

Utilizad las situaciones de la hoja 3.7 para ayudar a los cuidadores a identificar la mejor manera de cambiar una acción realizada por una persona del entorno.

**VI. PRÁCTICA PARA CASA** **5 MINUTOS**

Pedid a los cuidadores que usen la hoja 3.6 para decidir qué le gustaría cambiar y los pasos que tienen que llevar a cabo para hacerlo, escogiendo las mejores opciones para generar los cambios. Trabajad cómo producir cambios con aquellos cuidadores que parezcan inseguros. Utilizad la hoja 3.9.

DETERMINAR OBJETIVOS PARA VUESTROS ADULTOS MAYORES

CUANDO DECIDÁIS LOS OBJETIVOS PARA VUESTROS ADULTOS MAYORES, DEBÉIS INCLUIR LO SIGUIENTE:

1. Usad la primera persona del singular

Los objetivos son fines que vosotros queréis, así que formuladlos en primera persona del singular. Por ejemplo “quiero que Carlos se duche cada día”.

2. Sed claros y realistas

Los objetivos para vuestros adultos mayores deben ser CLAROS Y REALISTAS o no sabrán lo que esperáis de ellos.

Debéis decir QUÉ ES LO QUE QUERÉIS, CUÁNDO LO QUERÉIS Y CON QUÉ FRECUENCIA LO QUERÉIS. Para saber si vuestros objetivos son claros, podéis preguntaros: “¿Digo lo que quiero? ¿Cuándo? ¿Con qué frecuencia? Algunas veces debéis aseguraros de preguntarle a vuestro adulto mayor si ha entendido lo que le habéis dicho. De esta forma tendrá menos excusas.

3. Sed positivos

Los objetivos deben ser POSITIVOS. Si queréis que disminuya o pare un comportamiento, debéis pensar en lo que queréis que haga en lugar de pensar en el comportamiento negativo.

Por ejemplo:

“Quiero que Teresa responda de forma calmada y respetuosa cuando le pregunto”.
En vez de pensar sólo en el comportamiento negativo “No me contestes mal”.

Pensad: “¿Qué es lo que queréis que ocurra en lugar de la conducta negativa?”

RECORDAD: EMPEZAD CON “YO QUIERO...”

LISTA DE COMPROBACIÓN DE OBJETIVOS

Escribid “sí” o “no” en cada una de las casillas. El objetivo es identificar qué objetivos son claros y positivos, y cuáles no lo son. Un objetivo es claro cuando podéis ver si se ha cumplido.

ES CLARO ES POSITIVO

68

PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR UNIVERSAL

1. Papá, quiero que Juan y tú dejéis de discutir constantemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quiero que sólo protestes o te quejes dos veces durante la comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mamá, quiero que seas más responsable con tu medicación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. María, quiero que hagas la cama cada mañana antes de desayunar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Papá, quiero que estés tranquilo (voz normal, buena cara) durante 15 minutos mientras friego los platos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mamá quiero que te vistas correctamente cada mañana antes de irme a trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESPECIFICAR EL COMPORTAMIENTO

Escribid la conducta problema que os gustaría cambiar:

Ahora que ya sabéis lo que NO queréis, pasemos a la parte más importante:

¿QUÉ QUERÉIS CONSEGUIR?

¿Qué es lo que queréis que haga vuestro familiar en lugar del comportamiento menos deseado?

Por ejemplo, queréis que vuestro adulto mayor deje de llamarte mientras estás ocupada. ¿Qué queréis que haga en vez de llamarte?

Escribid vuestra **META** más importante aquí:

Ahora: Pensad en positivo acciones específicas que vuestros adultos mayores pueden hacer (OBJETIVOS) para alcanzar esa meta.

Pensad de forma positiva ¿Qué es lo que queréis que pase?

Objetivos de cambio de comportamiento para vuestro adulto mayor:

1. _____

¿Es CLARO? ¿Es POSITIVO?

2. _____

¿Es CLARO? ¿Es POSITIVO?

3. _____

¿Es CLARO? ¿Es POSITIVO?

4. _____

¿Es CLARO? ¿Es POSITIVO?

¡Acabáis de completar el primer paso hacia la consecución de objetivos!

CÓMO HACER UNA PETICIÓN Y PLANTEAR DEMANDAS

1. TIPOS DE PETICIONES INADECUADAS

1. **Peticiones en cadena.** “Coge la medicación y tómatela con agua; luego vístete y avísame cuando tenga que ayudarte a ponerte los zapatos”. No pidas demasiadas tareas a la vez.
2. **Peticiones vagas.** “Ten cuidado”, “Recuerda a hacer lo que toca” y/o “Compórtate”. No son claras ni específicas.
3. **Peticiones pregunta.** “¿Podrías poner la mesa?” En lugar de eso decid: “Mamá, aunque te cueste más tiempo, pon la mesa por favor”.
4. **Peticiones de “vamos a...”** “Vamos a ducharnos”, a no ser que realmente esperéis a hacerlo los dos juntos. Di “Quiero que...” o “Por favor, ...”
5. **Peticiones seguidas por una razón u otro tipo de explicación:** “Por favor, comienza a ducharte. Esta noche vamos a tener invitados y tendremos que estar a punto para cuando lleguen”. Está bien dar alguna explicación antes de plantear una petición, pero hacerlo después, limita sus efectos.

2. DAR DEMANDAS Y HACER PETICIONES

Los cuidadores cuyos adultos mayores no cumplan con las peticiones pueden tener mejores resultados si plantean demandas más claras. Aquí hay algunas pautas:

1. **Atraed la atención de vuestro adulto mayor.** Aseguraos de que vuestro adulto mayor os oye; acercaos más, miradle y llamadle por su nombre.
2. **Explicad exactamente lo que queréis que haga.** Explicad a vuestro adulto mayor lo que debe hacer, cómo queréis que lo haga y cuándo queréis que lo termine.
3. **Sed concretos.** No deis explicaciones largas sobre por qué queréis que lo haga. Una explicación corta está bien, si la dais antes de la petición.
4. **Sed firmes, pero expresándoos con amabilidad.**
5. **Hablad con vuestro adulto mayor, pero no preguntéis.** Preguntar es facilitar que diga “no”.
6. **Seguid adelante.** Premiad la conducta que queréis incrementar. Ignorad (por ahora) la conducta que queréis disminuir.

Ejemplo: “Papá, hoy toca ducha. Por favor, aunque sé que te cuesta, trata de comenzar tu solo a ver si, con más tiempo lo consigues sin mi intervención”. “¡Buen trabajo, Papá! ¡Has quedado reluciente! ¡Muchas gracias!”

RESUMEN SOBRE CÓMO CONSEGUIR CAMBIOS

COMPORTAMIENTO QUE NECESITAMOS CAMBIAR:

PLAN: Cuando comencéis vuestro programa cambios, empezad por los métodos más positivos y seguid avanzando en la lista hasta que consigáis que la conducta cambie.

1. **PREMIAD LA BUENA CONDUCTA** (a menudo es la conducta opuesta).
2. **ATENDED DIFERENCIALMENTE** (ignorad lo malo y premiad lo bueno).

¡BUENA SUERTE!

SITUACIONES DE LA VIDA COTIDIANA CUIDADOR-ADULTO MAYOR**SITUACIÓN 1: EL PEDIR AYUDA QUE VA EN DETRIMENTO DE SU AUTONOMÍA**

El adulto mayor te dice que no puede vestirse solo y tu sabes que, con esfuerzo lo consigue, “¿Me ayudas Toni? Me cansa levantar los brazos para ponerme el jersey”.

SITUACIÓN 2: LAS SALIDAS SOLO JUSTO EN EL MOMENTO EN QUE TU NO ESTÁS

Llegas a casa de trabajar y tu madre, en situación de dependencia por problemas de movilidad, no está. No tiene teléfono así que no puedes contactar con ella. Al cabo de hora y media llega agotada, exhausta por el esfuerzo que le ha supuesto la vuelta: “no pensaba había ido tan lejos”. Hijo y madre hablan sobre lo sucedido.

SITUACIÓN 3: LA FORMA DE VESTIR

El adulto mayor sale de la habitación vestida de un modo que su cuidador no considera adecuada para salir a la calle con el tiempo que hace.

Nota: Aunque pueda ser un síntoma de afectación en Salud Mental, es importante comunicarse de manera asertiva

SITUACIÓN 4: LA MEDICACIÓN

Le tienes dicho a tu padre que se tome la medicación en tu presencia. Cuando tu llegas a la cocina, te asegura que se la ha tomado. Tu sabes que no es cierto y que seguro que la ha tirado pero te dá miedo pedirle que se la tome nuevamente delante de ti por si ya se la ha tomado. A ver si se va a intoxicar, no te lo perdonarías.

SITUACIÓN 5: GASTOS DESCONOCIDOS

El cuidador ve que el adulto mayor viene de pasear con una chaqueta que parece nueva, cara y completamente desconocida. El cuidador quiere saber “de dónde la ha sacado” y el adulto mayor dice que se la ha regalado Antonia.

PLAN PARA POTENCIAR EL FUNCIONAMIENTO AUTÓNOMO

Vuestros nombres: Comportamiento problema:

Nombre de vuestro mayor: Comportamiento deseado:

Fecha: Meta:

CONDUCTA DEL ADULTO	INSTRUCCIÓN DEL CUIDADOR	CONDUCTA DEL ADULTO	SEÑAL DEL CUIDADOR
(Escribid lo que hizo vuestro familiar)	(Escribid lo que dijisteis)	(Escribid lo que hizo vuestro familiar)	(Escribid lo que dijisteis)

1.

2.

3.

4.

5.

¿Qué dificultades habéis tenido cuando habéis intentado conseguir cambios?

PASOS PARA RESOLVER UN PROBLEMA

1. Definid el problema. ¿Cuál es?

2. Decidid qué queréis que pase. ¿Cómo os gustaría (y a los demás) que fuera dicha situación?

3. Confeccionad una lista con ideas que puedan ayudar a resolver el problema y lo que podría suceder (consecuencias) para cada idea.

Ideas para resolver el problema	Consecuencias
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

4. De esa lista, escoged la mejor opción.

5. Resolved el problema (¿Cuánto tiempo os dais para intentarlo?).

6. Comprobad si el problema se resolvió (si no se ha resuelto, escoged una solución diferente).

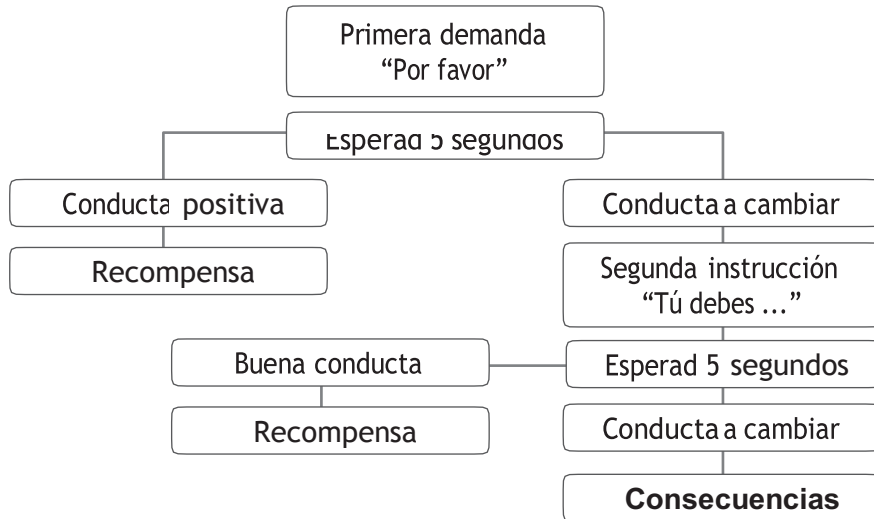
¡BUEN TRABAJO!

LISTA DE COMPROBACIÓN DE REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA PARA CASA

Nombre: _____

	Sí	No
1. Hemos definido el problema que necesitamos cambiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Una vez definido el problema a cambiar, hemos seguido los pasos de la hoja 3.6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hemos trabajado el plan de cambio (hoja 3.8).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEÑALES DE BUENA CONDUCTA O “CÓMO HACER QUE VUESTRO ADULTO MAYOR CUMPLA CON LAS PETICIONES”



CONSEGUIR CAMBIOS

1. **Prestar atención e ignorar.** Recompensad lo bueno, ignorad lo malo.
2. **Sobrecorrección:**
 21. **Práctica positiva.** Disminuid el comportamiento o acción a cambiar.
 22. **Reparación.** Poned a tu familiar a arreglar o a pagar el daño causado.
3. **Pérdida de privilegios**
4. **Consecuencia negativa**

PREVENIMOS LA PÉRDIDA DE AUTONOMÍA

RESUMEN

En esta quinta sesión se pretende enseñar a los cuidadores a ayudar a sus adultos mayores a mejorar las habilidades que fomenten su bienestar y autonomía. Concretamente a manejar la presión social, muy importante durante esta etapa vital y a garantizar la efectiva toma de decisiones. En esta sesión se trata de identificar situaciones de vulnerabilidad de sus adultos mayores y prevenir y/o reconducir conductas de riesgo para su bienestar. A la vez, se pretende prevenir toda pérdida de autonomía en los campos en los que todo adulto toma decisiones. Finalmente, se pretende evitar los riesgos derivados del consumo de fármacos no recetados, alcohol u otras drogas.

Se pretende enseñar a los cuidadores cómo fomentar la prevención de las pérdidas progresivas de funcionamiento autónomo vinculados a la toma de decisiones acerca de las diferentes Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD). Los conceptos que se trabajan son:

La “**vulnerabilidad**” o el “**alto riesgo**” basándose, entre otros conceptos, en la identificación de diferentes situaciones, tanto de riesgo externo (posibles situaciones de negligencia o maltrato hacia la persona mayor y de acceso a fármacos no recetados, alcohol u otros tóxicos), así como de riesgo interno (posibles situaciones en las que el adulto mayor, pueda tener que afrontar situaciones en las que tenga que escoger entre “agradar” a un familiar o persona allegada, y su propio bienestar. Aquí se les entrena, fundamentalmente, en las habilidades para saber decir “no” cuando consideren que corresponda.

La **toma de decisiones en las ABVD** desde el enfoque de la planificación centrada en la persona (PCP). Se trata de fomentar tanto por parte del adulto mayor, como por parte de las personas constituyentes de la red de recursos sociales de su entorno, el funcionamiento autónomo en la toma de decisiones acerca de las diferentes actividades básicas de la vida diaria.

Se trata de recalcar la importancia de que tanto cuidador, como adulto mayor, sean capaces de complementarse en aquellas actividades cotidianas en las que la persona en situación de dependencia requiera apoyo, pero evitando en todo momento la “confusión”, es decir, la pérdida de funcionamiento autónomo y responsable, de manera que garantice el bienestar de cada uno de los miembros del sistema familiar.

METAS GLOBALES

- Ayudar a sus adultos mayores a manejar la presión que percibida acerca de las peticiones de las personas de su entorno, prevenir conductas inadecuadas o de riesgo y garantizar el fomento de la autonomía en la toma de decisiones acerca de las ABVD. En definitiva, se trata de adquirir herramientas de respuesta asertiva ante diferentes situaciones que pueden darse en el día a día.
- Ayudar a los cuidadores a que adquieran, a su vez, habilidades de respuesta asertiva ante las demandas del adulto mayor.

Objetivos	Actividades	Hojas de referencia
1. Aprender a prevenir los riesgos para el bienestar emocional, cognitivo y físico del adulto mayor	I. Introducción de los cuidadores como agentes preventivos de los problemas de comportamiento de sus adultos mayores	
2. Aprender estrategias de protección	II.I. Manejar la presión social que reciben del grupo de su entorno II.II. Aprender a decir “no”	Póster 4.1.
3. Reconocer si sus adultos mayores ejecutan de manera autónoma las decisiones correspondientes	III. Discusión sobre la influencia del cuidador sobre el adulto mayor	Hoja 4.1.
4. Reflexionar acerca de los múltiples factores que influyen en sus adultos mayores	IV. ¿Qué factores influyen en la forma de actuar de vuestros adultos mayores?	
5. Aprender a reconocer si sus adultos mayores son de alto riesgo	V. ¿Cuáles son los factores de riesgo que pueden estar afectando al bienestar del adulto mayor y cuidador?	
6. Afianzar y generalizar los aprendizajes de la sesión	VI. Práctica para casa	Hoja 4.2.

Estructuración de las actividades	Tipología	Duración prevista
I. Introducción de los cuidadores como agentes preventivos de la pérdida de autonomía	○	5 minutos
II.I. Manejar la presión de grupo que reciben del entorno	Ⓔ y Ⓐ	15 minutos
II.II. Aprender a decir “no”	Ⓔ y Ⓓ	10 minutos
III. Discusión sobre la influencia de los cuidadores en los adultos mayores	ⒺⒹ	10 minutos
IV. ¿Qué factores influyen en la forma de actuar de vuestros adultos mayores?	Ⓐ	5 minutos
V. ¿Cuáles son los factores de riesgo en vuestra relación?	Ⓔ y Ⓓ	10 minutos
VI. Práctica para casa	○	5 minutos

Duración total de la sesión  60 MINUTOS

**I. INTRODUCCIÓN DE LOS CUIDADORES COMO AGENTES PREVENTIVOS DE LAS PÉRDIDAS DE AUTONOMÍA EN SUS ADULTOS MAYORES****5 MINUTOS**

Decid a los cuidadores algo como: “hoy vamos a hablar sobre cómo vosotros, como cuidadores, podéis ayudar a prevenir problemas relacionados con el bienestar del adulto mayor a la hora de tomar decisiones, así como aquellas decisiones propias del cuidador que vayan en detrimento de la autonomía de la persona en situación incipiente de dependencia.

Sabemos que queréis ayudar a que vuestros adultos mayores estén bien atendidos, y por eso, venís a estas sesiones. No hay muchos cuidadores que estén dispuestos a dedicar tiempo a aprender formas de ayudar a sus adultos mayores. Es probable que vosotros hagáis un esfuerzo para ser mejores cuidadores, sin embargo, algunas características de la relación mantenida entre el cuidador y la persona en situación incipiente de dependencia, pueden afectar al funcionamiento autónomo del dependiente, algunas de ellas pueden contribuir a su bienestar, mientras que otros factores externos que nada tienen que ver con la calidad de vuestros cuidados, pueden también afectar al bienestar emocional, cognitivo y físico de vuestro adulto mayor. Por lo tanto, es importante que también nosotros y la red de recursos sociales que se encuentra en torno a la persona en situación de dependencia, fomente sus habilidades para evitar riesgos para su salud, para pedir ayuda y para tomar decisiones de la manera más autónoma posible, procurando apoyar a nuestro adulto mayor, estrictamente en aquellas áreas en las que realmente no haya perdido la capacidad y ésta no sea recuperable.

Tanto nosotros, los adultos como las personas de edad más avanzada, sentimos presión en muchas situaciones y circunstancias. Nuestros adultos mayores corren el riesgo de encontrarse frente a tratos de terceros que no sean adecuados para su bienestar y pueden encontrarse ante dilemas éticos acerca de las dificultades de decir “no” cuando lo consideren así necesario, a las personas que más quieren y/o a aquellos más allegados.

**II.I. MANEJAR LA PRESIÓN SOCIAL Y LAS SITUACIONES DE RIESGO****15 MINUTOS****A. EXPOSICIÓN****5 MINUTOS**

Decid a los cuidadores algo como: “En la sesión de hoy, vuestros adultos mayores están aprendiendo las razones por las que les puede resultar difícil decir ‘no’ a diferentes peticiones y en diferentes situaciones sociales, cuando deberían hacerlo. Por ejemplo, les puede resultar difícil decir ‘no’ porque quieren encajar en la familia, porque piensan que si dicen “no” tendrán una peor consideración, por ejemplo, en su rol de abuelos, o en su rol de padres y en las responsabilidades que creen tienen que asumir, olvidándose así de su propio “yo”. Por ello, en la sesión de hoy, vuestros adultos mayores están aprendiendo los pasos necesarios para poder decir ‘no’ y también algunas formas fáciles de hacerlo”.

1. HABLAD SOBRE LAS DIFICULTADES DE DECIR “NO”

Decid a los cuidadores algo como: “En general, la mayoría de nosotros, incluyendo a nuestros adultos mayores, somos bastante buenos en decir ‘no’ cuando queremos. El problema surge cuando, ante una petición no adecuada de una persona o grupo, decimos ‘sí’ por inseguridad o miedo, cuando la respuesta adecuada y correcta que deberíamos haber dado es ‘no’. ¿Podéis decirnos alguna situación en la que penséis que vuestro adulto mayor le puede resultar difícil decir ‘no’ aunque sepa que debe decir ‘no’?”.

2. EXPLICAD LA PRESIÓN SOCIAL

Decid a los cuidadores algo como: “¿A qué se refiere la gente cuando habla de ‘presión social’? Normalmente no se refieren a presión física tipo ‘haz, o te haré sentir mucho dolor’, eso normalmente se llama acoso. La presión social es, normalmente, aquella presión que vuestros adultos mayores sienten porque quieren ser aceptados por terceros y fundamentalmente por la familia, encajar en el grupo. En algunas ocasiones esta presión se acompaña de sentimientos de falta de valía en caso de no acceder a realizar X acciones que, de otro modo y bajo otras condiciones, no harían. Por ejemplo, pueden pensar que tienen forzosamente y sin que su estado de salud se lo facilite, que llevar a los niños al parque porque éstos hablan muy bien de la otra abuela que sí lo hace, “es la guay” o que deben beber alcohol porque todos sus compañeros del club de mayores lo hacen cuando salen juntos. Ellos tienen que entender que la estima que se les tenga, en ningún caso dependerá de sus acciones; se les quiere porque son los abuelos de la familia y porque tienen muchas otras virtudes.

Pedid al grupo que responda a las siguientes preguntas: **“¿Cuáles son los peores apodos que los compañeros de toda la vida o de las actividades que nuestros adultos mayores realizan fuera de casa podrían dar a alguien que no encaje, que no asuma las mismas responsabilidades o no sea tan “divertido” como otros abuelos o que no tenga siempre esa cena estupenda para que os podáis llevar a casa? Podéis añadir lo que queráis, siempre que no sea “demasiado grosero como para decirlo aquí”.** Tras un par de respuestas, preguntad a los cuidadores qué términos han oído que usan sus adultos mayores para referirse a sí mismos o a otros: “pensarán que soy...”. Tras un par de ejemplos continuad con la exposición.

3. ANALIZAD Y REFLEXIONAD SOBRE LOS COSTES PERCIBIDOS DE DECIR “NO” EN LUGAR DE “SÍ”

Decid a los cuidadores algo como: “Hay mucho en juego, ¿No? Que los nietos siempre quieran escoger la casa del abuelo para pasar unas horas antes de salir a otro lugar, que los hijos sientan orgullo por las actuaciones como “abuelos” o como “padres”. Encajar, ser aceptado y reconocido es importante para la gente de todas las edades. Es más fácil acceder a recursos sociales cuando se es joven y se conoce a gente de tus mismas características e intereses en el ámbito académico, en el ámbito laboral, en el fútbol, en danza, en el gimnasio... pero la relevancia del encaje, aceptación o reconocimiento percibida por el adulto mayor puede ser la misma o incluso mayor. Como se ha dicho siempre, “lo importante no es la cantidad sino la calidad”. Nuestras vidas, en general, se balancean entre actuar para encajar y que se nos reconozca, ser nosotros mismos y hacer lo que pensamos que es correcto; tarea que se hace más difícil a medida que avanza la edad. Por eso tan importante es saber cuándo y cómo decir “no”.

4. REFLEXIONAD SOBRE LA IMPORTANCIA DE TOMAR DECISIONES DE MANERA AUTÓNOMA

Decid a los cuidadores algo como: Imaginaros que vosotros después de haber dedicado toda una vida a cuidar de otros, a trabajar, a decidir sobre lo que conviene y sobre lo que no conviene para vosotros y para vuestra familia, os vierais inmersos en una situación en la que ves como todas estas libertades se van viendo coartadas por circunstancias de salud. La pérdida de la capacidad de funcionamiento autónomo dentro de su propio hogar o el hecho de que tengan que sentir la sensación de “invadir” la intimidad familiar de sus hijos, de poder suponer “una labor más” para los mismos, puede tener repercusiones sobre la imagen que tienen de su identidad, restarles fuerza y motivación para funcionar en su día a día.

De manera paralela, vosotros como cuidadores, sentís la necesidad de atender lo mejor posible a vuestro familiar que pierde progresivamente facultades para funcionar por sí solo. Es muy posible que sintáis el impulso de apoyarle en todas las actividades en las que requiera ayuda y en las que parezca requerir ayuda por las dificultades identificadas en la ejecución de ciertas actividades del día a día.

Aunque sea difícil de asimilar para el cuidador que identifica las posibilidades de ayuda e incluso la “aparente necesidad”, es importante respetar los ritmos del adulto mayor, que en la medida de lo posible, aunque le cueste, aunque tarde más tiempo, efectúe esas actividades. También es importante hacerlo partícipe de la toma de decisiones vinculada a todas las actividades en las que, cuando funcionaban sin necesidad de apoyo llevaba a cabo. Como bien se sabe, solo se mantienen las habilidades que llevamos a la práctica, contrariamente, se pierden a su vez aquellas habilidades que se dejan de efectuar con cierta periodicidad. Esta pérdida de habilidades acelera el proceso de pérdida de autonomía del adulto mayor, fomenta la dependencia y acelera también los achaques que a menudo vinculamos a la edad.

Por lo tanto, aunque nos cueste y sea realmente difícil, dejemos que él mismo se desenvuelva, siempre sabiendo que nos tiene en caso de que realmente no tenga la capacidad para funcionar por sí mismo.



B. PRÁCTICA II DE LA HABILIDAD PARA DECIR “NO”



10 MINUTOS

Solicitud a los cuidadores que formen varios equipos de tres cuidadores cada uno. Pedid a cada uno de estos equipos que dedique unos cuantos minutos a pensar en una situación tentadora en la que se produzca presión social, la cual deberán representar como si fueran adultos mayores. Seguidamente escoged un equipo para que sea el que presione a los demás; a otro equipo para que diga “no” y a otro equipo para que siga la corriente o diga “sí”.

Animad la discusión sobre las tentaciones/presiones escogidas por cada equipo y analizad y reflexionad sobre cómo los adultos mayores dijeron “no”.



A. Decid A LOS cuidadores que van a aprender los diferentes pasos que están aprendiendo sus adultos mayores para decir “no”.

Hay cuatro pasos (póster 4.1):

1. Antes de actuar, reflexionad. ¿Qué estáis a punto de hacer?
2. Pensad sobre lo que podría pasar
3. Decid “no”
4. Buscad otra actividad para hacer

Más extensamente:

1. REFLEXIONAD, ¿QUÉ ESTÁIS A PUNTO DE HACER?

Esta invitación a pararse y pensar implica hacerse preguntas para comprender lo que la otra persona quiere que hagáis y darle nombre al problema (por ejemplo, “eso es maltrato”, “eso no es correcto”, “no debe hacerse así”, etc.). Una vez que te paras a pensar lo que estás haciendo y comprendes lo que otros te están pidiendo que hagáis para meterte en problemas, debes seguir los siguientes pasos:

2. PENSAD SOBRE LO QUE PODRÍA PASAR



Debate: decisiones y consecuencias

Todos somos responsables de lo que hacemos. Nosotros podemos tomar nuestras propias decisiones y somos responsables de lo que pueda pasar. Ser responsable de lo que pase es el punto de partida fomentar la autonomía de nuestros adultos mayores.

3. Decid “NO” DE FORMA CLARA

Vuestros adultos mayores están aprendiendo a decir “no” y dejarlo claro. Están aprendiendo también a decir “no” de una manera asertiva, decidida, pero no agresiva. Esta es la manera más fácil para que los adultos mayores digan “no”. Decir “no” de manera asertiva quiere decir hablar por ellos mismos y evitar hablar en nombre de otras personas. Están practicando primero a decir “no”, pero de forma suave, añadiendo una razón por la que dicen “no”, por ejemplo: “no, no es el momento adecuado”, “no, tengo clase de teatro”. Un “no” asertivo habla sobre ellos mismos, no sobre el resto de personas de su entorno.

4. BUSCAD OTRA ACTIVIDAD PARA HACER

1. Cambia de tema, sugiere otra actividad: ¿Qué podrían sugerir a su nieto cuando le pide dinero? (no, ven aquí que lo que te voy a dar es un beso, déjame que lo piense ¿por qué crees que es el momento adecuado para darte esos 50 euros?, etc.)
2. ¡Vete! (si no cambian de idea)



B. PRÁCTICA II DE LA HABILIDAD PARA DECIR “NO”

Solicita a los cuidadores que formen varios equipos de tres cuidadores cada uno. Pide a cada uno de estos equipos que dedique unos cuantos minutos a pensar en una situación tentadora en la que se produzca presión social, la cual deberán representar como si fueran adultos mayores. Seguidamente escoge un equipo para que sea el que presione a los demás; a otro equipo para que diga “no”; y a otro equipo para que siga la corriente o diga “sí”.

Animad la discusión sobre las tentaciones/presiones escogidas por cada equipo y analizad y reflexionad sobre cómo los adultos mayores dijeron “no”. ¿Les pareció diferente la representación en esta ocasión?



III. DISCUSIÓN SOBRE LA INFLUENCIA DE LOS CUIDADORES EN LOS ADULTOS MAYORES



Pide al grupo que responda a la siguiente pregunta: “¿En qué aspectos intervenimos en las actividades de nuestro familiar que él mismo podría realizar por sí solo? ¿Por qué motivo las hacemos nosotros en vez de ellos? ¿Cuáles son las ganancias y pérdidas de realizarlo nosotros en vez de ellos?”

Escuchad las ideas y escribidlas en la pizarra. Luego haced que se reúnan en grupos de dos o tres personas. Deben cumplimentar la hoja 4.1 individualmente y discutir los resultados con las personas de su grupo. Pedidles también que piensen en qué aspectos, a su vez, destacarían de cómo son como cuidadores, que piensen en las características de las acciones realizadas por ellos mismos y por sus compañeros de grupo.

Podéis dibujar un esquema en la pizarra (tipo genograma o similar) en el que se incluyan las características más significativas de las acciones que realizan los cuidadores y que podrían realizar, aunque con mayor dificultad, sus adultos mayores (los cuidadores pueden hacerlo en la hoja 4.1).



IV. ¿QUÉ FACTORES INFLUYEN EN LA FORMA DE ACTUAR DE ADULTOS MAYORES?



Pide al grupo que responda a la siguiente pregunta: “¿Por qué pensáis que vuestros adultos mayores dejan de ser autónomos? y ¿La enfermedad incapacitante y/o discapacidad padecida tiene relación directa con todas las áreas en las que ayudáis a vuestros adultos mayores?”.

Enumerad las respuestas del grupo en la pizarra. **Intentad ordenar las respuestas por categorías:**

1. Toma de decisiones y acciones vinculadas a comer y beber
2. Toma de decisiones y acciones vinculadas a ducharse y lavarse
3. Toma de decisiones y acciones vinculadas a vestirse
4. Toma de decisiones y acciones vinculadas al mantenimiento de la salud
5. Toma de decisiones y acciones vinculadas a los desplazamientos dentro del hogar
6. Toma de decisiones y acciones vinculadas a los desplazamientos dentro del hogar
7. Toma de decisiones y acciones vinculadas a la participación social
8. Toma de decisiones y acciones vinculadas a otras actividades básicas de la vida diaria
*Por ejemplo: tomar la decisión de no consumir fármacos sin receta, alcohol u otras drogas

Si no han mencionado los siete factores principales, tratad de que lo hagan poniendo ejemplos.

Agradeced al grupo su capacidad para compartir y sus buenas ideas sobre por qué sus adultos mayores se comportan como lo hacen.

V. ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO EN VUESTROS ADULTOS MAYORES?



10 MINUTOS



Preguntad: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la pérdida de autonomía?

Decid algo como: “cuando el adulto mayor ha de trasladarse a vivir en el domicilio del cuidador, o el cuidador tiene que convivir en el domicilio del dependiente con el mismo, a menudo el cuidador y la persona en situación de dependencia desarrollan una relación de complementariedad de funciones que puede desembocar en la pérdida progresiva de autonomía del adulto mayor, por medio de la sustitución facilitadora del cuidador por una o varias funciones y decisiones que hasta el momento, el adulto mayor, tomaba de manera autónoma.



Pedid al grupo que discuta las principales razones que dan cuando ayudan al adulto mayor a realizar actividades y a tomar decisiones que éste tomaba de manera autónoma hasta la aparición de la enfermedad incapacitante y/o la discapacidad, y cómo los cuidadores pueden ayudar a sus adultos mayores en estas áreas.



VI. PRÁCTICA PARA CASA



5 MINUTOS

Para ayudar a los miembros del grupo a prever si sus adultos mayores están en situación de alto riesgo de pérdida/deterioro del funcionamiento autónomo (riesgos identificados previamente en la hoja 4.1), pedíles que cumplimenten el cuestionario “Estrategias de protección familiar” en la hoja 4.2, para estar preparados y poder debatir con el grupo en la siguiente sesión.

Nota al formador: Los cuidadores deberán cumplimentar la lista de comprobación mediante la intranet de la página web, en el caso que esté activada esta opción. En el caso que no esté activada, o los participantes no tengan acceso a ella, los formadores deberán fotocopiar la “Lista de comprobación” que se encuentra al final de esta sesión.

DISCUSIÓN SOBRE LA INFLUENCIA DE LOS CUIDADORES EN SUS ADULTOS

Anotad en qué ayudáis a vuestros adultos mayores

Anotad en qué áreas el adulto mayor era autónomo y a raíz de la aparición de la enfermedad incapacitante o de la discapacidad, requiere apoyo

Anotad en qué áreas de acción y de toma de decisiones podrían actuar de manera autónoma o entrenar sus habilidades para conseguir un funcionamiento más autónomo

ESTRATEGIAS DE PROTECCIÓN FAMILIAR

Aquí hay algunas estrategias de protección familiar. No siguen un orden particular porque no pretende ser una lista de comprobación de la familia perfecta, sino que las familias fuertes acostumbran a usar algunas de estas estrategias. Marcad las fortalezas que tenga vuestra familia con un visto o con una cruz lo que desearíais. Debéis ser realistas sobre vuestras respuestas, pero intentad ser “generosos” con los deseos.

- Tenemos encuentros familiares regularmente.
- Comemos juntos como una familia, como mínimo una vez a la semana.
- Pasamos algo de nuestro tiempo libre juntos como familia haciendo cosas que nos gustan

Vamos a actividades en nuestro tiempo libre juntos como actuaciones u obras de teatro.

Animamos y apoyamos el trabajo del adulto mayor en X asociación/entidad con

Mantenemos costumbres familiares y tradiciones como _____

Dividimos las tareas de la casa entre los miembros.

Nos mantenemos en contacto sobre dónde y cuándo están los miembros de la familia.

Tenemos reglas para cada miembro sobre la organización de las funciones familiares.

Hablamos sobre sueños y metas propias y de nuestros adultos mayores y nuestra familia.

Nos mantenemos en contacto con parientes que no son de nuestro círculo inmediato.

Hablamos sobre nuestras pautas relacionadas con el fomento de la autonomía.

Celebramos los esfuerzos de nuestra familia y de todos sus miembros.

APRENDER A DECIR “NO”

1. Antes de actuar, reflexionad. ¿Qué estáis a punto de hacer?
2. Pensad sobre lo que podría pasar
3. Decid “no”
4. Buscad otra actividad para hacer

MANTENEMOS EL FUNCIONAMIENTO AUTÓNOMO**RESUMEN**

En esta quinta sesión se pretende, fundamentalmente, repasar las habilidades y los pasos aprendidos en sesiones anteriores y practicar con ellas de modo que permitan a los cuidadores resolver problemas con los miembros de sus familias.

La sesión se desarrolla a través de diferentes actividades:


1. En la primera actividad aprenderán a desarrollar los componentes del programa de conducta que plantearán a sus adultos mayores en forma de contrato. En esta ocasión se trabajará individualmente con cada familia.
2. La segunda actividad consiste en aprender ideas y argumentos para saber afrontar las excusas utilizadas por muchos adultos mayores para no hacer caso a las indicaciones de sus cuidadores.
3. Por último, los cuidadores tienen una serie de consejos para ser un cuidador más eficaz.

A lo largo del programa, los cuidadores han aprendido cómo aumentar las conductas positivas de sus adultos mayores y reducir o hacer desaparecer las conductas negativas para el adecuado funcionamiento familiar y el fomento de la autonomía. Esta última sesión pretende dar un paso más para que puedan ejercer sus roles autónomamente. Es necesario que sepan: (1) cómo mantener en el tiempo los cambios de conducta que sus adultos mayores están demostrando; y (2) cómo generalizar la aplicación de las habilidades adquiridas para conseguir sus objetivos ante la pérdida de autonomía. Los procedimientos que se abordan son la utilización y retirada progresiva de recompensas y la puesta en marcha de un contrato que formaliza el acuerdo acerca de la aplicación y mantenimiento de los contenidos aprendidos en el programa.

METAS GLOBALES

- Mejorar la capacidad de los cuidadores para utilizar los conocimientos adquiridos en el diseño y aplicación de un programa de fomento de la autonomía.
- Conseguir que los cuidadores aprendan cómo mantener los cambios que han conseguido en sus adultos mayores y que sean capaces de aplicar los conocimientos adquiridos en el programa para lograr nuevos cambios de conducta, que también se mantengan en el tiempo.

Objetivos	Actividades	Hojas de referencia
1. Diseñar un programa de mejora de las relaciones familiares para promover la autonomía de sus adultos mayores	I. Desarrollo del programa e implementación	Hoja 5.1. Póster 5.1. Hoja 5.2.
2. Mejorar su capacidad para ejecutar el programa diseñado y negociar el contrato	II. Afrontar excusas o peleas	Póster 5.2. Hoja 5.3.
3. Aprender a extinguir la utilización de recompensas una vez que el cambio de conducta se mantiene	III. Centrarse en las fortalezas	Hoja 5.4. Hoja 5.5. Hoja 5.6. Hoja 5.7.

Estructuración de las actividades	Tipología	Duración prevista
I. Desarrollo del programa e implementación	E + A + A	25 minutos
II. Afrontar excusas o peleas	D	10 minutos
III. Centrarse en las fortalezas	A + E + D + D	25 minutos
Duración total de la sesión		 60 MINUTOS

I. DESARROLLO DEL PROGRAMA E IMPLEMENTACIÓN **25 MINUTOS****E****A. REPASO DE LOS PASOS A SEGUIR PARA PONER EN MARCHA EL PROGRAMA DE CONDUCTA** **5 MINUTOS**

Pedid a los cuidadores que identifiquen un aspectos a cambiar y completen los pasos necesarios para desarrollar un programa de fomento de la autonomía. Usar la hoja 5.1. Discutid en grupo los comportamientos apropiados para situación de dependencia en particular (identificad aspectos a cambiar y sus componentes; comportamientos de reemplazo; la meta propuesta, etc.).

A**B. DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE COMPORTAMIENTO** **10 MINUTOS**

Trabajad individualmente, uno tras otro, con cada cuidador, para desarrollar la primera semana de un programa de comportamiento y sacarlo adelante (esto requerirá un esfuerzo del grupo). Basaos en la hoja 5.1.

A**C. REPRESENTACIÓN** **10 MINUTOS**

Animad a los cuidadores a ser considerados, pero firmes y directos, cuando expliquen a su adulto mayor el comportamiento que consideran inaceptable. Recordadles que llegar a un acuerdo entre ellos es una forma de posibilitar el cambio de manera fácil para ambos.

Ensayad y realizad una representación exacta (palabra por palabra) de la forma en que estos programas y sus correspondientes acuerdos se presentarán a los adultos mayores. Utilizad el siguiente monólogo como base (modificadlo si es necesario).

“Papá, me gustaría llegar a un acuerdo contigo sobre el suministro de tu medicación. He pensado que podríamos llegar a un acuerdo en el que tú te comprometas tomarte autónomamente la medicación y yo me comprometa a recompensarte por hacerlo. También, podemos acordar cuáles serían las consecuencias de no cumplir el acuerdo. Para que no se nos olvide podemos ponerlo por escrito, como un contrato, y firmarlo. Además podemos fijar un plazo para irlo revisando por si queremos cambiar algo. Mira, esto es lo que he pensado (...)”.

Haced que cada miembro ensaye, por turnos al menos una vez, lo que dirá exactamente.

*Elaborar un acuerdo en el que aparezcan cada una de las áreas en las que el adulto mayor pueda ir mejorando sus habilidades de funcionamiento autónomo.

Nota al formador: se propone que los cuidadores escriban el monólogo siguiendo su caso. Por ejemplo, se les puede dar una hoja en blanco o una como la siguiente:

(Nombre), me gustaría llegar a un acuerdo contigo sobre (tema). He pensado que podríamos llegar a un acuerdo en el que tú te comprometas a (compromiso adulto mayor) y yo me comprometa a (compromiso adulto mayor). También, podemos acordar cuáles serían las consecuencias de no cumplir el acuerdo. Para que no se nos olvide podemos ponerlo por escrito, como un contrato, y firmarlo. Además, podemos fijar un plazo (poner tiempo de revisión) para revisarlo por si queremos cambiar algo.



II. AFRONTAR EXCUSAS O PELEAS

10 MINUTOS

Para que los cuidadores puedan poner en marcha el programa que han diseñado y puedan negociar el contrato, hablad sobre el “Uso del contrato para afrontar excusas y peleas” (póster 5.1 y hoja 5.2) y debatid los “Consejos para ser un cuidador eficaz” (hoja 5.3).



III. CENTRARSE EN LAS FORTALEZAS

25 MINUTOS



A. CHARLA SOBRE CÓMO CONSEGUIR Y MANTENER EL BUEN COMPORTAMIENTO

10 MINUTOS

Repasad el póster 5.2. y la hoja 5.3. “Consejos para ser un cuidador eficaz”. Haced que los miembros del grupo reflexionen y resuman lo que han conseguido en el grupo y cómo han cambiado sus adultos mayores. Comentad la hoja 5.4. que resume las habilidades aprendidas.

Pedid a todos los miembros del grupo que escriban, individualmente, una línea diciendo “Lo que más he aprendido es...” y que lo compartan con el grupo.

Discutid con el grupo cuál es la habilidad más importante para cada uno. Posteriormente, hablad sobre las diferencias en dicha apreciación.

Decid algo como: “Es importante que continuéis usando las habilidades que habéis aprendido. Ahora ya tenéis ‘el ritmo de juego’ y sabéis que podéis hacerlo. Tenéis que intentar mantener ese ‘ritmo’. Sabemos que es mucho más fácil hablar de habilidades que ponerlas en práctica, pero los beneficios de mantenerlas son enormes. Os sentiréis orgullosos de vuestros adultos mayores. Os darán una vida rica y agradable, y no agotadora y descorazonadora. Vuestros adultos mayores continuarán aprendiendo y vosotros iréis cambiando la manera de aplicar las habilidades aprendidas. No obstante, mantened vuestra atención en el propósito y el espíritu de cada habilidad, y seréis capaces de hacer esos cambios.

Muchos cuidadores continúan necesitando, a veces, apoyo para tratar con su adulto mayor y no deben dudar en buscar ayuda si creen necesitarla.



Explicad que las siguientes sugerencias son algunas de las opciones que pueden ayudarles a conseguir y a mantener el buen comportamiento, así como a mejorar la relación con sus adultos mayores. Escribid estas tres ideas básicas en un lugar visible.

1. Usad los tres primeros puntos, marcados en negrita, de la hoja 5.5.
2. Buscad las recompensas que “ocurren naturalmente” para mantener el comportamiento. Por ejemplo, pasad de las recompensas artificiales (elementos materiales) a las recompensas naturales (alabanzas, actividades extra, privilegios, etc.).
3. Aseguraos de que vuestro programa se desvanece lentamente. No lo paréis bruscamente, el desvanecimiento debería empezar cuando la conducta se realice de forma continuada y debería hacerse de forma progresiva.



B. CHARLA SOBRE LA MEDIACIÓN Y RENEGOCIACIÓN DE PROBLEMAS (HOJA 5.6).



C. CHARLA SOBRE EL MODO DE “MANTENER LOS CAMBIOS QUE HABÉIS CONSEGUIDO” (HOJA 5.7).



ACUERDO DEL PROGRAMA DE COMPORTAMIENTO

Si recordáis las habilidades que hemos trabajado en estas sesiones y las usáis conseguiréis mejorar cada vez más las conductas positivas de vuestro adulto mayor. Podéis mantener los cambios planificando un programa de comportamiento que reflejaréis en un contrato que negociaréis con vuestro adulto mayor. Un contrato escrito especifica premios y recompensas, y el planteamiento completo de lo que queréis hacer. Vamos a trabajar sobre sus componentes.

El problema en la relación familiar/pérdida de autonomía es: _____

Establecimiento de la **meta**: (Lo que a mí me gustaría que mi adulto mayor hiciera en lugar de...) Me gustaría: _____

(Usa un mensaje “yo” y que el objetivo sea claro y positivo)

Haremos el seguimiento de este comportamiento de la siguiente forma: _____

¿Con qué frecuencia realiza el comportamiento deseado ahora? _____

¿Crees que es capaz a esta edad de aprender esta conducta? Sí No

¿Otras personas de su edad podrían realizar el comportamiento deseado? Sí No

Las recompensas que utilizaréis son (especificad qué, cómo y cuándo)

1. Alabar verbalmente _____

2. Premios especiales: _____

¿Qué **procedimiento para conseguir cambios** usaréis? Especificad cuándo y cómo.

1. Ignorar: _____

2. Hacer lo correcto: _____

3. Pérdida de privilegios: _____

Nombre del adulto mayor: _____ Fecha: _____
(Firma)

Nombre del cuidador: _____ Fecha: _____
(Firma)

USO DEL CONTRATO PARA AFRONTAR EXCUSAS Y PELEAS

Si vuestro adulto mayor os pone excusas y discute con vosotros sobre lo que se espera que hagáis, entonces tenéis un problema añadido.

Aquí hay algunas IDEAS para AFRONTAR DICHA SITUACIÓN Y NO DARSE POR VENCIDO:

- 1. ESCUCHAD Y DECIDID.** Si el contrato que hacéis con vuestro adulto mayor dice, claramente, lo que haréis y lo que debe hacer él, entonces debéis seguir con el contrato. Las excusas para no hacer lo que debe hacer se tienen que escuchar, pero no significa que debáis cambiar el contrato. Escuchar puede daros más información sobre por qué tiene problemas para hacer lo que se le pide y cumplir el contrato.
- 2. ¿EL CONTRATO ES JUSTO?** Si os sentís culpables por ser “tan estrictos”, entonces replanteaos si el contrato es justo. Quizá no estéis siendo verdaderamente justos con vuestro adulto mayor por ser el contrato demasiado duro o exigir más de lo que la relación pueda dar.
- 4. SI EL CONTRATO ES JUSTO, SEGUID ADELANTE.** Si todavía creéis que el contrato es justo, entonces aseguraos de que vuestro adulto mayor verdaderamente entiende lo que queréis. Hablad sobre las causas de sus problemas, SOLUCIONES POSIBLES y seguid adelante. Explicadle las causas reales por las que queréis que el contrato tenga éxito y contadle vuestros sentimientos (si no los sabe).
- 3. SI EL CONTRATO NO ES JUSTO, CAMBIADLO.** Si averiguáis que vuestro adulto mayor tiene problemas reales para hacer lo que dice el contrato, a pesar de su voluntad por llevarlo a cabo, entonces podéis hablarlo conjuntamente y cambiarlo. Algunos adultos mayores tienen problemas que les impiden hacer lo que queréis (problemas médicos, problemas de desarrollo o problemas de diferente tipo). Escuchar a vuestro adulto mayor ayudaría a encontrar dichos problemas. Cambiar el contrato no significa fracasar.
- 5. ¡SED CONSISTENTES!** A veces, cambiar la forma de actuar es difícil. Ser consistente al recompensar y, sobre todo, ignorar es duro. Más aún si anteriormente habéis tenido la costumbre de reaccionar durante años de la misma manera ante determinadas acciones.

CONSEJOS PARA SER UN CUIDADOR EFICAZ

Ser un cuidador eficaz es más que nada aprender a saber cómo fijar unas pautas para el funcionamiento autónomo a vuestros adultos mayores, conseguir que todos los miembros actúen aplicando las habilidades de comunicación y de relación trabajadas aquí y para prevenir la pérdida de funciones que impacta sobre su autonomía. En este programa hemos puesto en práctica habilidades de relación y comunicación para garantizar el bienestar familiar y promover a su vez la autonomía en las personas mayores. Sin embargo, ser un CUIDADOR EFICAZ también significa ser sensible a las necesidades y a los sentimientos de la persona cuidada, a aprender a controlarse, a ser capaz de llevarse bien con los demás y a conocer y hablar de sus sentimientos, así como de respetar y atender sus necesidades. Los siguientes puntos son algunas ideas de cómo hacerlo.

- 1. COMUNICAR DE MANERA ASERTIVA LAS ACCIONES QUE NOS GENERAN SENTIMIENTOS NEGATIVOS.** Hablad serenamente y no de manera enfadada. Decid algo como (depende de su edad, estado de salud y dependencia): “Yo sé que intentas hacer lo correcto, pero a veces hieres mis sentimientos o me haces sentir mal. Esto no es exactamente culpa tuya. Todos necesitamos aprender a hacer felices a los otros y a que nos hagan felices”. Los diferentes miembros de la familia aprenden a no herir los sentimientos de los demás. No obstante, para poder evitar hacerlo, es importante comunicar en qué somos más sensibles. Así, el resto de miembros de la familia puede tenerlo en consideración.
- 2. PONED LÍMITES Y ENSEÑAD AUTOCONTROL.** Los adultos mayores desean estar en compañía y deciden cuándo quieren, por ejemplo, tu atención. Es un deber de los cuidadores convertir al adulto mayor centrado en sí mismo en un adulto mayor, empático y apreciado. Esto no es fácil. Puede que vuestro adulto mayor necesite que le pongáis límites hasta que aprenda de las consecuencias naturales a autocontrolarse. Algunos adultos mayores necesitan aprender y entender las consecuencias relacionadas con su conducta. Unas serán positivas, mientras que otras no lo serán. No protejáis a vuestro adulto mayor demasiado. Necesita aprender que su conducta afecta a otros y que es responsable de su propia conducta.
- 3. TRABAJAD EN LLEVAROS BIEN CON VUESTRO ADULTO MAYOR.** Un adulto mayor que se siente cerca de ti es más probable que se esfuerce en agradarte. Decidle, siempre que podáis y de una forma natural, que le queréis mucho y lo que os gusta de él. Por ejemplo: que es muy cortés, que come muy bien, que se acuerda de tu cumpleaños, que es muy bueno haciendo sudokus o que es un buen observador, etc. Buscad cualidades para decirle. Realizad actividades especiales, los dos juntos.
- 4. HABLAD CON VUESTRO ADULTO MAYOR SOBRE SUS SENTIMIENTOS.** Algunos adultos mayores tienen más facilidad que otros para expresar sus sentimientos. Ello puede tener mucho que ver con la cultura en la que se criaron durante su niñez. Aún cuando siga diciendo “no sé”, seguid intentando ayudarlo a entender cómo se siente. Poner en práctica la expresión de los sentimientos es también un trabajo importante para los cuidadores.
- 5. BUSCAD TIEMPO PARA ESTAR CON VUESTRO ADULTO MAYOR.** Se tarda mucho tiempo en encontrar maneras de identificar momentos para compartir. Hoy la mayoría de los cuidadores necesitan trabajar y tienen poco tiempo para sus adultos mayores. Si os resulta difícil encontrar tiempo, podéis hacer simultáneamente lo siguiente: podéis hablar de los contratos, de los programas de tv, de necesidades y sentimientos y practicar “Nuestro Tiempo”, mientras fregáis los platos, cocináis, vais a la tienda o hacéis cualquier otra tarea en la casa.

RESUMEN DE LAS HABILIDADES DE CUIDADO

1. **Estableced expectativas realistas para vuestros adultos mayores.**
2. **Dad recompensas “sociales” por el buen comportamiento.**
3. **Estableced metas positivas y objetivos para el comportamiento de vuestro adulto mayor.**
4. **Hablad y escuchad activamente.**
5. **Apoyad la resistencia de vuestro adulto mayor a la presión social del entorno.**
6. **Entended que VUESTRA ayuda afecta a SU AUTONOMÍA y es importante medirla y evaluarla.**
7. **Utilizad la estrategia de “resolver problemas”.**
8. **Dad órdenes claras y efectivas.**
9. **Estableced límites: haced lo correcto.**
10. **Estableced límites: usad la pérdida de privilegios.**
11. **Utilizad contratos para producir cambios.**

Todas las actividades que se reflejan por parte del formador y de los manuales son solo propuestas. Cada familia deberá ser fiel a su estilo y sentirse cómoda con las actividades y formas de incrementar las conductas positivas para que su “programa de cambio y de fomento de la autonomía” sea realmente eficaz.

IDEAS PARA DAR RECOMPENSAS Y EMPEZAR A DISMINUIR SU USO

A continuación se incluyen algunas ideas para enseñar conductas nuevas a vuestro adulto mayor.

1. EMPEZAD APLICANDO RECOMPENSAS TODO EL TIEMPO. Elogiad o recompensad a vuestro adulto mayor cada vez que haga algo que os agrade, como cuando aprende y realiza una conducta nueva.

Por ejemplo: la Sra. García está tratando de fomentar que su adulto mayor a que colabore en la preparación de la comida cortando la verdura. Si el adulto mayor colabora activamente (incluso si no lo hace demasiado bien las primeras veces, dirá a adulto mayor: “Papá, me ha gustado mucho cómo has cortado el pimiento. Eres una gran ayuda para mí. Sabía que podrías hacerlo, pero no pensaba lo harías tan bien. Me hace sentir orgullosa tener un padre como tú que ayuda a la familia”.

Estas frases pueden sonar un poco pesadas o rebuscadas y no tienen que usarse todas a la vez. Los adultos mayores necesitan mucho reconocimiento por los trabajos y comportamientos que les impliquen recuperar o iniciarse en actividades que promuevan su autonomía, de esa manera continuarán tratando de hacerlo.

2. UNA VEZ QUE VUESTRO ADULTO MAYOR PUEDE HACER LA CONDUCTA, RECOMPENSAD DE VEZ EN CUANDO. Una vez que vuestro adulto mayor hace la conducta que queréis, siempre correctamente, os podéis relajar un poco y empezar a elogiar o a recompensar con menor frecuencia.

3. SI LA CONDUCTA POSITIVA CONTINÚA, ID EXTINGUIENDO LAS RECOMPENSAS. Si la conducta positiva continúa y la seguís recompensando, podéis extinguir las recompensas gradualmente. Disminuirlas significa seguir recompensando cada vez que vuestro adulto mayor realice su conducta durante varias semanas y después recompensar sólo de vez en cuando, dando recompensas con menos frecuencia. Únicamente podéis dejar de recompensar si vuestro adulto mayor puede seguir realizando su conducta por sí mismo. Si no, deberéis incrementar las recompensas.

MEDIAR Y RENEGOCIAR**MEDIAR**

A medida que intentéis cambiar aspectos de la relación e interacción cotidiana, es bueno que reviséis cada paso para estar seguros de que vais en la dirección que deseáis. Aquí tenéis una lista de los pasos que podéis revisar cuando desarrolléis nuevos planes para cambiar el comportamiento.

DECIDIR-RESOLVER PROBLEMAS

¿Están mis objetivos definidos claramente?

¿Mis objetivos incluyen lo que mi adulto mayor puede o debería hacer?

¿Son mis objetivos declaraciones de tipo “yo quiero...”?

- Si tienes un compañero (esposo, abuelo, etc.):

¿Estoy escuchando sus objetivos?

¿Estoy logrando que mis peticiones sean claras para que mi compañero entienda las metas y sepa reaccionar?

¿Pensamos juntos otras alternativas y decidimos juntos los nuevos objetivos?

¿Estamos comprometidos de verdad con esos objetivos?

ALCANZAR LOS OBJETIVOS-HACER CONTRATOS

1. ¿La conducta que queríamos cambiar fue fácil de entender?
2. ¿El contrato al que hemos llegado permitió recompensas inmediatas?
3. ¿Tuvimos que modificar el contrato?
4. ¿Fueron las recompensas pequeñas y frecuentes?
5. ¿Tu adulto mayor todavía se emociona por sus premios? ¿Está recibiendo premios por otro lado?
6. ¿Se premió el comportamiento después de que ocurriera?
7. ¿El contrato fue justo?
8. ¿Vuestro adulto mayor ayudó a hacer el contrato?
9. ¿Vuestro adulto mayor entendió el contrato?

MANTENER LOS CAMBIOS QUE HABÉIS CONSEGUIDO

Habéis trabajado muy duro durante estas semanas y aprendisteis muchas habilidades nuevas. En cierta forma ésta ha sido la parte fácil. El truco es seguir usando esas habilidades.

Ciertamente no tenéis todas las respuestas en lo que se refiere a ser cuidador, pero habéis aprendido una forma de trabajar juntos que puede seros muy útil para conseguir las metas que son importantes para vosotros.

RECORDATORIOS A LARGO PLAZO

Los recordatorios pueden ser muy útiles para retener en vuestra memoria lo que planeasteis o acordasteis que se debía hacer. Por ejemplo, anotaros lo que hacer y poner dicha nota en el espejo del dormitorio, en la cartera, en el llavero o en cualquier otro sitio que os sea de utilidad. Puede ser muy útil establecer un momento del día como recordatorio de que tenéis que revisar los aspectos de cambio establecidos para vuestro adulto mayor y recompensarlo (por ejemplo, todos los días a las 19 h. o inmediatamente después de cenar). Si convertís esto en una rutina, será más fácil recordarlo. También, las conductas de vuestro adulto mayor deberían recordaros que tenéis que recompensar las buenas e ignorar las que se pretenden cambiar.

PREMIOS A LARGO PLAZO

Además de poner recordatorios, deberíais premiaros. En algunos casos, el cambio de conducta de vuestro adulto mayor es un premio suficiente pero, en el caso de metas a largo plazo, podéis necesitar recompensaros. Estableced metas y escoged algo especial para vosotros cuando lo acordado con anterioridad se haya cumplido o logrado.

ESTABLECIMIENTO DE UN ACUERDO

Un recordatorio importante para hacer lo que se ha comentado es establecer un acuerdo. Al formalizar este acuerdo recordad hacerlo lo suficientemente fuerte para que funcione (un día al año no funcionaría) y, al mismo tiempo, realista (acordad discutir qué tal lo estáis haciendo cada día, los siguientes diez años, por ejemplo, puede ser demasiado).

CÓMO AFRONTAR EXCUSAS Y PELEAS, Y NO DARSE POR VENCIDO

1. Escuchad y decidid.
2. ¿El contrato es justo?
3. Si el contrato no es justo, cambiadlo.
4. Si el contrato es justo, seguid adelante
5. Sed consistentes.

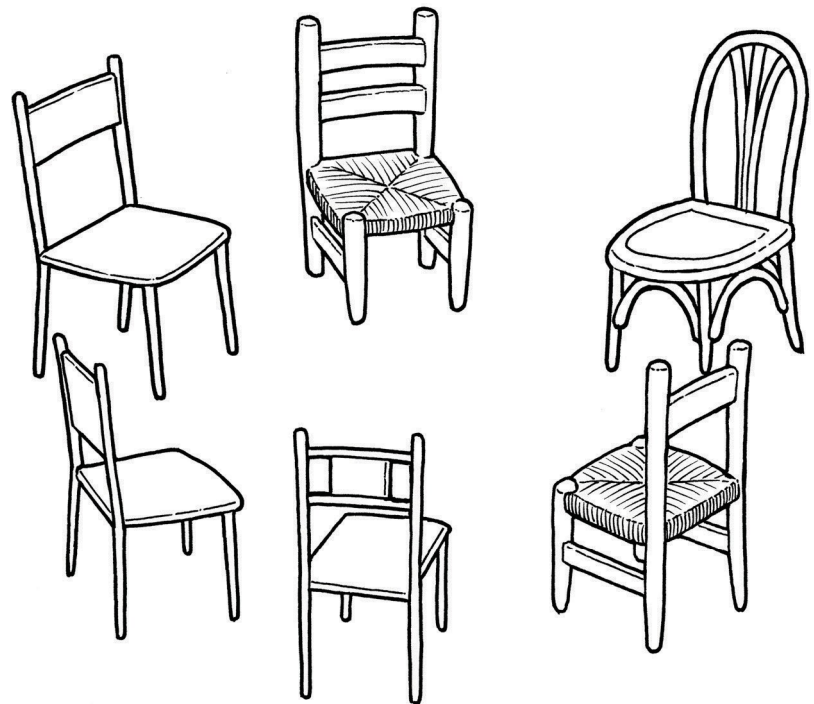
CONSEJOS PARA SER UN CUIDADOR EFICAZ

1. Enseñad a vuestro adulto mayor a tener en cuenta los sentimientos y las necesidades de los demás
2. Poned límites y poned en práctica las habilidades de autocontrol.
3. Trabajad en llevaros bien con vuestro adulto mayor mediante las habilidades adquiridas a lo largo del programa.
4. Hablad con vuestro adulto mayor sobre sus sentimientos.
5. Buscad tiempo para estar con vuestro adulto mayor.
6. Cuida de ti mismo, haz actividades que te gusten y que te proporcionen el equilibrio necesario para afrontar las situaciones de la cotidianidad.

PCF AUTO
Programa de Competência Familiar
UNIVERSAL

Manual de formación para las sesiones con las familias

Programa de Competencia Familiar
UNIVERSAL - AUTO



**MANUAL de FORMACIÓN
PARA LAS SESIONES
CON LAS FAMILIAS**

AUTORES:

Carmen Orte Socías (Universitat de les Illes Balears)

Lluís Ballester Brage (Universitat de les Illes Balears)

Maria de Lluç Nevot Caldentey (Universitat de les Illes Balears)

Josep Lluís Oliver Torelló (Universitat de les Illes Balears)

Belén Pascual Barrio (Universitat de les Illes Balears)

Marga Vives Barceló (Universitat de les Illes Balears)

Joan Amer Fernández (Universitat de les Illes Balears)

Maria Antònia Gomila Grau (Universitat de les Illes Balears)

Rosario Pozo Gordaliza (Universitat de les Illes Balears)

Miren Fernández de Álava (Universitat de les Illes Balears)

Victòria Quesada Serra (Universitat de les Illes Balears)

María Valero de Vicente (Universitat de les Illes Balears)

Lydia Sánchez Prieto (Universitat de les Illes Balears)

Carmen López-Esteva (Universitat de les Illes Balears)

COLABORADORES:

Albert Cabellos Vidal (Universitat de les Illes Balears)

Il·lustrador: Pau Oliver García-Delgado

Diseño de las portadas: Lluís Vidaña Lladó y Albert Cabellos Vidal

Diseño y maquetación: Lluís Vidaña Lladó y Albert Cabellos Vidal

ISBN: 978-84-8384-367-3

DL: PM 1528-2017

Nota: Para facilitar la lectura, se evita el uso continuado de la duplicidad de género (formador/ formadora). Así, cada vez que se menciona formador, etc. se entiende que se hace referencia a ambos sin que eso implique ningún tipo de consideración discriminatoria ni valoración peyorativa.

ESQUEMA DE INTERPRETACIÓN DE LA ICONOGRAFÍA



SESIÓN 0	9
Qué es el PCF-U y por qué sois importantes	
SESIÓN 1	13
Comunicarnos en familia	
SESIÓN 2	22
¿Cuáles son nuestras metas y objetivos como familia?	
SESIÓN 3	29
Construimos conductas y actuaciones positivas planteando peticiones eficaces y gestionando el enfado	
SESIÓN 4	37
Comunicarnos en familia para prevenir la pérdida de autonomía	
SESIÓN 5	43
Repasamos lo aprendido y nos graduamos	

QUÉ ES EL PCF-U Y POR QUÉ SOIS IMPORTANTES

RESUMEN

En esta sesión se pretende introducir un concepto de familia que contemple las distintas realidades de la misma en la actualidad. Además, se pretende iniciar la dinámica de trabajo del grupo que guiará las sesiones del programa y fomentará la participación en él.

METAS GLOBALES

- Conseguir el compromiso de asistencia del grupo al programa.
- Posibilitar la comprensión de los objetivos que se persiguen con el desarrollo del mismo.

Objetivos	Actividades	Hojas de referencia
1. Evaluar	I. Realización de los cuestionarios pre-test	
2. Crear un buen clima de grupo	II. Dinámica inicial de diversión familiar	
3. Dar pautas sobre el tipo de actividades que se realizarán en las sesiones de familia	III. Vista general del grupo familiar	
4. Afianzar y generalizar los aprendizajes de la sesión	IV. Práctica para casa	
5. Fomentar la participación y vinculación con el programa	V. Entrega de incentivos	

Estructuración de las actividades	Tipología	Duración prevista
I. Realización de los cuestionarios pre-test	(A)	30 minutos
II. Dinámica inicial de diversión familiar	(A)	10 minutos
III. Vista general del grupo familiar	(E)	10 minutos
IV. Práctica para casa	(C)	5 minutos
V. Entrega de incentivos	(A)	5 minutos

Duración total de la sesión  **60 MINUTOS**

Material de la sesión:

- Cuestionarios pretest (I)
- Incentivos (V)
- Folleto intranet (IV)



I. REALIZACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS PRE-TEST

 **30 MINUTOS**

Repartid los cuestionarios pre-test a todos los miembros de la familia. Recordad la importancia de estos cuestionarios y que al finalizar el programa completarán de nuevo estos mismos cuestionarios para ver cambios. Si es posible, se les devolverá la información de estos cuestionarios en las sesiones siguientes (antes del inicio de las sesiones o al finalizar éstas). Es importante que tanto cuidadores como adultos mayores no interactúen mientras cada grupo completa su cuestionario.



II. DINÁMICA INICIAL DE DIVERSIÓN FAMILIAR

 **10 MINUTOS**

CON EL OBJETIVO DE CREAR UN BUEN CLIMA GRUPAL, PODÉIS ESCOGER UNA DE ESTAS DOS PROPUESTAS:

PROPUESTA 1: PIEDRA, PAPEL, TIJERA

Cuidadores o familiares y adultos mayores jugarán al clásico juego de Piedra, Papel, Tijera. Normalmente, la Piedra gana ante la Tijera, la Tijera gana al Papel y el Papel gana a la Piedra. En esta versión será diferente. Ganará la pareja que coincida en más ocasiones

El objetivo es adivinar lo que el compañero va a hacer y sacar el mismo elemento. Quien sobreviva como pareja puede emparejarse con otros “supervivientes” y continuar jugando, en cuyo caso tendrán dos “ganadores”, la última pareja en el juego y la última “pareja familiar” en el juego (Si los cuidadores se sintiesen incómodos con la temática se puede jugar simplemente al “Piedra,papel o tijera”).

PROPUESTA 2: PALABRAS ENCADENADAS

Las palabras encadenadas forman una frase con lo que nos hace sentir bien.

Organizad el orden de intervención, definid quién juega primero y una vez que se sepa el turno de palabra comenzad con el juego.

1. Un participante comienza con una palabra.
2. El siguiente repite la palabra y añade otra con el objetivo de formar una frase explicando lo que nos hace sentir bien.
3. El tercero repite las dos ya pronunciadas y añade la siguiente, y así sucesivamente.

Por ejemplo, el primer participante dice: “Me siento bien cuando me miras a los ojos”. El segundo participante dirá: “Me siento bien cuando me miras a los ojos y *cuando me escuchas*”. El tercero dirá “Me siento bien cuando me miras a los ojos, cuando me escuchas y *cuando me dedicas tiempo*”.



III. VISTA GENERAL DEL GRUPO FAMILIAR



10 MINUTOS

A. DEFINIR LAS ACTIVIDADES DEL GRUPO FAMILIAR

Decid primero algo como: “Nos damos cuenta de que hay muchos tipos de familias y que mucha gente, aparte de los cuidadores, adquieren estas responsabilidades de atención y cuidado de otras personas. Cuando decimos familia nos referimos a un grupo de personas que comparten sus vidas y que se preocupan los unos por los otros. Cuando decimos cuidadores pretendemos incluir a todos los adultos que comparten el cuidado y la atención de los adultos mayores. Entendemos que existe una gran variedad de familias, así como de situaciones de dependencia. Esperamos que entendáis que en este programa, familia y cuidadores son términos fáciles para referirnos a estos conceptos”.



Decid: «Las familias aprenderán habilidades para que la vida familiar sea más relajada y agradable»:

1. **Las habilidades comunicativas familiares:** se aprenderá a mejorar la comunicación familiar. Estas habilidades pueden ser utilizadas en cualquier conversación.
2. **“Nuestro Tiempo”:** se aprenderán algunas maneras de disfrutar y aprovechar más el tiempo juntos y a poner en práctica las habilidades comunicativas trabajadas en algunas reuniones familiares y a entender a la familia como un factor de protección.
3. **Potenciamos la calidad de nuestra relación y tiempo:** una vez trabajadas las habilidades comunicativas y el tiempo conjunto, se profundizará en poner límites y en plantear peticiones claras para conseguir y mantener un buen clima familiar, así como mejorar la calidad del tiempo que se pasa juntos.

B . DESCRIBIR LA MANERA DE APRENDER LAS HABILIDADES

Decid: «Cuidadores y adultos practicarán las habilidades después de que los formadores les enseñen cómo».

“Se aprenderá cada habilidad en una serie de pequeños pasos. No se pueden aprender todas las habilidades a la vez. Dichas habilidades se aprenderán y practicarán en el programa y en casa”.

1. **Explicar.** Los formadores enseñarán a cuidadores y adultos mayores cuándo y cómo usar cada habilidad.
2. **Demostrar.** Los formadores enseñarán a las familias cómo se usa cada habilidad actuando juntos o con un voluntario.
3. **Practicar con cuidadores y adultos mayores.** Los cuidadores practicarán con sus adultos mayores.
4. **Practicar en casa.** Los formadores pedirán a las familias que practiquen en casa.



IV. PRÁCTICA PARA CASA



5 MINUTOS

Recordad las prácticas para casa que se hayan indicado en la sesión de cuidadores.

Y en el caso de que esté disponible el espacio de intranet para familias, facilitad un folleto informativo y explicad el funcionamiento.



V. ENTREGA DE INCENTIVOS



5 MINUTOS

Repartid incentivos agradeciendo su participación y deseando verles en la siguiente sesión.

COMUNICARNOS EN FAMILIA

RESUMEN






En esta primera sesión se pretende introducir y trabajar la comunicación como estrategia para la mejora de las relaciones familiares.

META GLOBAL

- Mejorar la comunicación intrafamiliar a través de las habilidades de comunicación.

Objetivos	Actividades	Hojas de referencia
1. Exponer reglas y roles básicos de las habilidades comunicativas	I. Habilidades comunicativas (Reglas y roles). Dinámica de diversión familiar	
2. Iniciar a los participantes en la práctica de “Nuestro Tiempo”	II. Perspectiva de “Nuestro Tiempo”	
3. Reconocer la importancia de apreciar a los distintos miembros de la familia	III. Hacer el árbol familiar	Pósteres 1.1.AM 1.2.AM, 1.3.AM
4. Afianzar y generalizar los aprendizajes de la sesión	IV. Práctica para casa	Hoja 1.5.C* Hoja 1.6.C* Hoja 1.1.AM* Lista de comprobación

* Se indicará con una C o AM mayúscula la guía a la que pertenecen las hojas. C. (cuidadores) AM. (adultos mayores).

Estructuración de las actividades	Tipología	Duración prevista
I. Habilidades comunicativas (Reglas y roles). Dinámica de diversión familiar		15 minutos
II. Perspectiva de “Nuestro Tiempo”		20 minutos
III. Hacer el árbol familiar		15 minutos
IV. Práctica para casa		5 minutos
Duración total de la sesión		 55 MINUTOS

Material de la sesión:

- Figuras previamente cortadas (hojas, flores y manzanas) para hacer el árbol familiar (III)
- Papel y bolígrafos o pinturas (III)

I. HABILIDADES COMUNICATIVAS (REGLAS Y ROLES). DINÁMICA DE DIVERSIÓN FAMILIAR



15 MINUTOS

A. ¿POR QUÉ MEJORAR LAS HABILIDADES COMUNICATIVAS?

Decid: «Durante esta sesión mejoraréis vuestras habilidades comunicativas y aprenderéis cómo hacer que las charlas familiares sean más fáciles, agradables y gratificantes. Cuidadores y adultos mayores habéis aprendido los mismos principios de comunicación en vuestros grupos. Durante este tiempo familiar, practicaréis estas habilidades y aprenderéis cómo mantener una charla familiar. Los formadores estarán para ayudar a mantener una comunicación fluida».



B. ALGUNAS REGLAS BÁSICAS PARA MANTENER CONVERSACIONES FLUIDAS

Breve resumen de las reglas de comunicación y de los roles a adoptar.

1. Las personas no pueden hablar al mismo tiempo en una conversación. Hay que hablar de uno en uno.
2. Todas las personas deben tener la oportunidad de hablar.
3. No se debe hablar cuando otra persona tenga la palabra.
4. No se deben catalogar las ideas de otra persona como absurdas.



C. ROLES

1. Orador
2. Oyente
3. Moderador (entrenador)

II. PERSPECTIVA DE “NUESTRO TIEMPO”

20 MINUTOS



Los formadores de los adultos mayores se los llevarán a otra aula para realizar un juego u otra actividad gratificante de diez minutos. *Ejemplo: en parejas, dales una lista de 10 actividades chistosas (p.e.1. Sacarse una foto con la lengua fuera). Quien las rellene en 5 minutos es el ganador. Fomenta el clima grupal, la diversión, el buen humor y activa a sus participantes.



A. PROPUESTA EXPLICADA A LOS CUIDADORES



Decid: «“Nuestro Tiempo” es una de las habilidades más importantes que aprenderán con el Programa de Competencia Familiar. Utilizaremos algunas sesiones para aprender más sobre la habilidad y sobre cómo practicarla. Esta tarde sólo la introduciremos.

El objetivo es aumentar el tiempo que pasáis cuidadores y adultos mayores, realmente juntos, es decir, no sólo compartiendo la misma habitación. Los cuidadores pondréis en práctica mejores maneras de recompensar a vuestro adulto mayor por el funcionamiento autónomo; y los adultos mayores a vuestros cuidadores ante las interacciones que fomenten vuestro bienestar. Las recompensas sociales están vinculadas con los gustos propios sociales pero no pueden ser compradas en una tienda. Es como si se tratará de “premiar” los aspectos positivos que se dan en el día a día, para incentivar que se den en mayor medida, realizando actividades con las que disfruten. Hemos llamado a esta práctica “Nuestro Tiempo” porque es tiempo para vosotros, realizando actividades que escojáis y disfrutéis.

Las habilidades que aprenderéis y mejoraréis en “Nuestro Tiempo” facilitarán la reducción de las consecuencias negativas vinculadas a la aparición de actuaciones o conductas que son motivo de enfado o discusión, y, en general, a reducir la **crítica**, la rabia y las consecuencias negativas.

Por encima de todo, el objetivo es ayudaros a conseguir más comportamientos que os gustan y reducir los que menos os gustan. Facilitando dicho cambio, haremos que el tiempo que pasáis juntos se alo más agradable posible para ambos».

B. ¿POR QUÉ HACER “NUESTRO TIEMPO”?

Decid: «“Nuestro Tiempo” es un momento especial para estar con los cuidadores, haciendo cualquier actividad razonable que los adultos mayores quieran hacer”. Recomendamos que se dedique, si es posible, cada día un rato a “Nuestro Tiempo”». Durante “Nuestro Tiempo”, los cuidadores deberían apuntar y comentar lo que los adultos mayores hagan. Puede resultar más natural si los cuidadores y los adultos mayores hacen juntos algo con lo que el adulto mayor disfrute, como jugar a un juego de mesa como las cartas, ver un programa de TV o dar un paseo. También se puede unir el cuidador a algo que el adulto mayor ya esté haciendo.

A veces los cuidadores no prestan suficiente atención a lo bueno que hacen sus adultos mayores o incluso, a veces, no les prestan atención en absoluto. Desgraciadamente, es fácil esperar un buen comportamiento y sólo comentar el mal comportamiento que no nos gusta. La recompensa más importante para nuestros adultos mayores, por mucho que no lo quieran reconocer, nuestra atención como cuidadores.

El objetivo de “Nuestro Tiempo” es que prestéis atención a vuestro adulto mayor sin críticas o correcciones. Es un tiempo para mostrar interés por ellos, sus actividades y sus vidas. Cuando podáis premiar algo es perfecto, pero hacerlo con sinceridad es la clave. Más adelante, en el programa, os ayudaremos a aprender a atender y premiar para conseguir más del comportamiento que os gusta e, incluso, menos del que no os gusta.

Los formadores de adultos mayores traerán a los adultos mayores de vuelta con el grupo de los cuidadores.



C. PAUTAS PARA “NUESTRO TIEMPO”



10 MINUTOS

Decid: «Como cuidadores, vuestro trabajo es prestar total atención a vuestros adultos mayores, como mínimo un par de veces por semana. Nos gustaría simplemente que prestaseis atención y comentaseis lo que vuestro adulto mayor haga. Premiad lo que os gusta e ignorad cuestiones menores que os disgustan. Deberíais evitar expresar peticiones como ordenes y hacer críticas. Intentad que vuestras preguntas no suenen como una crítica o una orden. Esto puede resultar duro al principio, pero los formadores estaremos ahí para ayudaros.

Como adultos mayores, éste es vuestro tiempo especial con vuestros cuidadores. Podéis escoger lo que queráis hacer, así que podríais llamarlo “Nuestro Tiempo”. A veces es duro para vuestros cuidadores olvidar sus propios problemas y preocupaciones, y centrarse en vosotros. Esta práctica debería ayudarles. Vosotros lo podéis facilitar más entendiendo que al principio pueden sentirse incómodos y actuar como tal. Dadles la oportunidad de intentarlo y ayudadles».

Haced una simulación breve de “Nuestro Tiempo” a partir de algunos temas que puedan ser relevantes en el grupo.



III. HACER EL ÁRBOL FAMILIAR



15 MINUTOS

Esta actividad ayudará a las familias a iniciar “Nuestro Tiempo”, con vuestra supervisión después de que hayáis realizado una simulación.

Hacer un árbol familiar ayudará tanto a los cuidadores como a los adultos mayores a centrar la atención en su familia, de dónde vienen sus antepasados y qué los hace distintivos. Necesitaréis una hoja de papel, rotuladores para cada familia, marcadores y figuras recortadas (puede que en forma de hojas, flores y manzanas). En el caso de que acuda una pareja a la sesión, pueden dibujar dos árboles juntos de sus respectivas familias, que se entrelacen mediante los valores que les unieron al conocerse y les unen en la actualidad.

Explicad que no habrá dos árboles familiares iguales, que no hay un árbol familiar “correcto”. Pedid a los cuidadores y a sus adultos mayores que construyan juntos *su* árbol familiar: las raíces pueden ser los familiares antepasados, el tronco los adultos mayores y los cuidadores y las ramas los valores que sostienen su relación y sus principios. Las hojas pueden ser los valores familiares, las flores y las manzanas aspectos positivos que vienen de la familia. Es importante que vayan revisando las habilidades comunicativas que anteriormente han trabajado (pueden revisar los pósteres 1.1.H, 1.2.H, 1.3.H).



IV. PRÁCTICA PARA CASA



5 MINUTOS

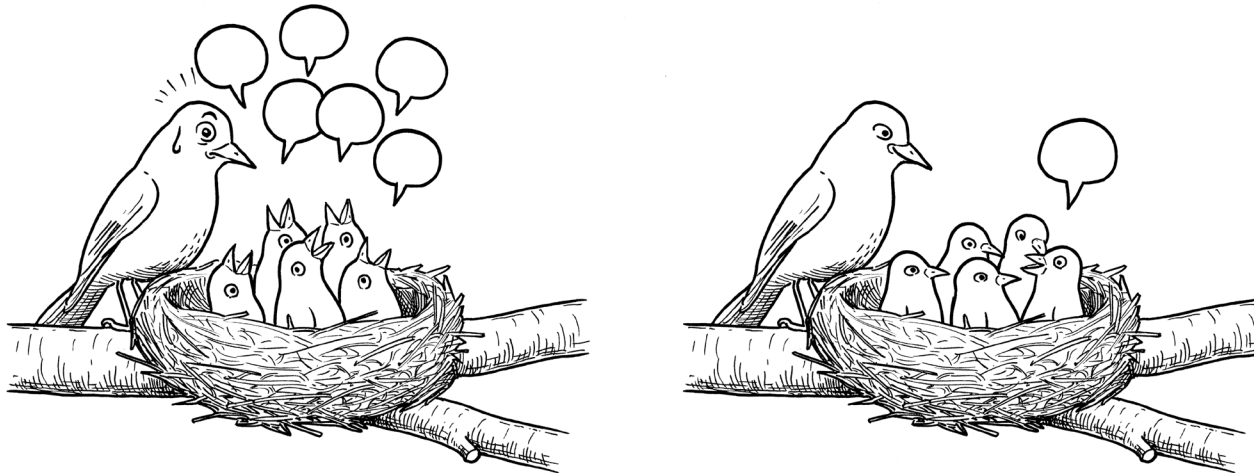
Durante la primera hora de la sesión de hoy se pidió a los cuidadores que pasarán más tiempo esta semana practicando, en una conversación, las habilidades de comunicación con sus adultos mayores, y a los adultos mayores se les enseñó habilidades para escuchar y para hablar.

A los cuidadores se les pide **que revisen la hoja 1.5. de la guía de cuidadores** cumplimentada por sus adultos mayores y que les ayuden con la parte en que evalúan sus propias acciones y conductas en relación a su autonomía.

Después, el adulto mayor, con la ayuda de sus cuidadores, rellena la hoja 1.1. de su guía (hoja 1.6. de cuidadores). En ella debe indicar quién de su familia es bueno en una serie de técnicas de comunicación. Revisad estas instrucciones y resolved dudas.

Nota al formador: Las familias deberán cumplimentar la lista de comprobación mediante la intranet de la página web, en el caso que esté activada esta opción. En el caso que no esté activada, o los participantes no tengan acceso a ella, los formadores deberán fotocopiar la “Lista de comprobación” que se encuentra al final de esta sesión.

HABILIDADES PARA ESCUCHAR (Póster 1.1.)



1. Las personas no pueden hablar al mismo tiempo en una conversación.
Hay que hablar de uno en uno.
2. Todas las personas deben tener la oportunidad de hablar.
3. No se debe hablar cuando otra persona tenga la palabra.
4. No se deben catalogar las ideas de otra persona como absurdas.



SESIÓN DE PRÁCTICA PARA CASA

REGISTRO DE TEMAS DISCUTIDOS EN LA COMUNICACIÓN FAMILIAR

Debes contestar a las preguntas del registro, tratando de pensar en lo que percibiste durante los momentos de comunicación en la familia.

Ésta es mi percepción acerca de:

1. Los sentimientos de los que hablé.
2. Los sentimientos de los que hablaron las otras personas de mi familia.

Siento que:

3. Las personas de mi familia me comprendieron:

- Muy bien
- Bastante bien
- Bastante mal
- Muy mal

4. Como resultado de la comunicación familiar entiendo mis sentimientos y actuaciones:

- Igual que antes lo que siento y hago
- Un poco más lo que siento y hago
- Mucho más lo que siento y hago
- Muy bien lo que siento y hago

5. Como resultado de la comunicación familiar entiendo a las personas de mi familia:

- Igual que las entendía antes
- Un poco más de lo que las entendía antes
- Mucho más de lo que las entendía antes

REGISTRO DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN FAMILIAR

Vuestro adulto mayor debe señalar con una cruz aquellos miembros de la familia que son buenos en las diferentes técnicas de comunicación.

	CUIDADOR 1	CUIDADOR 2	NIETO	TÚ
Cuando habla				
1. Usa mensaje de “yo me siento”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Expresa sus ideas de una en una	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Elogia a las demás personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es claro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dice lo que quiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No habla por los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. No discute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. No dice “siempre” o “nunca” si no es verdad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando escucha				
1. Está interesado y activo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acepta opiniones de las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hace preguntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No interrumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No juzga a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando modera				
1. Elogia el buen trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Da sugerencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LISTA DE COMPROBACIÓN DE REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA PARA CASA

Nombre: _____

¿Quién?	Lista de comprobación de realización de la práctica para casa	SÍ	NO
La familia	Hemos practicado las habilidades comunicativas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hemos completado, entre todos, el registro de temas discutidos en la comunicación familiar (hoja 1.1 de la guía de adultos mayores).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hemos completado el registro de las habilidades de comunicación familiar (hoja 1.6 de la guía de cuidadores).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿CUÁLES SON NUESTRAS METAS Y OBJETIVOS COMO FAMILIA?

RESUMEN

En esta segunda sesión se pretende trabajar las reuniones familiares para seguir practicando las habilidades de comunicación de la sesión anterior y favorecer el reconocimiento de recompensas que pueden gustar a los adultos mayores.

METAS GLOBALES

- Conseguir mantener las reuniones familiares.
- Introducir estrategias como “Nuestro Tiempo” y el uso de recompensas a partir de las metas y los objetivos establecidos
- Identificar y aplicar metas y objetivos de cuidadores y adultos mayores.

Objetivos	Actividades	Hojas de referencia
1. Revisar el grado de comprensión de las reuniones familiares	I. Repaso de la práctica para casa	
2. Reflexionar sobre la importancia del buen uso de las recompensas	II. Recompensas	
3. Reconocer las metas y los objetivos de los cuidadores y adultos mayores	III. ¿Qué te gustaría ser?	
4. Continuar la práctica de la actividad “Nuestro Tiempo”	IV. Observación de “Nuestro Tiempo”	
5. Integrar los objetivos de los diferentes miembros de la familia y compartir los mismos	V. Trabajar como una familia	
6. Iniciar “Nuestro Tiempo”	VI. Práctica para casa	Lista de comprobación

Estructuración de las actividades	Tipología	Duración prevista
I. Repaso de la práctica para casa	Ⓓ	5 minutos
II. Recompensas	Ⓐ	10 minutos
III. ¿Qué te gustaría ser?	Ⓐ	10 minutos
IV. Observación de “Nuestro Tiempo”	Ⓐ	15 minutos
V. Trabajar como una familia	Ⓐ	15 minutos
VI. Práctica para casa	Ⓒ	5 minutos
Duración total de la sesión		60 MINUTOS

Material de la sesión:

- Papel y lápiz (II y III)
- Caja (II)
- Pizarra (III)

METAS Y OBJETIVOS FAMILIARES

I. REPASO DE LA PRÁCTICA PARA CASA



5 MINUTOS



Pedid a las familias cómo les fue “Nuestro Tiempo” en casa durante la semana. Si no lo hicieron, preguntad por qué y después intentad resolver el problema con la familia para que puedan practicar “Nuestro Tiempo” la próxima semana. Las razones para no practicar “Nuestro Tiempo” suelen ser “me olvidé” o “no tuve tiempo”. Demostrad apoyo pero no paséis demasiado tiempo prestando atención a los problemas.

Si la familia practicó, permitid que cada miembro hable sobre cómo fue “Nuestro Tiempo” y sobre cómo se sintieron al hacerlo y comentarlo. Si es difícil empezar a hablar, algunas preguntas para incitar la conversación pueden ser:



a) Cuidadores:

1. ¿Fue duro dejar que vuestro adulto mayor escogiese la actividad?
2. ¿Os pareció incómodo o antinatural?
3. ¿Observasteis algún cambio en el comportamiento mientras estabais jugando con vuestro adulto mayor? ¿Cómo respondió vuestro adulto mayor?



b) ADULTOS MAYORES:

1. ¿Te gustó practicar “Nuestro Tiempo” con tus cuidadores?
2. ¿Cómo te sientes cuando tus cuidadores te prestan tanta atención?



II. RECOMPENSAS



10 MINUTOS

JUEGO de LAS RECOMPENSAS

- a. Repartid trozos de papel y lápices, y pedid a los cuidadores y a los adultos mayores que escribano dibujen algo que les gustaría obtener como recompensa en el papel, que lo doblen y que lo pongan en una cajita que se irá pasando.

(¡Cuidado! Algunos miembros del grupo se pueden sentir incómodos o pueden ser incapaces de escribir o leer. En ese caso, es mejor alentar a que dibujen).

- b. Removed los papeles y pasad la caja. Mientras tanto, cada participante dirá “Todo lo que quiero por mi cumpleaños es...” y, cogiendo un trozo de papel, lo abrirá y completará la frase con lo que esté escrito. Estas uniones normalmente son divertidas pero debéis estar preparados para ayudar a algún participante que se pueda sentir incómodo.
- c. Recoged los trozos de papel y, mientras los vayáis recogiendo de uno en uno, pedid a los cuidadores que intenten adivinar cuál es el de su adulto mayor.



III. ¿QUIÉN TE GUSTARÍA SER?



10 MINUTOS

A. METAS DE LOS CUIDADORES Y ADULTOS MAYORES

Explicad que se pedirá a los adultos mayores que escriban qué les gustaría ser capaces de hacer o cambiar de ellos mismos. A los cuidadores se les pedirá que escriban qué les gustaría que sus adultos mayores pudieran ser capaces de hacer o que pudieran cambiar. Los formadores recogerán las notas, las mezclarán, las leerán una por una y pedirán a los cuidadores que intenten adivinar cuál es la de su adulto mayor.

Cuidado, recordad que al igual que en la actividad anterior: **separad a cuidadores y adultos mayores** y entregad el material de escritura tanto a los cuidadores como a los adultos mayores.

Después de un par de minutos preguntad si cuidadores y adultos mayores están listos. Los formadores recogerán las notas y escribirán en la pizarra lo que pone en las notas de los adultos mayores. Cuando todas las notas de los adultos mayores se hayan escrito en la pizarra, los adultos mayores volverán con sus cuidadores.

Juntad a los adultos mayores con sus cuidadores. En pequeño grupo, pedid a los cuidadores que intenten adivinar cuál es la nota de su adulto mayor y que comenten aquello que escribieron.



B. METAS Y OBJETIVOS

Explicad que lo que quieren cuidadores y adultos mayores son metas. Las metas se consiguen con pequeños pasos llamados objetivos. Contad al grupo que los cuidadores han estado practicando cómo ayudar a sus adultos mayores a alcanzar sus metas, estableciendo objetivos que los lleven a sus metas. Recordad a los cuidadores y a los adultos mayores que en las sesiones ambos han estado practicando maneras de recompensar a la gente que se va aproximando a sus metas. Específicamente, los cuidadores han aprendido cómo animar y recompensar a sus adultos mayores en los progresos hacia las metas que los cuidadores tienen para sus adultos mayores.



IV. OBSERVACIÓN DE “NUESTRO TIEMPO”

15 MINUTOS

A. METAS DE LOS ADULTOS MAYORES

Explicad que los adultos mayores deberían contar a sus cuidadores las metas que han establecido en su sesión y pensar un objetivo que pueda ser un primer paso hacia su meta. Debido a que esta actividad es como “Nuestro Tiempo”, los cuidadores deberían escuchar atentamente hasta que sus adultos mayores hayan acabado. Pueden preguntar de vez en cuando, pero deberían intentar no interrumpir. Éste es el momento de sus adultos mayores para hablar. En el siguiente paso los cuidadores explicarán a sus adultos mayores su meta.

Los formadores observan a los cuidadores y a los adultos mayores interactuando. Premiad a los cuidadores por prestar atención y recompensar. Con tacto, aconsejad a los cuidadores que no den órdenes ni hagan demasiadas preguntas. Los formadores deben animar y reforzar a cuidadores y adultos mayores por comportamientos apropiados y progresos, estando atentos a todos los progresos, por pequeños que sean.

B. METAS DE LOS CUIDADORES

Ahora pedid a los cuidadores que expliquen sus metas y los pasos/objetivos que creen que podrían ayudar a su adulto mayor a alcanzar la meta.

Los formadores pueden hacer sugerencias para ayudar a los cuidadores o a los adultos mayores que se pueden atascar con los conceptos de meta y objetivos o a pensar en los pasos y objetivos que pueden ayudar a conseguir las metas. Recordad, vuestro trabajo es ayudar a los cuidadores y a los adultos mayores, no hacer el trabajo por ellos.



V. TRABAJAR COMO UNA FAMILIA

15 MINUTOS

A. INSTRUCCIONES

Se dará una situación imaginaria a cada familia para actuar entre ellos. Cada miembro familiar debe escoger un papel en la situación y actuar en consecuencia. El objetivo de la actividad no es encontrar una solución rápida, sino actuar con el sentimiento tan convincente y real como sea posible. No se debe dedicar demasiado tiempo, unos cinco minutos.

B. LA SITUACIÓN “GASTAR EL BOTE”

Imaginad que la familia, como conjunto, debe decidir cómo gastar 100 euros que acaban de ganar en un concurso de la radio.

Éste es un problema difícil para la familia por dos razones. Primero, tienen intereses muy diversos. Al cuidador le puede gustar el fútbol, a su pareja salir a bailar, a los hijos los parques acuáticos mientras al adulto mayor le gusta ir al teatro. Segundo, no se puede gastar nada del dinero hasta que todos los miembros de la familia estén de acuerdo. Deben intentar encontrar algo con lo que toda la familia disfrute.

Nota al formador: en esta actividad se pueden cambiar los roles entre cuidadores y adultos mayores. Es importante indicar que tiene que gastarse en una actividad de agrado y/o diversión para todos. No canjear en materia/compra.



C. DEBATE

Cuando las familias hayan alcanzado una solución o se haya cumplido el tiempo, los formadores deberían preguntar a todos los participantes las siguientes cuestiones:

1. Las soluciones a las que llegaron las familias.
2. Cómo se han comportado los miembros de la familia durante la actividad.
3. Los sentimientos que se pueden intuir por el comportamiento de cada persona.
4. Los sentimientos expresados por cada persona durante el ejercicio.



VI. PRÁCTICA PARA CASA



5 MINUTOS

Pedid a las familias que **continúen practicando “Nuestro Tiempo”** y que recuerden prestar atención.

Pedid: “Los cuidadores deberíais **dar a vuestros adultos mayores ‘recompensas sociales’** varias veces al día por hacer algo bueno. Por ejemplo: ‘Papá, me gustó la manera en que cortaste pimiento aunque te supusiera un esfuerzo. Eres un gran apoyo para mi’ o ‘Mamá, gracias por tu esfuerzo en hacer tus actividades durante la media hora que necesitaba para ayudar a Jorge con sus deberes. Me sentí muy tranquila y aliviada al ver lo autosuficiente que puedes llegar a ser.’”

LISTA DE COMPROBACIÓN DE REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA PARA CASA

Nombre: _____

¿Quién?	Lista de comprobación de realización de la práctica para casa	SÍ	NO
La familia	Hemos continuado practicando “Nuestro Tiempo”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hemos recordado prestar atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los cuidadores	Hemos dado a nuestros adultos mayores “recompensas sociales” varias veces al día por hacer algo bueno vinculado a su funcionamiento autónomo o a la mejora del clima familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POTENCIAMOS LAS ACTUACIONES Y CONDUCTAS POSITIVAS DANDO INSTRUCCIONES EFICACES Y GESTIONANDO EL ENFADO

RESUMEN

En esta tercera sesión se pretende introducir estrategias que ayudan a la resolución de problemas familiares y a afrontar el enfado.

METAS GLOBALES

- Aprender estrategias para la resolución de conflictos.
- Enfrentarse al enfado y desarrollar estrategias de expresión del enfado.

Objetivos	Actividades	Hojas de referencia
1. Mantener el buen clima grupal	I. Actividad de diversión en familia	
2. Hablar sobre distintas formas de enfado	II. Hablar sobre el enfado	Póster 5.2.AM
3. Pensar en cómo actuar frente al enfado	III. Representación sobre el enfado	
4. Introducir estrategias para la resolución de problemas	IV. Practicar la solución de problemas	Hoja 3.10.C Póster 5.1.AM
5. Afianzar y generalizar los aprendizajes de la sesión	V. Práctica para casa	Lista de comprobación

Estructuración de las actividades	Tipología	Duración prevista
I. Actividad de diversión en familia	A	10 minutos
II. Hablar sobre el enfado	E	5 minutos
III. Representación sobre el enfado	A + E	15 minutos
IV. Practicar la solución de problemas	A	25 minutos
V. Práctica para casa	C	5 minutos

Duración total de la sesión 60 MINUTOS

**I. ACTIVIDAD DE DIVERSIÓN EN FAMILIA****10 MINUTOS**

Se empieza con una actividad por mera diversión. Recordad que los participantes están en el programa desde hace varias sesiones así que recompensadles por su progreso. Recordadles lo lejos que han llegado, felicitadlos por su esfuerzo y evolución, y explicadles esta actividad como una recarga de energía y de recompensa.

Una posibilidad es la de las palabras encadenadas. Contáis con tres preguntas iniciales (que tres de los adultos pueden lanzar al grupo):

- ¿Qué llevarías a una isla desierta?
- ¿Qué regalo te gustaría recibir que no fuera un objeto?
- ¿Qué te gustaría hacer por vacaciones este verano?

Estamos en un círculo y todos (participantes y formadores) respondemos a la pregunta elegida para iniciar la actividad. Cada uno de nosotros debe añadir lo que han dicho los participantes anteriores. El juego se mantiene mientras los participantes recuerdan todas las palabras, a poder ser, hasta cerrar el círculo.

**II. HABLAR SOBRE EL ENFADO****5 MINUTOS**

Decid algo como: “El enfado es una emoción compleja. La gente expresa su enfado de muchas maneras; algunos inmediatamente y otros a largo plazo. La manera de expresar el enfado varía de una cultura a otra e incluso de una parte de un país a otra y de una familia a otra. Eso nos enseña que la manera de expresar el enfado se aprende, como hablar o como celebrar las fiestas, y pasa de una generación a otra. Una manera de expresar el enfado no es necesariamente correcta o equivocada, pero en un momento y un lugar específico puede tener consecuencias que le crearán a esa persona una buena o una mala opción”.

**III. REPRESENTACIÓN SOBRE EL ENFADO****15 MINUTOS****5 MINUTOS**

Decid: «Los formadores hemos preparado una actuación para vosotros. Os pedimos que observéis y después nos digáis lo que habéis visto y cómo podríamos volver a actuar de una manera más inteligente».

FORMADOR: “Me gustaría que conocierais a Andrés (uno de los formadores), un cuidador, padre soltero y a su madre Amanda (otro formador). Yo soy el narrador. Hoy Amanda, que tiene problemas de movilidad, mientras su hijo estaba en el trabajo, buscaba su botellín de agua y, al no encontrarlo decide levantarse, aun sabiendo que su hijo la tiene avisada de que mientras él no está ella no debe ir a la cocina, dado que debe evitar ciertos riesgos cuando está sola, e ir a la cocina; “total, solo es coger un vaso del estante, con todo el tiempo que tengo, lo conseguiré y no se dará cuenta”. A la horade coger el vaso, sin ver qué había sobre el estante, tira de él sin ver que delante del mismo había unataza pequeña de cerámica la cuál, cae sobre su cara y luego al suelo rompiéndose en mil pedazos. Vuelve con mucha dificultad a su asiento y comienza a pensar en el disgusto que dará a su hijo cuando llegue y vea el golpe que se ha hecho en la cara y la taza que le regaló la chica a la que quisotanto - que por cierto, cortaron hace un mes, es un tema aún sensible para él-. En otras palabras, no ha sido un buen día. Desgraciadamente, Andrés tampoco tuvo un gran día. Cuando llegó al trabajo descubrió que habían ascendido a otro (cuando él consideraba que se lo merecía más). Cuando fuea comprar una barra de pan para la cena, la panadera le dio mal el cambio y Andrés no se dio cuenta de ello hasta que no llegó a casa y se percató de que le faltaban 10 euros de cambio. Creo que os habéis hecho una idea. Ahora están los dos en casa a las 17:30h”.

Andrés (disgustado): ¡Mamá! ¿Qué ha pasado? ¿Estás bien? ¡¿No te tengo dicho que por favor no te levantes?! ¿En serio vengo con mil y un problemas y al llegar a casa tengo que tener más preocupaciones?

Amanda (quejándose): ¡Andrés! ¡Que tenga problemas para moverme no significa que forme parte del mobiliario de la casa! ¡Tenía sed y se te olvidó dejar mi botellín cerca de la cama!

Andrés (más enfadado): Para de quejarte. Sabes que tengo mil cosas en la cabeza y tu ni siquiera te preocupas de asegurarte de que no te falte nada antes de irme. Pasas de todo lo que no sea la tv, llamarme y exigirme. Encima mi hermano, que nunca viene es Dios para ti.

Amanda: No paso de todo. Siempre dejas el botellín preparado y ya no pienso en mirar si está antes de que te vayas.

Andrés (sarcástico): Bueno, señora Amanda, y ahora después de mi día, tendremos que pasar tres maravillosas horas ¡mínimo! En urgencias para que te miren ese fantástico ojo que te has dejado.

Amanda (llorando): ¡No me hables así Andrés!

Andrés (muy enfadado): ¿¿Cómo tengo que decirte las cosas pues para que las entiendas!?

Nota al formador: para hacerlo más realista podéis adaptar la actuación a vuestro entorno.

Pedid: “¿Qué visteis? ¿Cómo podría haberlo hecho mejor Andrés? ¿Y Amanda? ¿Qué desencadenó la pelea? ¿Cómo se sentían ambos al final de la pelea? ¿Cómo podrían solucionar ahora su enfado?”

Volved a representar la escena de acuerdo con las sugerencias del grupo.



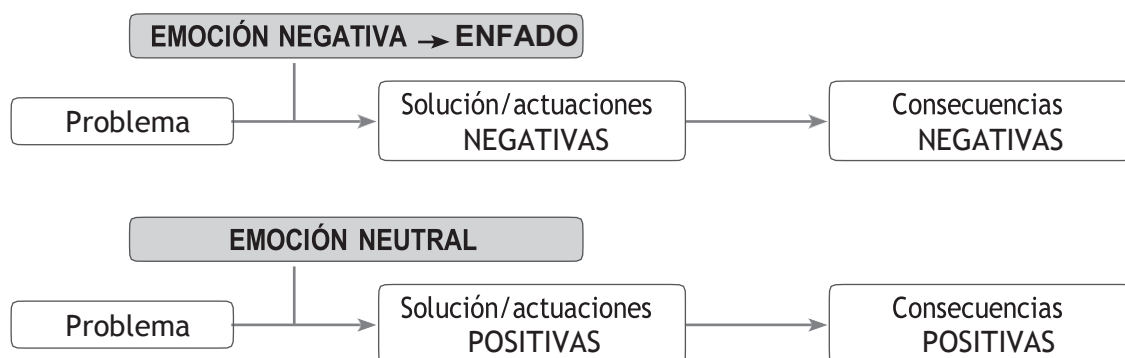
EXPLICACIÓN SOBRE EL ENFADO



Cerrad explicando algo como: “El enfado tiende a surgir más cuando hay otros sentimientos que nos presionan como la ansiedad, el miedo, el cansancio, la soledad e, incluso, el hambre. Muchas veces nos enfadamos en respuesta al enfado, empeorando la situación. El enfado nos puede conducir a actuar de una manera que no sentimos pero que sabemos que puede hacer daño, que es nuestra intención cuando estamos enfadados. Muchas veces nos arrepentimos porque lo hicimos en ‘caliente’. Algunas veces lo podemos hacer bien, otras sólo parcialmente bien. Los beneficios de manejar el enfado y expresarlo de una manera segura son muchos y esperamos que los cuidadores y los adultos mayores trabajen en ello seriamente”.

“Como se explicaba en el ejemplo anterior, si actuamos dejando que una emoción negativa como el enfado nos domine acabará influyendo en nuestras actuaciones, que acabarán siendo también negativas. Además, también se producirán consecuencias negativas. Por ejemplo, si una cuidadora quiere que su adulto mayor participe en la preparación de la comida diaria y su adulto mayor dice que no puede por el dolor articular, sabiendo que, quizás podría colaborar en ciertas labores que no impliquen mucho esfuerzo y hablan enfadadas, al final, ninguna de las dos conseguirá consecuencias positivas. Sin embargo, si conseguimos controlar el enfado, ante la aparición de un problema, también podremos plantear **soluciones positivas** y, por consiguiente, también se generarán **consecuencias positivas**. Por ejemplo, si la cuidadora y el adulto mayor negocian que saldrán juntas a tomar café después de la comida si el adulto mayor colabora en la preparación de al misma. Como se puede ver en el siguiente gráfico, será relevante enfocar nuestra actuación a conseguir consecuencias positivas”.

Podéis utilizar este esquema para acompañar la explicación:



“Para conseguirlo se debe aprender a manejar el enfado correctamente, siguiendo los cinco pasos que se explicarán a continuación. Todos los miembros de la familia se pueden beneficiar de aprender formas de manejar y expresar el enfado, y de afrontar una situación si el enfado no se expresó correctamente. Posteriormente, se debe de usar la solución de problemas para evitar situaciones similares en el futuro y expresar de manera adecuada lo que sentimos y lo que queremos”.

“Algunas veces puedes estar tan enfadado que no sabes qué hacer. Hablar a la persona con la que estas disgustado puede que no sea lo mejor, en ese momento. Lo que necesitas hacer es “controlar” tu enfado”.

La habilidad de **controlar el enfado tiene cinco pasos** (Póster 5.2. de adultos mayores):

1. **Detente.** Éste puede ser el paso más importante. Cuando estás a punto de perder el control, detente. ¿Cómo sabes cuándo estás enfadado? (la voz se eleva o tiembla, la cara se pone roja, las manos tiemblan, la mandíbula se aprieta, respiras rápido, te sientes acalorado, deseas que todos te dejen solo y es muy difícil concentrarse, etc.).
2. **Piensa acerca de lo que podría pasar si pierdes el control.** Esto es lo mismo que el paso 4 de resolución de problemas (escribe las ideas de lo que podría pasar).
3. **Pregúntate con quién te sientes tan disgustado.** Es importante que no te enfades con la persona equivocada. Si estás disgustado adulto mayor por haber roto la taza por no pedir ayuda para cogerla, no se lo recrimines de manera enfadada por estar cansada. Piensa que estás cansada, que no siempre rompe tazas y trata de manejar ese enfado.
4. **Disminuye tu rabia.** ¿Cómo puedes estar menos enfadado? Pedid a las familias que piensen en todas las cosas que puedan. Éstas pueden incluir: contar hasta 10, hablar acerca de ello, caminar, darse un baño o ducha, leer algo divertido, escuchar música, hacer tareas, leer una revista, pensar en los momentos felices que pasan con la persona que les hizo enfadar.
5. **Recompénsate.** Este paso tan divertido consiste en premiarte por controlar tu rabia. ¿Qué cosas puedes hacer para recompensarte por manejar tu enfado de una manera positiva? (haz algo que realmente disfrutes y que no cueste dinero).



IV. PRACTICAR LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

25 MINUTOS

5 MINUTOS

Esta actividad está relacionada con la sesión 4 de los cuidadores. Los adultos mayores han trabajado expresar sentimientos y emociones y expresar y recibir críticas. En la sesión 6 de los adultos mayores se retomará la resolución de problemas, con la intención, que sean los adultos mayores los que puedan identificar problemas que puedan ocurrirles y plantear soluciones adecuadas de manera consensuada con su familia.

Decid: «Controlar el enfado es una manera de resolver problemas».

“Pasos para resolver problemas” (Póster 5.1.H):

- 1) Define el problema.
- 2) Decide qué quieres que pase.
- 3) Haz una lista con ideas que pueden ayudar a resolver el problema.
- 4) Haz una lista de lo que podría suceder (consecuencias) para cada idea.
- 5) De esa lista, escoge la mejor opción.
- 6) Resuelve el problema.
- 7) Mira si el problema se resolvió (si no se ha resuelto, escoge una solución o idea diferente).

A. UN PROBLEMA PARA PRACTICAR:



5 MINUTOS

De a las familias el siguiente problema y pida a cada familia que encuentre la solución utilizando los pasos de resolución de problemas (hoja 3.10 de cuidadores) (Los formadores podréis introducir cambios o crear nuevas situaciones si es necesario, así como disponer del póster 5.1 de adultos mayores).

La familia imaginaria tiene muchas cosas que hacer en el mismo día, pero sólo tiene un coche. Encontrad cómo pueden hacer todas estas actividades:

- La cuidadora principal trabaja hasta las 17h
- El padre termina su segundo trabajo a las 20h
- El adulto mayor tiene teatro a las 17h
- La hija va a natación a las 18h

B. UN PROBLEMA REAL:



15 MINUTOS

Pedid a las familias que se junten en grupos familiares y que piensen en un problema real en su familia y usen algunos de los pasos para resolver problemas de la hoja 3.10.P y el póster 5.1.H. Al concluir la actividad, el formador debe ofrecer una devolución al grupo, ilustrando algún ejemplo de los que hayan realizado las familias, y sugerir que continúen la elaboración del problema en casa.



V. PRÁCTICA PARA CASA



5 MINUTOS

Pedid a cada familia **que siga con la solución del problema alcanzada durante la sesión**. Recordadles que “Nuestro Tiempo” es un buen espacio para hacerlo.

Informad a los cuidadores y a los adultos mayores sobre la celebración de la fiesta de despedida. Es un buen momento para pensar en cómo les gustaría celebrarlo; en **cómo les gustaría que fuese su graduación**.

Nota al formador: Las familias deberán cumplimentar la lista de comprobación mediante la intranet de la página web, en el caso que esté activada esta opción. En el caso que no esté activada, o los participantes no tengan acceso a ella, los formadores deberán fotocopiar la “Lista de comprobación” que se encuentra al final de esta sesión.

PASOS PARA RESOLVER UN PROBLEMA

1. Definid el problema. ¿Cuál es?

2. Decidid qué queréis que pase. ¿Cómo os gustaría (y a los demás) que fuera dicha situación?

3. Confeccionad una lista con ideas que puedan ayudar a resolver el problema y lo que podría suceder (consecuencias) para cada idea.

Ideas para resolver el problema	Consecuencias
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

4. De esa lista, escoged la mejor opción.

5. Resolved el problema (¿Cuánto tiempo os dais para intentarlo?).

6. Comprobad si el problema se resolvió (si no se ha resuelto, escoged una solución diferente).

¡BUEN TRABAJO!

LISTA DE COMPROBACIÓN DE REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA PARA CASA

Nombre: _____

		SÍ	NO
Hemos seguido con la solución del problema alcanzada durante la sesión:	Lo hemos realizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lo hemos realizado durante “Nuestro Tiempo”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMUNICARNOS EN FAMILIA PARA PREVENIR PROBLEMAS ASOCIADOS A LA PÉRDIDA DE AUTONOMÍA

RESUMEN

En esta cuarta sesión se pretende tratar la presión de grupo como uno de los factores que puede entorpecer las decisiones responsables por parte de los adultos mayores. Frente a ello, se proponen estrategias para hacer frente a la presión social.

METAS GLOBALES

- Aumentar el conocimiento de los miembros de la familia para comunicarse mejor.
- Reconocer los valores familiares.

Objetivos	Actividades	Hojas de referencia
1. Reconocer la presión de social	I. Presiones que destruyen sueños	
2. Plantear el conocimiento mutuo como forma de mejora de la comunicación familiar	II. Sabiendo qué, quién, dónde y cuándo	
3. Identificar las estrategias de protección de la familia	III. Identificando las estrategias de protección de la familia	Hoja 4.2. C
4. Afianzar y generalizar los aprendizajes de la sesión	IV. Práctica para casa	Lista de comprobación

Estructuración de las actividades	Tipología	Duración prevista
I. Presiones que destruyen sueños	E	5 minutos
II. Sabiendo qué, quién, dónde y cuándo	E + D + A	25 minutos
III. Identificando estrategias de protección de la familia	A	15 minutos
IV. Práctica para casa	C	5 minutos

Duración total de la sesión  50 MINUTOS



I. PRESIONES que destruyen sueños



5 MINUTOS

Decid algo como: “Queremos que recordéis que en las primeras sesiones del programa se preguntó a los adultos mayores sobre sus esperanzas, sueños y metas para el futuro. Animamos a los cuidadores y adultos mayores a que piensen sobre sueños y metas, y a que hablen regularmente sobre ellas. Los sueños y metas de futuro son el motivo por el cual las consecuencias de nuestras acciones importan. Nadie se puede escapar de la necesidad de sopesar las acciones frente a los posibles costes, beneficios, riesgos y recompensas.

Los primeros contactos con las situaciones generadoras de dependencia son difíciles de asimilar para los adultos mayores. Están empezando a asumir que ya no son ellos quienes cuidan sino que requieren que las personas a las que siempre han cuidado se hagan cargo de ellos. Es probable que en ocasiones se sientan “una carga”. Encajar y acceder a realizar acciones que no consideran adecuadas solo por “agradar”, pensando así ser más reconocidos en su papel, nunca será más importante. En esta fase del ciclo vital se siente la necesidad (casi urgente) de ‘encajar’, de sentirse un buen abuelo o un padre mayor fácil de llevar, lo cual puede sobrepasar el juicio del adulto mayor frente a algo peligroso, equivocado o que atenta contra su bienestar.

En la sesión anterior, los adultos mayores habéis aprendido algunas habilidades para resistir la influencia del grupo, de personas del entorno o familiares y se les ha pedido a los cuidadores que recuerden lo importante que es la aceptación y el reconocimiento para todos. En esta sesión, hablaremos sobre cómo los cuidadores pueden ayudar a sus adultos mayores en la resistencia ante riesgos u opciones equivocadas, pero a la vez dejar que sus adultos mayores vayan aceptando cada vez más responsabilidades por su comportamiento y sus consecuencias; el negocio de promover su autonomía y asertividad”.

II. SABRIENDO QUÉ, QUIÉN, DÓNDE Y CUÁNDO

25 MINUTOS



A. UN PROBLEMA FAMILIAR



5 MINUTOS

Pedid a los cuidadores y adultos mayores que piensen sobre las respuestas a las siguientes preguntas:

- Si estoy fuera de casa y le sucede algo al adulto mayor y necesitara ayuda. ¿Podría de manera autónoma pedirla?
- Si estoy solo en casa y me sucede un problema (adulto mayor); sabría cómo pedir ayuda? ¿dispondría de medios? ¿cómo lo haría?

Decid: «Es común en los miembros convivientes de la familia sepan cómo y dónde encontrarse el uno al otro, pero a la vez, tienen que poder estar separados sin que sea estrictamente necesaria la presencia de uno de sus miembros donde esté la persona que requiere apoyo. Ser una familia significa cuidar los unos de los otros, siempre procurando la mayor autonomía de cada uno de los miembros. Mirar por los adultos mayores es el resultado de ser una familia».



B. PEDIR QUÉ, QUIÉN, DÓNDE Y CUÁNDO



5 MINUTOS

Decid algo como: “Es por eso que animamos a los miembros de la familia a plantearse los interrogantes y a buscar soluciones y alternativas cuando se dé la dependencia entre dos miembros del sistema familiar. Así, fomentamos la autonomía y el bienestar familiar.”



C. PROBANDO LA AUTONOMÍA FAMILIAR



15 MINUTOS

Decid algo como: “Necesitamos voluntarios para hacer la prueba de la autonomía de los miembros de la familia. Necesitamos un adulto mayor para que actúe como un cuidador y a un cuidador para que actúe como un adulto mayor. El adulto mayor debe contar a su ‘cuidador’ que ha quedado con María, la vecina de enfrente, para ir a tomar un café en el bar de siempre. Los miembros de la familia deben plantearse los interrogantes y responder.”.

Repetid la situación. Pedid dos voluntarios, uno para asumir el rol de adulto mayor y otro el de cuidador. Los formadores, de nuevo, debéis estar preparados para acabar con la actuación con una nota positiva si es posible. Ahora, pedid a los cuidadores que lo intenten con sus adultos mayores.



III. IDENTIFICAR LAS ESTRATEGIAS DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA



15 MINUTOS

Decid algo como: “Nos gustaría que ahora las familias os tomarais un tiempo para pensar en las prácticas familiares, costumbres y creencias que os hacen una familia fuerte y que os protegen. Para ayudaros a empezar tenemos una lista de comprobación de estrategias de protección familiar (hoja 4.2 de la guía de los cuidadores)”.

Pedid: «Leed la lista y decidid como familia qué estrategias de protección familiar son más importantes para vuestra familia. Veréis que hay líneas extra para escribir aspectos importantes para vuestra familia». Señalad cualquiera que os gustaría empezar a usar. Después lo comentaremos.

Los formadores deberían moverse para ayudar con cualquier duda que surja a las familias. Cuando la mayoría de las familias haya completado la lista, volved a formar un grupo.

Pedid a los participantes que den ejemplos sobre cómo usan o cómo planean utilizar estas estrategias de protección familiar. Comentad.

**IV. PRÁCTICA PARA CASA****5 MINUTOS**

Recordad a los cuidadores que hagan su práctica de generar cambios. Las reuniones familiares pueden ser un buen momento. Recordad a los adultos mayores que practiquen el dar y recibir críticas correctamente. Sugerid que las familias hablen más de sus costumbres y valores familiares, puede que como parte de su encuentro familiar.

Pedid a los cuidadores que piensen sobre su propia actitud hacia las decisiones que toman y que afectan a las Actividades Básicas de la Vida Diaria del adulto mayor, y que encuentren un momento para hablar con sus adultos mayores sobre sus actitudes y sus expectativas hacia ellas. Animadles a escribir esas expectativas al final de la lista de las estrategias de protección familiar.

Pedid a los cuidadores y a los adultos mayores que comenten su lista de estrategias de protección familiar en su reunión familiar de esta semana. ¿Hay algo que les gustaría añadir?

Ahora es el momento de la ¡Fiesta! Discutid sobre la preparación de la fiesta de graduación. ¿Quién hará qué? Otros miembros de la familia podrían ser invitados y, si se puede, amigos cercanos.

ESTRATEGIAS DE PROTECCIÓN FAMILIAR

Aquí hay algunas estrategias de protección familiar. No siguen un orden particular porque no pretende ser una lista de comprobación de la familia perfecta, sino que las familias fuertes acostumbran a usar algunas de estas estrategias. Marcad las fortalezas que tenga vuestra familia con un visto o con una cruz lo que desearíais. Debéis ser realistas sobre vuestras respuestas, pero intentad ser “generosos” con los deseos.

- Tenemos encuentros familiares regularmente.
- Comemos juntos como una familia, como mínimo, una vez a la semana.
- Pasamos algo de nuestro tiempo libre juntos como familia realizando actividades que nos gustan

- Vamos a actividades actividades que nos gustan a ambos.
- Animamos y y apoyamos la participación de nuestro adulto mayor en _____

- Mantenemos costumbres familiares y tradiciones como _____

- Dividimos las tareas de la casa entre los miembros de la familia.
- Nos mantenemos en contacto sobre dónde y cuándo están los miembros de la familia.
- Tenemos acuerdos para nuestro adulto mayor sobre las condiciones de seguridad.
- Hablamos sobre sueños y metas de nuestros adultos mayores y de nuestra familia.
- Nos mantenemos en contacto con parientes que no son de nuestro círculo inmediato
- Hablamos sobre nuestras pautas relacionadas con la toma de decisiones autónoma de nuestro adulto mayor.
- Celebramos los esfuerzos de nuestra familia y de todos sus miembros.

LISTA DE COMPROBACIÓN DE REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA PARA CASA

Nombre: _____

¿Quién?		SÍ	NO
Las familias	Hemos hablado de nuestras costumbres y valores familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hemos revisado la lista de estrategias de protección familiar en nuestra reunión familiar de esta semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los cuidadores	Hemos practicado establecer límites.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hemos reflexionado sobre nuestra propia actitud hacia la toma de decisiones del adulto mayor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hemos encontrado un momento para hablar con nuestro adulto mayor sobre sus actitudes y sus expectativas hacia sus decisiones y autonomía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hemos escrito esas expectativas al final de la lista de las estrategias de protección familiar (hoja 4.2. de la guía de cuidadores).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los adultos mayores	He practicado dar y recibir críticas correctamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REPASAMOS LO APRENDIDO Y NOS GRADUAMOS

RESUMEN

En esta quinta sesión, muy especial, se pretende disponer de tiempo para realizar el cuestionario post-test y realizar la fiesta de graduación.

META GLOBAL

- Afianzar las estrategias y habilidades trabajadas en las sesiones.

Objetivos	Actividades	Hojas de referencia
1. Revisión de los aprendizajes	I. Repaso de lo aprendido	
2. Evaluación post-test	II. Realización de los cuestionarios post-test	
3. Final de programa y fiesta de graduación	III. Fiesta de graduación (y cena)	

Estructuración de las actividades	Tipología	Duración prevista
I. Repaso de lo aprendido	D	10 minutos
II. Realización de los cuestionarios post-test	A	45 minutos
III. Fiesta de graduación (y cena)	A	45 minutos
Duración total de la sesión		100 MINUTOS

Material de la sesión:

- Cuestionarios post-test (II)
- Certificados del programa (III)
- Material para la fiesta (cubiertos, decoración....) (III)

FINAL DEL PROGRAMA Y FIESTA DE GRADUACIÓN



I. REPASO DE LO APRENDIDO

 10 MINUTOS

Recordad brevemente la estructura y objetivos de cada sesión y la secuencia seguida. Felicitad a los participantes por su tiempo, esfuerzo y aprendizajes realizados. Recordad que es importante que mantengan lo que han aprendido y, sobre todo, lo que les funciona, por ejemplo, mantener reuniones familiares para poder organizarse mejor en familia.

Podéis utilizar los pósteres de las sesiones para ello.

Recordad a los participantes que disponen de material con los contenidos clave (pósteres).



II. REALIZACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS POST-TEST

 45 MINUTOS

Repartid los cuestionarios (post-test) a todos los miembros de la familia. Recordad que, además de los cuestionarios que realizaron el primer día (pre-test), deben también responder al cuestionario de satisfacción con el programa. Éste último debe constestarse de forma conjunta por todos los miembros de la familia.



III. FIESTA DE GRADUACIÓN (Y CENA)

 45 MINUTOS

Tened los **certificados de participación** para todos los participantes, con su nombre. Cada formador que ha sido tutor de una familia puede ser la persona que entregue el certificado, agradeciendo su participación de forma individualizada. Podéis presentarlos en marcos. Podéis tener un orador (breve) que sea bien considerado por los participantes. Este orador da reconocimiento a cada familia por su participación (de forma individualizada) en presencia del grupo.

Comida, juegos y música harán la fiesta más importante y divertida. Se debe disponer de comida, incentivos y material para el entretenimiento. Hacedlo lo mejor que podáis. Os sorprenderá lo importante que será para las familias.

Animad a los miembros del grupo a invitar a otros **miembros de la familia y amigos a la graduación**, para darle más relevancia y también para ampliar el área de influencia del programa.

Para continuar con el apoyo a los miembros, si no lo habéis hecho, proponed elaborar una **lista de teléfonos y direcciones** (no es obligatorio participar) o distribuid una lista si ya la tenéis.

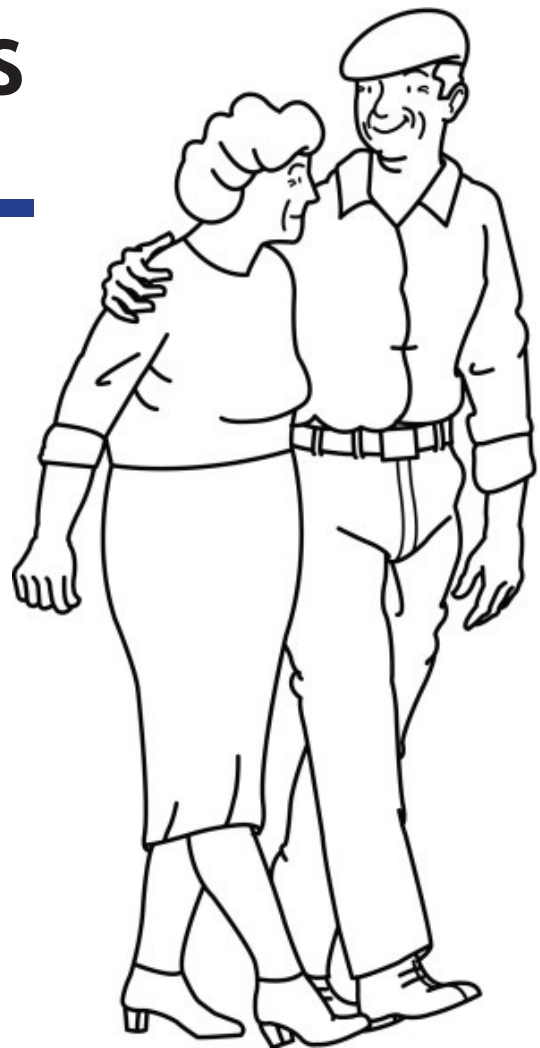
Plantead una **sesión de reunión**, seis meses después de la graduación, que, coincidiendo con la evaluación de los resultados, ayude a mantener la red de colaboración iniciada. Cabe valorar la posibilidad de contar con los participantes (cuidadores y adultos mayores) como mediadores que puedan ayudar a difundir las claves del programa.

PCF
AUTO

Programa de Competência Familiar
UNIVERSAL

Guía para los adultos mayores

Programa de Competencia Familiar
UNIVERSAL - AUTO



Guía PARA LOS ADULTOS MAYORES

AUTORES:

Carmen Orte Socías (Universitat de les Illes Balears)

Lluís Ballester Brage (Universitat de les Illes Balears)

Maria de Lluç Nevot Caldentey (Universitat de les Illes Balears)

Josep Lluís Oliver Torelló (Universitat de les Illes Balears)

Belén Pascual Barrio (Universitat de les Illes Balears)

Marga Vives Barceló (Universitat de les Illes Balears)

Joan Amer Fernández (Universitat de les Illes Balears)

Maria Antònia Gomila Grau (Universitat de les Illes Balears)

Rosario Pozo Gordaliza (Universitat de les Illes Balears)

Miren Fernández de Álava (Universitat de les Illes Balears)

Victòria Quesada Serra (Universitat de les Illes Balears)

María Valero de Vicente (Universitat de les Illes Balears)

Lydia Sánchez Prieto (Universitat de les Illes Balears)

Carmen López-Esteva (Universitat de les Illes Balears)

COLABORADORES:

Albert Cabellos Vidal (Universitat de les Illes Balears)

Il·lustrador: Pau Oliver García-Delgado

Diseño de las portadas: Lluís Vidaña Lladó y Albert Cabellos Vidal

Diseño y maquetación: Lluís Vidaña Lladó y Albert Cabellos Vidal

ISBN: 978-84-8384-367-3

DL: PM 1528-2017

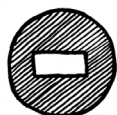
SESIÓN 0	7
¿Qué es el PCF-U-AUTO y por qué sois importantes?	
SESIÓN 1	8
Comunicarnos y ponernos en el lugar del otro	
SESIÓN 2	12
Escuchamos y hablamos con asertividad: claves de la comunicación	
SESIÓN 3	15
Expresamos sentimientos y emociones y afrontamos la crítica	
SESIÓN 4	19
Aprendemos a mantener el control sobre nuestras decisiones, a comunicarnos de manera positiva y a pedir ayuda	
SESIÓN 5	26
Afrontamos el enfado, gestionamos conflictos y resolvemos problemas por nosotros mismos	

REGLAS DEL GRUPO *(Póster 0.1.)*



Qué puede hacerse:

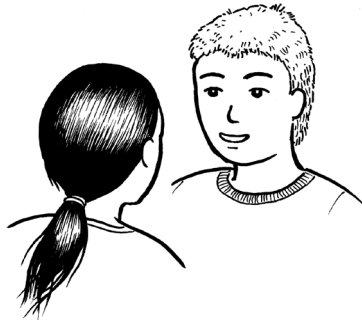
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____



Qué NO puede hacerse:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

HABILIDADES PARA ESCUCHAR (Póster 1.1.)



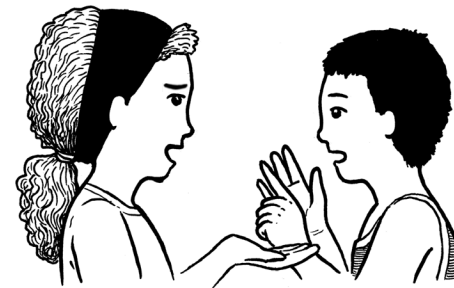
1. Mira a la otra persona.



2. Pon una cara agradable.



3. Haz preguntas.



4. Pero, ¡no interrumpas!

CONSEJOS PARA ESCUCHAR BIEN (Póster 1.2.)



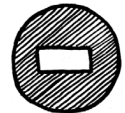
1. Muestra interés y muéstrate activo.



2. Acepta las opiniones de las otras personas.



3. Haz preguntas cuando no entiendas algo.



4. No debes:

a) Interrumpir cuando otras personas hablen.

b) Juzgar, ni llegar a conclusiones, ni dar consejos si no te los piden.

c) Acabar las frases o “poner palabras en su boca”.



HABILIDADES PARA HABLAR (Póster 1.3.)



1. Busca el momento adecuado.



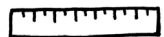
2. Mira a la persona.



3. Pon una cara agradable y una voz amable.



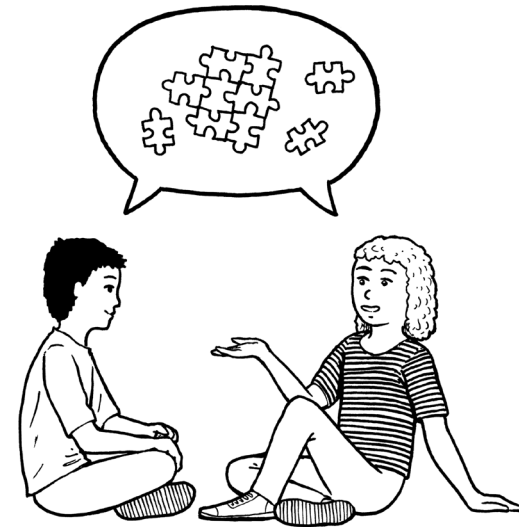
4. No hables en un tono ni muy alto ni muy bajo.



5. No te pongas ni muy cerca ni muy lejos.



6. Acaba la conversación de forma respetuosa.





HOJA DE COMUNICACIÓN FAMILIAR

REGISTRO DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN FAMILIAR

Esta hoja la tienes que rellenar con la ayuda de tu cuidador familiar. Debes señalar con una cruz aquellos miembros de la familia que son buenos en las diferentes habilidades de comunicación.

	MIEMBRO A	MIEMBRO B	MIEMBRO C	TÚ
Cuando habla				
1. Usa mensaje de “yo me siento”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Expresa sus ideas de una en una	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Elogia a las demás personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es claro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dice lo que quiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No habla por los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. No discute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. No dice “siempre” o “nunca” si no es verdad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando escucha				
1. Está interesado y activo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acepta opiniones de las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hace preguntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No interrumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No juzga a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando modera				
1. Elogia el buen trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Da sugerencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

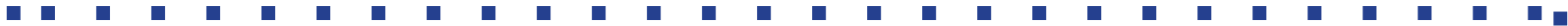
REGLAS SECRETAS DEL ÉXITO *(Póster 2.1.)*



RECOMPENSA lo que te gusta.



IGNORA lo que no te gusta.



CLAVES PARA HABLAR *(Póster 2.2.)*



1. Utiliza la primera persona ("yo") para expresar tus sentimientos.



2. Expresa tus ideas de una en una.



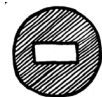
3. Elogia a las demás personas.



4. Sé claro acerca de lo que te gusta.



5. Di lo que quieres.



6. No debes:

a) Hablar por las demás personas.

b) Discutir.

c) Decir "siempre" o "nunca" si no es verdad.



Lo que TE GUSTA Y LO QUE NO TE GUSTA

Nombre: _____

Lo que te gusta: _____

Lo que no te gusta: _____

Me gustaría que dejaras de _____

Me gustaría que hicieras _____

Yo puedo ignorar lo que no me gusta mediante _____

Yo puedo recompensar lo que no me gusta mediante _____

Nombre: _____

Lo que te gusta: _____

Lo que no te gusta: _____

Me gustaría que dejaras de _____

Me gustaría que hicieras _____

Yo puedo ignorar lo que no me gusta mediante _____

Yo puedo recompensar lo que no me gusta mediante _____

EVITAR PETICIONES CONFUSAS... (Póster 3.1.)

- ... Peticiones en cadena.
- ... Peticiones vagas.
- ... Peticiones en pregunta.
- ... Peticiones de "¿cómo a...?".
- ... Peticiones con muchas explicaciones.

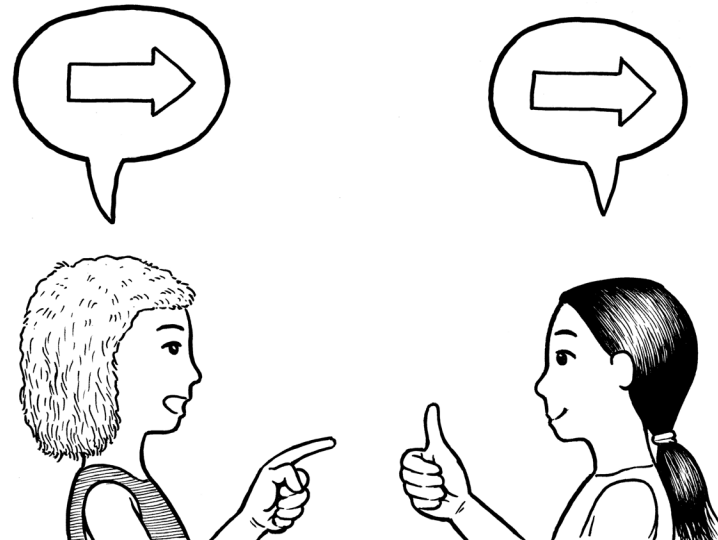


PETICIONES CLARAS (Póster 3.2.)

Una petición clara...

1. Debe expresar necesidades de una en una.
2. Es fácil de entender.
3. Dice a la persona qué hacer en vez de qué no hacer, ("por favor, recoge tu plato y dámelo", en lugar de "no dejes el plato en la mesa").
4. Es corta y expresa exactamente lo que hacer.

Cuando una persona plantea una petición, primero, consigue tu atención, te mira, no se coloca muy lejos o muy cerca de ti y no habla muy fuerte o muy flojo.



¿CÓMO TE SIENTES HOY? (Póster 3.3.)



CÓMO HACER UNA CRÍTICA *(Póster 3.4.)*



1. Escoge un buen momento.



2. Mira a la persona.



3. Pon una cara agradable y una voz calmada.



4. Di algo agradable primero (elogia).



5. Di cuál es el problema y por qué es un problema.



6. Ofrece una solución.



7. Agradece a la persona que te haya escuchado.

CUATRO PASOS PARA DECIR "NO" (Póster 4.1.)

1. Detente,
¿Qué estás haciendo?



2. Piensa
sobre lo que podría pasar.



3. Di "NO".



4. Busca una alternativa.



INFORMACIÓN SOBRE LA AUTOMEDICACIÓN Y EL ABUSO DE SUSTANCIAS**I. LOS EFECTOS DE LA AUTOMEDICACIÓN**

A pesar de que la legislación española no permita la dispensación de medicamentos de prescripción médica, el 30% de los antibióticos dispensados en nuestro país no constan en los datos oficiales. Por otro lado, sabemos que existen fármacos destinados a síntomas menores que se pueden dispensar sin necesidad de prescripción médica.

No obstante, hay que considerar que existe la posibilidad de que se den efectos secundarios dado que ningún fármaco comercializado es totalmente inocuo. Además, se sabe que el uso inadecuado de antibióticos puede generar la aparición de resistencias, lo que constituye un grave problema de salud.

Es importante evitar el suministro de medicación sin prescripción, puesto que supone un riesgo sanitario poco controlado que en ningún caso contribuye a la educación sanitaria de la población (Simó, Fraile, Sánchez y García-Algar, 2012).

(Adaptado de “Alcohol”, Channing L. Bete Co., Inc., 1988)

Simó, S., Fraile, D., Sánchez, A. y García-Algar, O. (2012). Dispensación de medicamentos sin prescripción médica en oficinas de farmacia.

INFORMACIÓN SOBRE LOS TÓXICOS Y/O FÁRMACOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA

El abuso de drogas y/o fármacos sin receta es un problema que tiene diferentes repercusiones, dependiendo del tipo de sustancia de que se trate. Sin embargo, existen consecuencias que pueden aplicarse al consumo de drogas o fármacos sin receta en general.

En primer lugar, el consumo de tóxicos interfiere en las relaciones familiares, con los amigos y en las relaciones sociales. Además, el consumo de ciertos tóxicos puede entorpecer la visión y el juicio; incrementando el riesgo de sufrir un accidente de tráfico u otro tipo de accidente. El consumo continuado de una sustancia crea una tolerancia a ella, necesitando la persona aumentar su dosis para lograr el mismo efecto. Mezclar diferentes tóxicos puede ser especialmente peligroso, los resultados pueden ser impredecibles e incluso fatales produciendo la muerte por intoxicación aguda, ya que la suma de los efectos de diversas sustancias pueden potenciarse, produciendo una sobredosis. Las características de cada tipo de droga se detallan a continuación

1. ESTIMULANTES

¿QUÉ SON?

Son sustancias estimulantes del sistema nervioso central, que aceleran el funcionamiento habitual del cerebro, provocando un estado de activación que puede ir desde una mayor dificultad para dormir hasta un estado de hiperactividad. Son empleadas para ganar energía, mantenerse despierto, para perder peso y para contrarrestar los efectos de otras drogas.

Las drogas de esta familia incluyen:

- Anfetaminas
- Cocaína (Clorhidrato de cocaína popularmente coca, nieve, sulfato de cocaína “pasta de coca” o basuko y cocaína base crack)
- Xantinas (café, chocolate, cola)
- Nicotina
- Pastillas adelgazantes

Se comercializan en forma de pastillas o comprimidos, polvo, cristales. Se consumen por vía oral, fumada, intranasal, inhalada o inyectada.

Uso médico: La cocaína no se usa habitualmente en la actualidad, es uno de los anestésicos locales más antiguos. Las anfetaminas actualmente están indicadas para el tratamiento de la narcolepsia, hiperactividad infantil, TDAH. La cafeína se utiliza para aliviar los dolores de cabeza.

Efectos fisiológicos y psicológicos

A. FISIOLÓGICOS

- Taquicardia.
- Incremento de la tensión arterial.
- Disminuyen el apetito.
- Aumentan la atención y la actividad.
- Pueden causar dependencia.
- Infecciones diversas (hepatitis, sida, endocarditis, etc.) asociadas a las condiciones higiénicosanitarias
- del consumo y a su impureza.
- Riesgo de infartos/hemorragias cerebrales.
- Sobredosis y muerte.
- Cardiopatía isquémica.
- Perforación del tabique nasal. Patología respiratoria.

B. PSICOLÓGICOS

- Insomnio.
- Pueden causar dependencia psicológica.
- Ansiedad o agitación.
- Trastornos psíquicos como ideas paranoides y depresión.
- Tras el consumo de cocaína se produce: euforia, aceleración mental, hiperactividad, locuacidad... que desaparece a medida que desaparecen los efectos de la droga.

2. DEPRESORES

¿QUÉ SON?

Son sustancias depresoras del sistema nervioso central. Tienen en común la capacidad para entorpecer el funcionamiento habitual del cerebro provocando efectos calmantes y reacciones de desinhibición. Son usadas para evitar tensiones y ansiedades de la vida cotidiana, para escaparse del aburrimiento, superar la timidez y contrarrestar los efectos de otras.

Las drogas de esta familia incluyen:

- Barbitúricos (secobarbital, pentobarbital, amobarbital)
- Tranquilizantes (benzodiacepinas, tales como el trankimazin, el valium, relajantes musculares, etc.).
- Fenciclidina PCP o polvo de ángel es una sustancia tranquilizante pero se encuentra en la clasificación de los alucinógenos por sus efectos.
- Hipnótico-sedantes (metacualona, dormicum...)
- Alcohol

Se comercializan en forma de pastillas o comprimidos y liquido. Se consumen por vía oral o inyectada. Uso médico, se utilizan para el tratamiento de la hipertensión, la epilepsia, el insomnio, como relajante muscular y como sedante en enfermedades físicas o mentales.

Efectos fisiológicos y psicológicos:

A. FISIOLÓGICOS

- Relajan la musculatura.
- Disminuyen la frecuencia cardiaca.
- Disminuyen la frecuencia respiratoria.
- Reducen la presión arterial.
- Efectos a dosis elevadas: Somnolencia, farfullero/balbuceo, confusión y descoordinación motora.
- Producen dependencia física y síndrome de abstinencia tras supresión brusca.
- Dificultades cognitivas y otros posibles déficits psicomotores.
- Sobredosis, coma y muerte (principalmente si se asocian a alcohol u otros depresores del SNC).
- Problemas, como cuadros de abstinencia neonatales, en los bebés de madres adictas.
- Otros síntomas similares a los de una borrachera, pero sin oler el aliento a alcohol: reflejos y reacciones lentas.

B. PSICOLÓGICOS

- Relajación y sentimiento de bienestar.
- Dificultad para asociar ideas, falta de motivación y concentración y problemas de memoria.
- Puede producir una reacción paradójica de ira y reacciones imprevisibles.
- Dependencia psicológica.

4. OPIÁCEOS

¿QUÉ SON?

Se conocen con el nombre de opiáceos a aquellas sustancias que tienen en común su emparentamiento con el opio, bien porque derivan de él como la morfina o bien porque se elaboran mediante síntesis química como la heroína. En el código penal los opiáceos se consideran drogas que causan “grave daño para la salud” y están penados tanto su consumo en público, como la elaboración, el cultivo y quien facilite su consumo. La conducción bajo su influencia está asimismo penada. Se toman “por experimentar” o “por diversión” y para olvidarse de los problemas físicos como el dolor o psíquicos.

Las drogas de esta familia incluyen:

- Opio
- Heroína (conocida como “caballo”, “jaco” en el argot callejero)
- Codeína (agonista puro)
- Morfina (potente analgésico obtenido a partir del opio)
- Metadona (agonista puro, que se utiliza en el tratamiento de los dependientes a opiáceos)
- Meperidina (agonista puro)
- Buprenorfina (agonista parcial)

Se comercializan en forma de pastillas o comprimidos, polvo (papelinas) y líquido. Se consumen por vía oral, fumada, intranasal, inhalada o inyectada.

Uso médico, se utilizan para el tratamiento del dolor agudo o crónico; alivio de la tos seca, no productiva (codeína); en la diarrea aguda y para el tratamiento de la intoxicación aguda y crónica, en programas de mantenimiento con metadona en centros especializados.

Efectos fisiológicos y psicológicos:

A. FISIOLÓGICOS

- En los primeros consumos no son raros las náuseas y los vómitos.
- Analgesia, falta de sensibilidad al dolor.
- Inhibición del apetito, anemia y adelgazamiento.
- Inhibición del deseo sexual.
- Pérdida de la menstruación.
- Estreñimiento.
- Elevada dependencia física, acompañada de un desagradable síndrome de abstinencia.
- Infecciones diversas (hepatitis, sida, endocarditis, etc.) asociados a las condiciones higiénico-sanitarias del consumo y a su impureza.
- Problemas severos, como cuadros de abstinencia neonatales, en los bebés de madres adictas.
- Otros síntomas: somnolencia, farfulleo/balbuceo, contracción pupilar, disminución de la coordinación muscular y de los reflejos.

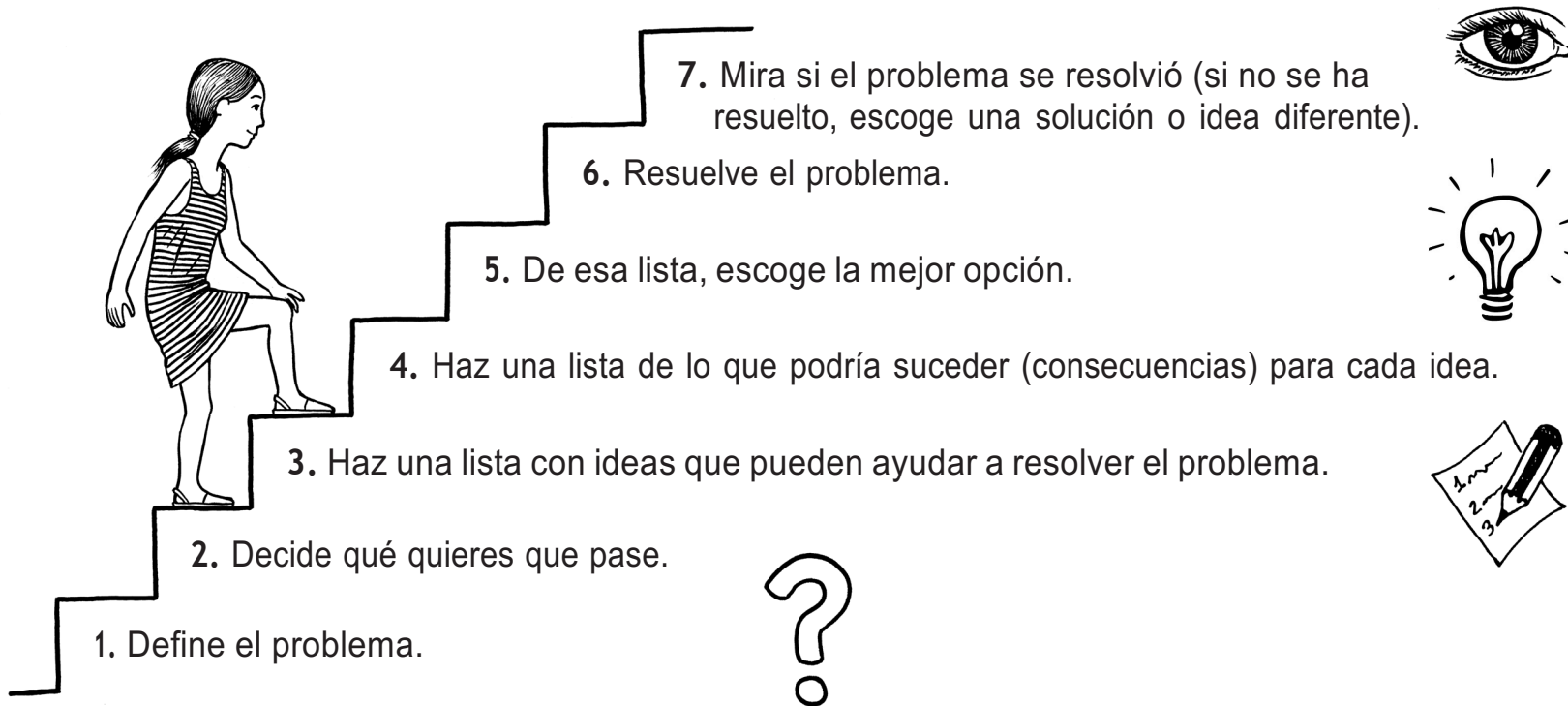
A. PSICOLÓGICOS

- Sensación de bienestar y placer.
- Euforia.
- Alteraciones cognitivas, como problemas de memoria.
- Trastornos de ansiedad y depresión.
- Dependencia psicológica que hace que la vida del consumidor gire absolutamente en torno a la sustancia.

Adaptado de: “Cocaína”, “Drogas depresoras”, “Alucinógenos”, “Heroína”, “Inhalantes”, “Estimulantes” y “Lo que todos familiares deben saber acerca de las drogas y el abuso de las drogas”, trípticos de Channing L. Bete Co., Inc., 1988

Para mayor información, consulte: DROGAS: + INFORMACIÓN - RIESGOS, Tu Guía. Edita Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio del Interior 2001

PASOS PARA RESOLVER PROBLEMAS (Póster 5.1.)

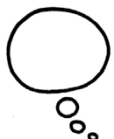


CÓMO CONTROLAR TU ENFADO (Póster 5.2.)

Si estás enfadado con alguien...



1. Detente.



2. Piensa en lo que puede pasar si pierdes el control.



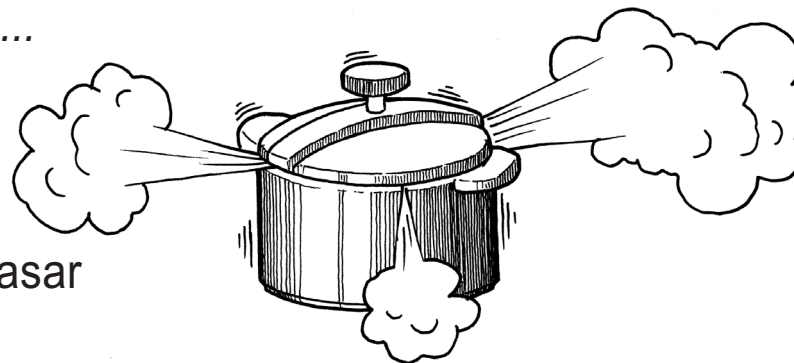
3. Pregúntate con quién te sientes tan disgustado.



4. Cálmate un poco (cuenta hasta diez).



5. Recompénsate por haberlo logrado.



EXPRESAR TU ENFADO (Póster 5.3.)

Dile a la otra persona...

1. Cómo te sientes.

Yo me siento.....

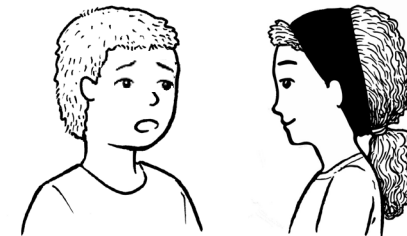
2. Lo que te hace sentir de esta forma.

Cuando tú.....

3. Por qué te sientes así.

Porque.....

Recompénsate.





EJERCICIO Y REPRESENTACIÓN

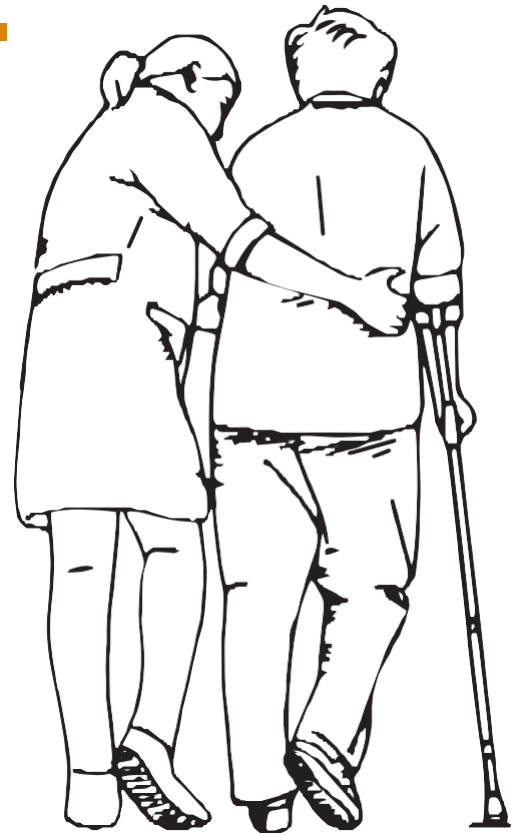
1. Un compañero de actividad cognitiva de Carolina la molesta mucho. ¿Qué puede hacer ella?
2. Juan está esperando en una fila para beber agua cuando un desconocido se le cuela dándole un empujón y bebe primero. ¿Qué puede hacer él?
3. Un compañero de teatro le pidió un libro de lectura a María pero no se lo devolvió. Ahora ella lo necesita para prestárselo a su nieto. ¿Qué puede hacer ella?
4. Estáis jugando al parchís en el centro de día cuando otro grupo, que lleva un rato esperando para jugar, os quita el tablero y se ponen a jugar ellos. ¿Qué podéis hacer?
5. Natalia está mirando periódico y de pronto ve una foto suya que Amapola, la dueña del bar le ha sacado mientras jugaba a cartas y que le avergüenza mucho. ¿Qué puede hacer Natalia?
6. Tu perro ha mordido una de tus alpargatas favoritas. ¿Qué puedes hacer?
7. El acomodador te ha acusado de haber hablado, pero realmente quien habló fue tu compañero de detrás. ¿Qué puedes hacer?
8. Acabas de llegar a casa y encuentras que tu nieto, que ya es mayor, ha abierto tus cajones y ha esparcido tu ropa por todas partes mientras buscaba su sudadera. ¿Qué puedes hacer?

PCF
AUTO

Programa de Competência Familiar
UNIVERSAL

Guía para los cuidadores

Programa de Competencia Familiar
UNIVERSAL - AUTO



Guía PARA LOS cuidADORES

AUTORES:

Carmen Orte Socías (Universitat de les Illes Balears)

Lluís Ballester Brage (Universitat de les Illes Balears)

Maria de Lluç Nevot Caldentey (Universitat de les Illes Balears)

Josep Lluís Oliver Torelló (Universitat de les Illes Balears)

Belén Pascual Barrio (Universitat de les Illes Balears)

Marga Vives Barceló (Universitat de les Illes Balears)

Joan Amer Fernández (Universitat de les Illes Balears)

Maria Antònia Gomila Grau (Universitat de les Illes Balears)

Rosario Pozo Gordaliza (Universitat de les Illes Balears)

Miren Fernández de Álava (Universitat de les Illes Balears)

Victòria Quesada Serra (Universitat de les Illes Balears)

María Valero de Vicente (Universitat de les Illes Balears)

Lydia Sánchez Prieto (Universitat de les Illes Balears)

Carmen López-Esteva (Universitat de les Illes Balears)

COLABORADORES:

Albert Cabellos Vidal (Universitat de les Illes Balears)

Il·lustrador: Pau Oliver García-Delgado

Diseño de las portadas: Lluís Vidaña Lladó y Albert Cabellos Vidal

Diseño y maquetación: Lluís Vidaña Lladó y Albert Cabellos Vidal

ISBN: 978-84-8384-367-3

DL: PM 1528-2017

SESIÓN 0	7
Qué es el PCF-U y por qué sois importantes	
SESIÓN 1	16
Comunicarnos en familia y ponernos en el lugar del otro	
SESIÓN 2	23
Reforzamos conductas positivas e ignoramos conductas negativas	
SESIÓN 3	30
Realizamos peticiones de manera eficaz y generamos cambios	
SESIÓN 4	42
Prevenimos la pérdida de autonomía	
SESIÓN 5	45
Mantenemos el funcionamiento autónomo en el tiempo	

Hoja INFORMATIVA DEL PROGRAMA

¿QUÉ PRETENDEMOS?

Esperamos contribuir al bienestar de las familias participantes y mejorar su calidad de vida. Buscamos aportar beneficios al grupo familiar en su conjunto; a cada uno de los miembros de la familia.

¿CÓMO?

- Mejorando las relaciones familiares.
- Aumentando las habilidades de los cuidadores.
- Mejorando el bienestar y autonomía de los mayores.
- Aumentando las habilidades sociales y el control emocional de ambos.
- Mejorando la capacidad de ayudar y de pedir ayuda.

	CUIDADORES	ADULTOS MAYORES	FAMILIAS
Sesión 0	Qué es el PCF-U y por qué sois importantes	Qué es el PCF-U y por qué sois importantes	Qué es el PCF-U y por qué sois importantes
Sesión 1	Comunicarnos en familia y ponernos en el lugar del otro	Comunicarnos en familia y ponernos en el lugar del otro	Comunicarnos en familia
Sesión 2	Reforzamos conductas positivas e ignoramos conductas negativas	Escuchamos y hablamos con asertividad: claves de la comunicación	¿Cuáles son nuestras metas y objetivos como familia?
Sesión 3	Planteamos peticiones eficaces y ponemos generamos cambios	Expresamos sentimientos y emociones, y afrontamos la crítica	Construimos un buen comportamiento planteando demandas eficaces y gestionando el enfado
Sesión 4	Prevenimos la pérdida de autonomía	Aprendemos a mantener el control sobre nuestras decisiones y a comunicarnos de manera positiva y pedir ayuda	Comunicarnos en la familia para prevenir la pérdida de autonomía
Sesión 5	Mantenemos el funcionamiento autónomo en el tiempo	Afrontamos el enfado, gestionamos conflictos y resolvemos problemas por nosotros mismos	Repasamos lo aprendido y nos graduamos

EJEMPLO DE UN HORARIO

18.00 LLEGADA DE LAS FAMILIAS Y MERIENDA TODOS JUNTOS

18.30 SESIÓN DE CUIDADORES Y SESIÓN DE ADULTOS MAYORES

19.30 SESIÓN FAMILIAR

20.30 DESPEDIDA DE LAS FAMILIAS

¡EL DÍA DE LA ÚLTIMA SESIÓN HAREMOS UNA GRAN FIESTA DE GRADUACIÓN!

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES**FASE I**

Hay dos maneras de disminuir la conducta no deseada:

- (1) Aumentar sus conductas positivas; y
- (2) Disminuir sus conductas negativas.

El objetivo de la Fase I del programa es aumentar las conductas positivas.

LO que PUEDE LOGRARSE A TRAVÉS DE LAS HABILIDADES DE LA FASE I

1. Podéis mostrar al adulto mayor cuáles son los comportamientos que os gustan para que pueda hacerlos más a menudo. Aplicar una consecuencia negativa (enfado o crítica, por ejemplo) a la conducta negativa solamente sirve para dar información al adulto mayor acerca de lo que nos gusta, pero no es eficaz a la hora de generar cambios en sus actuaciones del día a día.
2. Podéis aprender a observar de cerca la conducta de vuestro familiar y prestar atención a sus actividades positivas que hace. Descubriréis que tiene muchas conductas apropiadas y positivas.
3. Estas habilidades pueden ayudaros a relajaros y a divertirlos compartiendo tiempo con el adulto mayor. Esto ayudará a hacer que el tiempo que pasáis juntos sea un tiempo “valioso”.
4. A medida que el adulto mayor empiece a disfrutar de estar más con vosotros, hará un mayor esfuerzo para complaceros.
5. Podéis generar cambios, mostrándole la conducta que pretendéis que potencie.
6. A medida que aumenten las conductas positivas en el adulto mayor, tendrá menos tiempo para llevar a cabo conductas negativas o que no sean de vuestro agrado.

APRENDERÉIS A:

1. Fijar vuestra atención en las conductas apropiadas. Aprenderéis dos tipos de atención positiva: (1) describir la conducta del adulto mayor (prestando atención) y (2) elogiarla o recompensarla.
2. Ignorar (no prestando atención) una mala conducta. No prestar atención a un mal comportamiento o una acción que nos sea menos agradable; sólo debe utilizarse cuando la conducta no es dañina o destructiva. Las conductas dañinas las trataremos en la Fase II.
3. Utilizar, siempre de la misma forma, vuestra forma de prestar atención y de no prestar atención, respectivamente, a los comportamientos positivos y negativos del adulto mayor.

Las técnicas para disminuir las conductas negativas se trabajarán en la Fase II. Pero antes de empezar a aplicar dichas técnicas realizaremos unas sesiones de trabajo en habilidades de comunicación. Aprenderéis lo que se tiene que tener en cuenta cuando tenéis que comunicaros con las demás personas, qué es importante a la hora de hablar y de escuchar, qué obstaculiza la comunicación y aprenderás también a mantener conversaciones familiares.

La comunicación va a ser imprescindible a la hora de pedir al familiar en situación de dependencia lo que queréis que haga y será importante que aprendáis a hacerlo bien. En la Fase II seréis vosotros quienes pondréis en práctica las destrezas que nos permitan modelar las acciones que lleva a cabo diariamente el adulto mayor. Como en la Fase I habréis reforzado mucho, le será más fácil aceptar vuestras peticiones.

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES**FASE II**

Las habilidades de la Fase II se usan de dos maneras:

1. Facilitar la aceptación y seguimiento de las peticiones por parte del adulto mayor.
2. Hacer que el adulto mayor disminuya la frecuencia con que ejecuta conductas que afectan su autonomía.

Las habilidades de la Fase II no sustituyen a las que se han aprendido en la Fase I. Deberéis asegurarnos de continuar aplicando lo que hayáis aprendido en las primeras sesiones y seguir prestando atención a las conductas positivas de vuestro familiar e ignorando las conductas negativas menos importantes.

Las habilidades de la Fase II están pensadas para aquellas actuaciones que no se modifican sólo con las habilidades aprendidas en la Fase I, aunque no funcionan sin seguir aplicando éstas.

LO que ME GUSTA

Cualidades que te gustan de:

EL ADULTO MAYOR: _____

FAMILIARES CONVIVIENTES: _____

TI: _____

EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

La mayor parte de lo que la gente hace se aprende. Mientras que algunos comportamientos se heredan, la mayoría de los comportamientos los aprendemos a través de nuestras relaciones con otras personas. Hacemos las cosas porque nos aportan algo que queremos. Por tanto, el comportamiento se parece un poco a una herramienta; lo usaremos si nos funciona.

En la vida, aprendemos constantemente nuevos comportamientos fruto de las relaciones. Desgraciadamente, también adquirimos comportamientos que no son tan positivos como pelear o criticar, recriminar o responder de malas maneras. Estos comportamientos pueden crearnos problemas a nosotros mismos y en nuestra relación con el entorno.

SE PUEDEN APRENDER NUEVOS COMPORTAMIENTOS

En el comportamiento se aprende. ¿Cómo afecta esto al cambio de comportamientos? Las personas mayores pueden aprender nuevos y positivos comportamientos para sustituir a los negativos. Podéis ayudar a cambiar el comportamiento de los más mayores dándoles recompensas por aprender nuevos y más apropiados comportamientos o conductas positivas.

SE PUEDE APRENDER DE OTROS

Las relaciones familiares constituyen una de las principales fuentes de aprendizaje y consolidación de los estilos de comunicación. Éstos nos llevan a automatizar conductas tanto positivas como negativas. Por encima de todo, los más mayores, quieren ser reconocidos y sentirse útiles. Descubriremos, trabajando en grupo, que podemos ayudar a otros a cambiar el comportamiento de los mismos. Parte del poder del grupo es la oportunidad de conocer gente que tiene ideas y soluciones que nos pueden ayudar. Podremos descubrir que vuestras experiencias también ayudan a otros.

¿PODEMOS CAMBIAR?

PENSAMIENTOS NEGATIVOS	PENSAMIENTOS POSITIVOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. “No es posible cambiar. Así soy y así seré”. 2. Si no sabes por qué haces lo que haces, nunca cambiarás. 3. Hay que ser muy inteligente o ser psicólogo para poder ayudar a cambiar a los demás. 4. Hay que hacer un gran esfuerzo para poder cambiar. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Puedo cambiar si sé cómo. 2. No siempre se necesita saber por qué nos comportamos de una determinada manera. Todo lo que se necesita saber es CÓMO CAMBIAR Y HACERLO. 3. Las personas podemos APRENDER FORMAS DE AYUDAR A LOS DEMÁS. 4. Incluso los pequeños cambios pueden ayudar mucho.

BUENOS COMPORTAMIENTOS DEL ADULTO MAYOR QUE NOS GUSTARON

Identificad los comportamientos que os gustan del adulto mayor con el que convivís. Algunos ejemplos de buenos comportamientos o acciones positivas son: ayudar en las labores del hogar en las que su situación de dependencia les permita colaborar, desenvolverse en las ABVD de manera autónoma -aunque requiera mayor esfuerzo-, entre otras.

DÍA

Día 1

Día 2

Día 3

Día 4

Día 5

Día 6

EL PROGRAMA

A. FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA

Estáis participando en un programa activo de formación de habilidades de refuerzo familiar. En grupos familiares, vosotros, como cuidadores, y vuestros adultos mayores practicaréis nuevas habilidades después de que los formadores os enseñen cómo hacerlo.

Aprenderéis nuevas habilidades para hacer que el tiempo juntos sea más divertido y agradable, y para modelar el comportamiento menos deseado en los adultos mayores. Aprenderéis cada habilidad en pequeños pasos. Aprenderéis y practicaréis habilidades durante todo el programa.

B. DESCRIPCIÓN DEL FORMATO DEL PROGRAMA

1. **Explicar.** El formador os explicará, tanto a vosotros como a los adultos mayores, cómo y cuándo utilizar la habilidad.
2. **Mostrar.** El formador os mostrará cómo utilizar la habilidad llevándola a cabo con uno de vuestros familiares mayores.
3. **Representar.** Practicaréis la habilidad con el formador, que actuará como si fuera vuestro familiar mayor.
4. **Practicar.** Practicaréis la habilidad con el adulto mayor y el formador os hará sugerencias.
5. **Practicar frente al grupo (opcional).** Practicaréis la habilidad con el adulto mayor y las demás familias os harán sugerencias.
6. **Practicar en casa.** El formador os asignará una tarea para practicar la habilidad en casa.

“NUESTRO TIEMPO”**A. PROPÓSITO**

El objetivo de “Nuestro Tiempo” es aumentar el disfrute del tiempo que pasáis con el adulto mayor; hacer que cuidadores y adultos mayores se sientan mejor unos con otros. “Nuestro Tiempo” os ayudará, también, a practicar vuestras habilidades para conseguir potenciar las acciones positivas de los adultos mayores. Durante la segunda sesión aprenderéis nuevas maneras de recompensar el comportamiento que queréis, especialmente a aumentar las “recompensas sociales”. Las recompensas sociales son bienes que vuestro familiar mayor quiere pero que no se compran en una tienda, por ejemplo: premiar y realizar actividades que le gustan con vosotros. “Nuestro Tiempo” es un paso hacia confiar menos en las consecuencias negativas (críticas o expresión de enfado tras la conducta no deseada) por el comportamiento que no queréis.

B. HABILIDADES: JUGAR A “NUESTRO TIEMPO”

Os enseñaremos cómo podéis pasar un tiempo agradable junto a vuestro familiar dependiente. Es un momento especial que él tendrá para estar con vosotros, haciendo lo que le guste hacer. Os recomendamos que paséis juntos de 10 a 15 minutos al día. Parecerá más natural si os unís a algo que vuestro adulto mayor esté haciendo o si hacéis algo juntos (como un juego de mesa, un juego de ordenador, cartas...), en lugar de solamente observarles. Durante “Nuestro Tiempo” aprenderéis maneras de prestar atención y recompensar las conductas positivas de vuestros adultos mayores. En algunas ocasiones los cuidadores no prestan suficiente atención a lo bueno que hacen los más mayores o no se dan cuenta de ello. El punto clave del juego es “SORPRENDERLOS SIENDO BUENOS”. Os enseñaremos a utilizar afirmaciones positivas específicas e indicativas de la conducta deseada. Por ejemplo, podréis decir “Oye, puedes tomarte la medicación. Aunque se que experimentas molestias, agradezco que no te quejes continuamente” en vez de simplemente “Muy bien” tras la acción. Si no decís claramente lo que os gustó vuestro adulto mayor no sabe qué os gusta. Recordad que vuestra atención es la mayor recompensa para vuestro adulto mayor.

C. REGLAS DE “NUESTRO TIEMPO”

Se trata de que prestéis atención de forma exclusiva a vuestro adulto mayor durante esos 10-15 minutos. Recompensar las conductas positivas e ignorar las conductas negativas menores. Durante vuestro tiempo, no debéis recriminar ni criticar ninguna de las acciones llevadas a cabo por el adulto mayor. No se permiten comentarios negativos. Es un tiempo de escucha positiva acerca de lo que vuestro familiar quiera compartir con vosotros. Al principio puede resultar difícil, pero se os ayudará a lograrlo.

CÓMO SER UN BUEN ORADOR

1. Usad mensajes con “yo” para declarar vuestros sentimientos.

- a. Cuando tú (conducta),
- b. yo me sentí (emoción),
- c. porque (consecuencia en ti).

Ejemplo: “Cuando no te tomas la medicación que te preparo, yo me siento frustrada al tener que insistirte en que te la tomes y tener que cuestionarte”.

2. No deis a la otra persona una lista de peticiones. Dádselas una a una.

3. Intentad aseguraros de que las demás personas escuchan (preguntadle a la persona u observad si parece interesada).

4. Sed específicos. Decid lo que queréis.

5. Sed positivos.

CÓMO SER UN BUEN OYENTE

1. Sed un oyente activo.

2. Mirad a la otra persona.

3. Mostrad a la otra persona que entendéis, asintiendo con la cabeza y pareciendo interesados.

4. Formulad preguntas cuando no entendéis o necesitáis más información.

5. Repetid con vuestras propias palabras lo que la otra persona acaba de decir. Aseguraos de que se entendió lo que dijo.

6. Escuchad lo que la otra persona tiene que decir.

7. No deis consejos a menos que os pregunten.

8. Aunque no estéis de acuerdo con las demás personas, respetad sus puntos de vista.

OBSTÁCULOS DE LA COMUNICACIÓN

- a. **Culpabilizar a los demás:** el objetivo de la comunicación es resolver los problemas. Cuando culpamos a los demás, conseguimos ponernos unos contra otros y es difícil resolver problemas cuando no se está en el mismo equipo.
- b. **Cambiar de tema:** hablar de cualquier aspecto que no esté relacionado con el tema del que se empezó a hablar.
- c. **Manifestar o pensar que no servirá de nada:** “No hace falta hacer esfuerzos, esto no va a funcionar”. Pocos problemas pueden resolverse cuando una o ambas personas no están dispuestas a hablar.
- d. **Cortar las vías de comunicación:** “Si no lo podemos hacer a mi manera, olvídale”. Pocos problemas se pueden resolver cuando una persona o ninguna quiere hablar.
- e. **Sentirse indefenso:** esto ocurre cuando una persona siente que ha sido censurada o mal entendida. Podría resultar herida en sus sentimientos o terminar rápidamente la conversación.
- f. **Negar la existencia del problema:** negar que hay un problema para no tener que hablar de él. Aunque admitirlo no sería un problema para vosotros, podría serlo para algún miembro de tu familia. Con el objetivo de mejorar las relaciones familiares, hablad acerca de la situación y ayudad a la persona a resolverla.
- g. **Hacer declaraciones muy largas:** tiende a parecer que queréis molestar. Sed breves e id directamente al grano en lugar de estar dando tantos ejemplos para demostrar vuestro punto de vista.
- h. **Mostrarse arrogante:** decir o asumir que vosotros sabéis lo que piensan las demás personas, “a ti te interesa más el fútbol que nuestros problemas”.
- i. **Hablar humillando a las demás personas:** nombrar con insultos las ideas o esfuerzos de las demás personas.
- j. **Hablar con sarcasmo:** hacer comentarios ofensivos de otra persona.
- k. **Hablar utilizando términos extremos:** “Tú siempre...Tú nunca...” Siempre hay excepciones. Esto nunca deja lugar para una discusión.
- l. **Hablar por las demás personas:** es mejor dejar que las personas se expresen por sí mismas, en lugar de opinar por ellas. “A ella no le gustará esa idea de todos modos”.

SITUACIÓN 1**ORADOR**

Han llamado del Centro de Salud al que acude vuestro adulto mayor con frecuencia para informaros de que ya van tres veces que tenía cita para analítica y no ha acudido. Decides llegar a un acuerdo con tus hermanos para tartar de transmitirle la importancia de que el adulto mayor, vuestro padre, acuda a las citas que le correspondan. Igualmente, quieres discutir con él los motivos por los que acude a las citas para analíticas, sabiendo que se encuentra en un momento delicado de salud. Como sabes que tus hermanos tienen menor flexibilidad laboral que tu, sabes también que serás tu quien se vea obligado nuevamente a salir del trabajo para llevarlo al Centro de Salud si por él mismo no acude. Esta situación te pone nervioso porque tu compañera de trabajo está de baja por permiso de maternidad y te responsabilizas de las faltas de atención que pueda sufrir tu lugar de trabajo si también faltas.

OYENTE

A pesar de que sabías que estabas faltando a las citas del médico, decides no ir porque no soportas las analíticas. Además, “si yo me siento tan bien; ¿para qué tengo que hacerme analíticas?” prefiero no tener más malas noticias. A pesar de ello, han llamado a mis hijos del Centro de Salud, y ahora quieren hablar conmigo sobre lo sucedido.

SITUACIÓN 2**ORADOR**

Después de advertir a tu padre de que no se pusiera en pie mientras estás fuera de casa, éste se ha levantado, se ha caído y se ha roto la cadera, lo que le ha supuesto la necesidad de intervención quirúrgica, un ingreso de una semana en el hospital y el tener que estar en cama con acompañamiento por un periodo mínimo de un mes.

OYENTE

Tras las advertencias continuadas de que podrías caerte si te levantas mientras tus cuidadores están fuera de casa, tu, decides levantarte para ir a la cocina a beber un vaso de agua, te caes y te rompes la cadera. Vienen tus hijos a hablar contigo sobre lo sucedido.

SITUACIÓN 3**ORADOR**

Han llamado del Centro de Salud para informarte que, conforme a los resultados de las analíticas, tu madre no se ha estado tomando la medicación X, necesaria para el mantenimiento de la salud, lo que ha causado prejuicios en sus síntomas. A partir de ahora requerirá más atenciones. Te enerva saber que su empeoramiento se ha debido a la falta de atención que ella misma se haya podido otorgar y que ello te suponga incrementar tus esfuerzos. Tienes que hablar con ella pero sabes que negará la situación.

OYENTE

Eres consciente de que no sólo no colaboras en el seguimiento de la medicación, sino que en ocasiones, la tiras al suelo mientras tus hijos están despistados. Crees que tanta medicación no es necesaria ni saludable. Vienen tus hijos para hablar sobre el tema.

SITUACIONES DE LA VIDA COTIDIANA CUIDADOR-DEPENDIENTE**Situación 1: querer seguir trabajando no estando en condiciones para hacerlo**

Tu padre, a quien se le ha reconocido el grado I a raíz de problemas de movilidad, te pide las llaves de la cochera para ir a hacer dos “arreglillos” que tiene pendientes. Tu tienes que salir fuera de la casa en ese instante. Siempre ha sido un hombre muy trabajador, ha sido autónomo en el sector de la ferretería, pero aunque se empeña en que puede hacer ciertas faenas, tu sabes que estando solo se fatiga y corre el riesgo de dañarse. No sabes como decirle que no puede ir solo.

Situación 2: salidas sin aviso previo

Estás en el trabajo y te llaman unos amigos de toda la vida del pueblo para avisarte que tu padre está con el andador por el centro, que parece algo desorientado y que quizás sea mejor que vayáis a buscarlo dado que no confían en que pueda volver solo a casa por las limitaciones de movilidad que presenta.

Situación 3: la ducha

Llega nuevamente el momento más tensionante del día: la ducha. Sabes que vas a tener que insistir una mínima de cinco veces, que tardarás unos 20 minutos en conseguir que tu madre vaya a la ducha y que no va a colaborar.

Situación 4: el azúcar

Aunque los médicos han avisado de que tu padre disminuya el consumo de azúcar por los riesgos que le supone tener constantemente que ingresar por rebasar los 200 de azúcar en sangre, sabes que en casa, a escondidas, come de las galletas de limón. Cuando se lo confrontas, lo niega.

Situación 5: las compresas

Como tu madre empieza a tener problemas serios de incontinencia mientras duerme, los médicos os han recomendado que duerma con pañal o con las compresas de noche. Cada mañana, cuando vas a la habitación, no solamente no lleva el pañal sino que identificas nuevas manchas en la cama encubiertas de colonia y aromas agradables. Tu madre te dice que no necesita ese artilugio y que además, le causa irritaciones en las ingles.

Situación 6: el dinero

En casa hay ya 6 nietos, y sabes que tu padre arroja una módica cantidad de 50 euros por cada nieto cada vez que lo visitan. Ya van dos veces que, cuando vas al banco a revisar los ahorros de tu padre, ese mes no solo ha consumido íntegramente el dinero de la pensión, sino que también están interviniendo sus pocos ahorros que quedan, en sus acciones de solidaridad intergeneracional.

Situación 7: los dioses que nunca están

Eres la única de los cuatro hermanos que puede estar a cargo de tu madre las 24 horas del día porque eres la única que está jubilada. Dejas de realizar gran parte de las actividades de la tercera edad que tanto te gustaban por estar con él. A pesar de ello, mientras estás con tu padre, solo alaba los detalles del pequeño, quien acude una vez por semana a visitarlo. Nunca ha reconocido ni puesto en valor tu esfuerzo y dedicación.

REGISTRO DE TEMAS DISCUTIDOS EN LA COMUNICACIÓN FAMILIAR

Debes contestar a las preguntas del registro, tratando de pensar en lo que percibiste durante los momentos de comunicación en la familia.

Ésta es mi percepción acerca de:

1. Los sentimientos de los que hablé.
2. Los sentimientos de los que hablaron las otras personas de mi familia.

Siento que:

3. Las personas de mi familia me comprendieron:

- Muy bien
- Bastante bien
- Bastante mal
- Muy mal

4. Como resultado de la comunicación familiar entiendo mis sentimientos y actuaciones:

- Igual que antes lo que siento y hago
- Un poco más lo que siento y hago
- Mucho más lo que siento y hago
- Muy bien lo que siento y hago

5. Como resultado de la comunicación familiar entiendo a las personas de mi familia:

- Igual que las entendía antes
- Un poco más de lo que las entendía
- Mucho más de lo que las entendía

REGISTRO DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN FAMILIAR

Vuestro adulto mayor debe señalar con una cruz aquellos miembros de la familia que son buenos en las diferentes técnicas de comunicación.

	MIEMBRO 1	MIEMBRO 2	MIEMBRO 3	TÚ
Cuando habla				
1. Usa mensaje de “yo me siento”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Expresa sus ideas de una en una	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Elogia a las demás personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es claro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dice lo que quiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No habla por los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. No discute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. No dice “siempre” o “nunca” si no es verdad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando escucha				
1. Está interesado y activo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acepta opiniones de las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hace preguntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No interrumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No juzga a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando modera				
1. Elogia el buen trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Da sugerencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SESIÓN 1

SESIÓN 1

PÓSTER 1.1.

LA COMUNICACIÓN:

1. Es muy importante en la vida y en las relaciones.
2. Se puede aprender.
3. Permite compartir y entendernos para ayudarnos.
4. Permite transmitir los sentimientos y aclarar y resolver los problemas.
5. Permite tener más control de nuestros sentimientos.

SESIÓN 1

PÓSTER 1.2.

EL BUEN ORADOR:

1. Habla en primera persona (“yo”) para expresar sus sentimientos.
2. Da órdenes de una en una.
3. Se asegura de que le escuchan.
4. Se expresa claramente.
5. Es positivo.

SESIÓN 1

PÓSTER 1.3.

EL BUEN OYENTE:

1. Escucha activamente.
2. Mira a la otra persona.
3. Muestra interés.
4. Hace preguntas cuando no entiende o necesita información.
5. Se asegura de que le entiendan.
6. No da consejos sin que le pregunten.
7. Respeta los distintos puntos de vista.

¡EL MAL COMPORTAMIENTO SE NOTA!

TENEDLO EN CUENTA cuando empezáis a ignorar comportamientos o acciones a los que antes prestabais y que quizás eran fruto de la crítica o discusión. Vuestro adulto mayor podría aumentar esos comportamientos.

¡ESTO ES TEMPORAL y acabará! MANTENED VUESTRO PLAN de recompensar el comportamiento que queréis que vuestro adulto mayor haga. **IGNORAD** el comportamiento que no queréis que siga haciendo.

¡Hacedlo todas las veces! La razón por la que probablemente veréis un incremento en la intensidad o frecuencia de las acciones que hasta el momento habían sido fuente de enfado o crítica de vuestro adulto mayor es porque está acostumbrado a sacar beneficios de esa conducta. Cuando empezéis a ignorar las conductas menos positivas, vuestro adulto mayor no entenderá lo que está pasando. Entonces, seguramente, probará nuevas maneras de captar vuestra atención. **IGNORAD ESTO**. Recordad que si le prestáis atención en ese momento, habréis transmitido (no verbalmente) a vuestro adulto mayor que mediante la conducta no deseada, consigue su premio, que es vuestra atención. **¡NO LO HAGÁIS!**

MANTENED VUESTRO PLAN

¡Los cambios menos positivos son TEMPORALES!

ATENCIÓN DIFERENCIAL: PRESTAR ATENCIÓN E IGNORAR

Ahora vamos a ver cómo utilizar las recompensas junto con ignorar modelar una manera de proceder.

Mi meta (escribid el cambio que queréis)

A mí me gustaría

Las acciones o conductas que quiero ignorar son

Las acciones que deseo y que quiero recompensar son

FRASES SIMPLES PARA DAR RECOMPENSAS

Ejemplos:

Me gusta cómo...	Es una buena idea; gracias por compartirla
¡Qué bien!	Buen intento, sigue probando
¡Qué bueno, tu solo te lo has terminado todo!	¡Genial!
Sigue así	¡Fenomenal!
¡Muchas gracias!	¡Chócala!
¡Esto sí que es una buena mejora!	Gracias por no interrumpir
¡Gracias mama por no llamarme mientras terminaba X...!	¡Eres una buena ayuda!
Estoy muy orgullosa de que hayas _____	Que considerado de tu parte que hayas _____
¡Fantástico, me encanta lo que hiciste!	Gracias por hacer el trabajo
¡Has hecho un buen trabajo!	Vas por buen camino
Estoy impresionada con la forma en que has _____	Estás prestando mucha atención
Como se nota tu experiencia...	¡Estás trabajando tan bien! Me encanta cuando tú _____
¡Buena reflexión!	Esto es lo que hay que hacer
Me gusta como lo has arreglado/solventado	Eres muy considerado
¡Muchas gracias por hacer lo que te pedí!	

Escribid otras maneras de dar recompensas con vuestras propias palabras, palabras que os suenen bien:

SEIS IDEAS CLAVE PARA RECORDAR SOBRE RECOMPENSAS

1. **Recompensad a menudo.**
Cada vez que veáis que vuestro adulto mayor hace algo que os gusta, dadle una recompensa.
2. **Recompensad enseguida después de la acción positiva.**
Dadle la recompensa en cuanto ocurra el buen comportamiento. La espera debilita el premio.
3. **Mirad a vuestro adulto mayor cuando le deis la recompensa.**
(en algunas culturas puede que no sea apropiado mirar directamente a los ojos).
4. **Decidle a vuestro adulto mayor lo que os gusta.**
Cuando decís simplemente “perfecto” en lugar de “que bueno que te pudiste duchar solo”, vuestro adulto mayor no sabe exactamente qué hizo bien, así pues, especificadle qué es lo que os gustó que hiciera. La idea que se pretende transmitir es que se les quiere y se les respeta como personas, pero que algunas de las cosas que hace nos gustan más que otras.
5. **Mostrad entusiasmo.**
Prestad atención al tono de voz que utilizáis. Mostrad vuestra alegría.
6. **Recompensad utilizando a la vez la sonrisa y el elogio.**

REGISTRO DE “RECOMPENSAS SOCIALES” POSITIVAS

Por favor, marcad con una “X” cada recompensa hablada que habéis dado a vuestro adulto mayor durante la semana:

Nombre	L	M	X	J	V	S	D	TOTAL
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

En la parte de atrás de la hoja, apuntad los ejemplos de cualidades positivas que habéis dicho a vuestro adulto mayor.

LISTA DE CUALIDADES POSITIVAS que HABÉIS DICHO A VUESTRO ADULTO MAYOR

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

“COSAS DIVERTIDAS” QUE A VUESTRO ADULTO MAYOR LE GUSTAN

Por favor, sentaos con vuestro adulto mayor y rellenad esta hoja con cosas que a él le gustan. Éstas pueden ser cosas para hacer o recibir. Cualquiera que le parezca bien a tu familiar mayor (¡Puede que te sorprenda!).

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____
- 11 _____
- 12 _____
- 13 _____
- 14 _____
- 15 _____
- 16 _____
- 17 _____
- 18 _____
- 19 _____
- 20 _____

APRENDER A RECOMPENSAR

- a. Recompensad de inmediato.
- b. Decid lo que os gusta.
- c. Sed consistentes.
- d. Reducid las recompensas, una vez que el comportamiento sea frecuente.
- e. Sed naturales y sinceros con vuestras recompensas.
- f. Recompensad con algo que le guste a vuestro adulto mayor.

LAS RECOMPENSAS DE cuidADORES A ADULTOS MAYORES

- a. Si el comportamiento deseado ocurre → Recompensad.
- b. Si el comportamiento deseado NO ocurre → No recompensad.
- c. Recompensar aumenta, refuerza y mantiene el comportamiento deseado.
- d. No recompensar antes de que termine el comportamiento deseado.

SEIS IDEAS CLAVE PARA RECORDAR SOBRE LA RECOMPENSA

1. Recompensad a menudo.
2. Recompensad tras el buen comportamiento.
3. Mirad a vuestro adulto mayor cuando le deis la recompensa.
4. Decid a vuestro adulto mayor lo que os ha gustado que hiciera.
5. Mostrad entusiasmo.
6. Recompensad utilizando a la vez la sonrisa y el elogio.

DETERMINAR OBJETIVOS PARA VUESTROS ADULTOS MAYORES

CUANDO DECIDÁIS LOS OBJETIVOS PARA VUESTROS ADULTOS MAYORES, DEBÉIS INCLUIR LO SIGUIENTE:

1. Usad la primera persona del singular

Los objetivos son fines que vosotros queréis, así que formuladlos en primera persona del singular. Por ejemplo “quiero que Carlos se duche cada mañana”.

2. Sed claros y realistas

Los objetivos para vuestros adultos mayores deben ser CLAROS Y REALISTAS o no sabrán lo que esperáis de ellos.

Debéis decir QUÉ ES LO QUE QUERÉIS, CUÁNDO LO QUERÉIS Y CON QUÉ FRECUENCIA LO QUERÉIS. Para saber si vuestros objetivos son claros, podéis preguntaros: “¿Digo lo que quiero? ¿Cuándo? ¿Con qué frecuencia? Algunas veces debéis asegurarnos de preguntarle a vuestro adulto mayor si ha entendido lo que le habéis dicho. De esta forma tendrá menos excusas.

3. Sed positivos

Los objetivos deben ser POSITIVOS. Si queréis que disminuya o pare un comportamiento, debéis pensar en lo que queréis que haga en lugar de pensar en el comportamiento negativo.

Por ejemplo:

“Quiero que Teresa responda respetuosamente cuando le pregunto”.

En vez de pensar sólo en el comportamiento negativo “No me contestes mal”.

Pensad: “¿Qué es lo que queréis que ocurra en lugar de la conducta negativa?”

RECORDAD: EMPEZAD CON “YO QUIERO...”

LISTA DE COMPROBACIÓN DE OBJETIVOS

Escribid “sí” o “no” en cada una de las casillas. El objetivo es identificar qué objetivos son claros y positivos, y cuáles no lo son. Un objetivo es claro cuando podéis ver si se ha cumplido.

	ES CLARO	ES POSITIVO
1. Papá, quiero que dejes de incordiar a Juan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Carolina, quiero que sólo protestes o te quejes dos veces durante la comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mamá, quiero que seas más responsable con tu medicación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. María, quiero que hagas la cama cada mañana antes de desayunar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Papá, quiero que estés tranquilo (voz normal, buena cara) durante 15 minutos mientras friego los platos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Olivia, quiero que te vistas tú sola cada mañana antes de que me vaya a trabajar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESPECIFICAR EL COMPORTAMIENTO

Escribid la conducta problema que os gustaría cambiar:

Ahora que ya sabéis lo que NO queréis, pasemos a la parte más importante:

¿QUÉ QUERÉIS CONSEGUIR?

¿Qué es lo que queréis que haga vuestro adulto mayor en lugar del comportamiento negativo?

Por ejemplo, queréis que vuestro adulto mayor deje de llamarte mientras estás ocupada. ¿Qué queréis que haga en vez de llamarte?

Escribid vuestra **META** más importante aquí:

Ahora: Pensad en positivo acciones específicas que vuestros adultos mayores pueden hacer (OBJETIVOS) para alcanzar esa meta.

Pensad de forma positiva ¿Qué es lo que queréis que pase?

Objetivos de cambio de comportamiento para vuestro adulto mayor:

1. _____

¿Es CLARO? ¿Es POSITIVO?

2. _____

¿Es CLARO? ¿Es POSITIVO?

3. _____

¿Es CLARO? ¿Es POSITIVO?

4. _____

¿Es CLARO? ¿Es POSITIVO?

¡Acabáis de completar el primer paso hacia el cambio de comportamiento!

CÓMO HACER UNA PETICIÓN Y PLANTEAR DEMANDAS

1. TIPOS DE PETICIONES INADECUADAS

1. **Peticiones en cadena.** “Coge la medicación y tómatela con agua; luego vístete y avísame cuando tenga que ayudarte a ponerte los zapatos”. No pidas demasiadas tareas a la vez.
2. **Peticiones vagas.** “Ten cuidado”, “Recuerda a hacer lo que toca” y/o “Mantente tranquilo”. No son claras ni específicas.
3. **Peticiones pregunta.** “¿Podrías poner la mesa?” En lugar de eso decid: “Mamá, aunque te cueste más tiempo, pon la mesa por favor”.
4. **Peticiones de “vamos a...”** “Vamos a ducharnos”, a no ser que realmente esperéis a hacerlo los dos juntos. Di “Quiero que...” o “Por favor, ...”
5. **Peticiones seguidas por una razón u otro tipo de explicación:** “Por favor, comienza a ducharte. Esta noche vamos a tener invitados y tendremos que estar a punto para cuando lleguen”. Está bien dar alguna explicación antes de plantear una petición, pero hacerlo después, limita sus efectos.

2. DAR DEMANDAS Y HACER PETICIONES

Los cuidadores cuyos adultos mayores no cumplan con las peticiones pueden tener mejores resultados si plantean demandas más claras. Aquí hay algunas pautas:

1. **Atraed la atención de vuestro adulto mayor.** Aseguraos de que vuestro adulto mayor os oye; acercaos más, miradle y llamadle por su nombre.
2. **Explicad exactamente lo que queréis que haga.** Explicad a vuestro adulto mayor lo que debe hacer, cómo queréis que lo haga y cuándo queréis que lo termine.
3. **Sed concretos.** No deis explicaciones largas sobre por qué queréis que lo haga. Una explicación corta está bien, si la dais antes de la petición.
4. **Sed firmes, pero expresándoos con amabilidad.**
5. **Hablad con vuestro adulto mayor, pero no preguntéis.** Preguntar es dejar que diga “no” o se excuse para no realizar la actividad de manera autónoma.
6. **Seguid adelante.** Premiad la buena conducta que queréis incrementar. Ignorad (por ahora) la mala conducta que queréis disminuir.

Ejemplo: “Papá, hoy toca ducha. Por favor, aunque sé que te cuesta, trata de comenzar tu solo a ver si, con más tiempo lo consigues sin mi intervención”. “¡Buen trabajo, Papá! ¡Has quedado reluciente! ¡Muchas gracias!”

RESUMEN SOBRE CÓMO GENERAMOS CAMBIOS

CAMBIOS DESEADOS:

PLAN: Cuando comencéis vuestro programa de cambios, empezad por los métodos más positivos y seguid avanzando en la lista hasta que consigáis que la conducta cambie.

1. **PREMIAD LA BUENA CONDUCTA** (a menudo es la conducta opuesta).
2. **ATENDED DIFERENCIALMENTE** (ignorad lo malo y premiad lo bueno).

.

¡BUENA SUERTE!

SITUACIONES DE LA VIDA COTIDIANA CUIDADOR-ADULTO MAYOR**SITUACIÓN 1: EL PEDIR AYUDA QUE VA EN DETRIMENTO DE SU AUTONOMÍA**

El adulto mayor te dice que no puede vestirse solo y tu sabes que, con esfuerzo lo consigue, “¿Me ayudas Toni? Me cansa levantar los brazos para ponerme el jersey”.

SITUACIÓN 2: LAS SALIDAS SOLO JUSTO EN EL MOMENTO EN QUE TU NO ESTÁS

Llegas a casa de trabajar y tu madre, en situación de dependencia por problemas de movilidad, no está. No tiene teléfono así que no puedes contactar con ella. Al cabo de hora y media llega agotada, exhausta por el esfuerzo que le ha supuesto la vuelta: “no pensaba había ido tan lejos”. Hijo y madre hablan sobre lo sucedido.

SITUACIÓN 3: LA FORMA DE VESTIR

El adulto mayor sale de la habitación vestida de un modo que su cuidador no considera adecuada para salir a la calle con el tiempo que hace.

SITUACIÓN 4: LA MEDICACIÓN

Le tienes dicho a tu padre que se tome la medicación en tu presencia. Cuando tu llegas a la cocina, te asegura que se la ha tomado. Tu sabes que no es cierto y que seguro que la ha tirado pero te dá miedo pedirle que se la tome nuevamente delante de ti por si ya se la ha tomado. A ver si se va a intoxicar, no te lo perdonarías.

SITUACIÓN 5: GASTOS DESCONOCIDOS

El cuidador ve que el adulto mayor viene de pasear con una chaqueta que parece nueva, cara y completamente desconocida. El cuidador quiere saber “de dónde la ha sacado” y el adulto mayor dice que se la ha regalado Antónia.

SITUACIÓN 6: LAS MALAS COMPAÑÍAS

Los cuidadores han oído que su padre va con gente “equivocada”. Los cuidadores le dicen a su padre: “no queremos que salgas con esos tipos que traen problemas, ¿lo entiendes?” y el adulto mayor dice: “sí, lo entiendo”.

PLAN PARA POTENCIAR EL FUNCIONAMIENTO AUTÓNOMO

Vuestros nombres: Comportamiento problema:

Nombre de vuestro mayor: Comportamiento deseado:

Fecha: Meta:

CONDUCTA DEL ADULTO	INSTRUCCIÓN DEL CUIDADOR	CONDUCTA DEL ADULTO	SEÑAL DEL CUIDADOR
(Escribid lo que hizo vuestro familiar)	(Escribid lo que dijisteis)	(Escribid lo que hizo vuestro familiar)	(Escribid lo que dijisteis)

1.

2.

3.

4.

5.

¿Qué dificultades habéis tenido cuando habéis intentado generar cambios?

PASOS PARA RESOLVER UN PROBLEMA

1. Definid el problema. ¿Cuál es?

2. Decidid qué queréis que pase. ¿Cómo os gustaría (y a los demás) que fuera dicha situación?

3. Confeccionad una lista con ideas que puedan ayudar a resolver el problema y lo que podría suceder (consecuencias) para cada idea.

Ideas para resolver el problema	Consecuencias
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

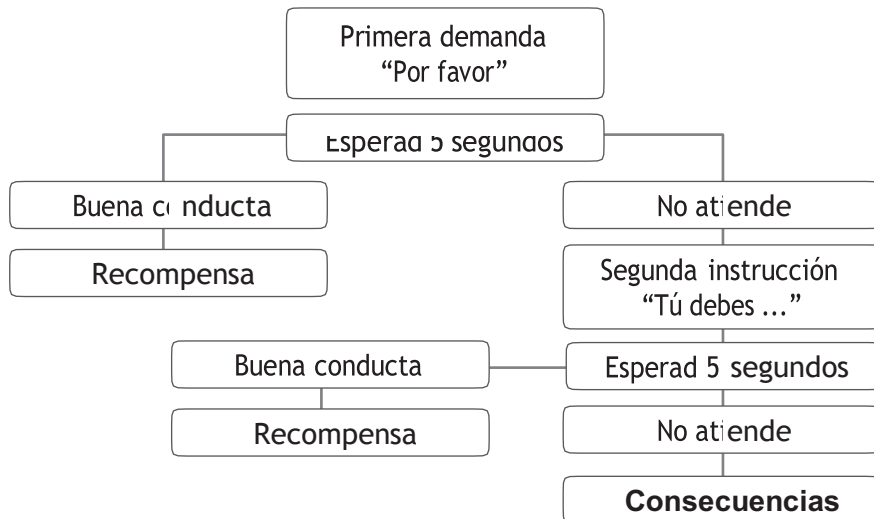
4. De esa lista, escoged la mejor opción.

5. Resolved el problema (¿Cuánto tiempo os dais para intentarlo?).

6. Comprobad si el problema se resolvió (si no se ha resuelto, escoged una solución diferente).

¡BUEN TRABAJO!

SEÑALES DE BUENA CONDUCTA O “CÓMO HACER QUE VUESTRO ADULTO MAYOR CUMPLA CON LAS PETICIONES”



DISCUSIÓN SOBRE LA INFLUENCIA DE LOS CUIDADORES EN SUS ADULTOS

Anotad en qué ayudáis a vuestros adultos mayores

Anotad en qué áreas el adulto mayor era autónomo y a raíz de la aparición de la enfermedad incapacitante o de la discapacidad, requiere apoyo

Anotad en qué áreas de acción y de toma de decisiones podrían actuar de manera autónoma o entrenar sus habilidades para conseguir un funcionamiento más autónomo

ESTRATEGIAS DE PROTECCIÓN FAMILIAR

Aquí hay algunas estrategias de protección familiar. No siguen un orden particular porque no pretende ser una lista de comprobación de la familia perfecta, sino que las familias fuertes acostumbran a usar algunas de estas estrategias. Marcad las fortalezas que tenga vuestra familia con un visto o con una cruz lo que desearíais. Debéis ser realistas sobre vuestras respuestas, pero intentad ser “generosos” con los deseos.

- Tenemos encuentros familiares regularmente.
- Comemos juntos como una familia, como mínimo una vez a la semana.
- Pasamos algo de nuestro tiempo libre juntos como familia haciendo cosas que nos gustan

- Vamos a actividades en nuestro tiempo libre juntos como actuaciones u obras de teatro.
- Animamos y apoyamos el trabajo del adulto mayor en X asociación/entidad con _____

- Mantenemos costumbres familiares y tradiciones como _____

- Dividimos las tareas de la casa entre los miembros.
- Nos mantenemos en contacto sobre dónde y cuándo están los miembros de la familia.
- Tenemos reglas para cada miembro sobre la organización de las funciones familiares.
- Hablamos sobre sueños y metas propias y de nuestros adultos mayores y nuestra familia.
- Nos mantenemos en contacto con parientes que no son de nuestro círculo inmediato.
- Hablamos sobre nuestras pautas relacionadas con el fomento de la autonomía.
- Celebramos los esfuerzos de nuestra familia y de todos sus miembros.

APRENDER A DECIR “NO”

1. Antes de actuar, reflexionad. ¿Qué estáis a punto de hacer?
2. Pensad sobre lo que podría pasar
3. Decid “no”
4. Buscad otra actividad para hacer

ACUERDO DEL PROGRAMA DE COMPORTAMIENTO

Si recordáis las habilidades que hemos trabajado en estas sesiones y las usáis conseguiréis mejorar cada vez más las conductas adecuadas de vuestro adulto mayor. Podéis mantener los cambios planificando un programa de comportamiento que reflejaréis en un contrato que negociaréis con vuestro adulto mayor. Un contrato escrito especifica premios y recompensas, y el planteamiento completo de lo que queréis hacer. Vamos a trabajar sobre sus componentes.

El problema en la relación familiar/pérdida de autonomía es: _____

Establecimiento de la **meta**: (Lo que a mí me gustaría que mi adulto mayor hiciera en lugar de...) Me gustaría: _____

(Usa un mensaje “yo” y que el objetivo sea claro y positivo)

Haremos el seguimiento de este comportamiento de la siguiente forma: _____

¿Con qué frecuencia realiza el comportamiento deseado ahora? _____

¿Crees que es capaz a esta edad de aprender esta conducta? Sí No

¿Otras personas de su edad podrían realizar el comportamiento deseado? Sí No

Las recompensas que utilizaréis son (especificad qué, cómo y cuándo)

1. Alabar verbalmente _____

2. Premios especiales: _____

Nombre del adulto mayor: _____ Fecha: _____
(Firma)

Nombre del cuidador: _____ Fecha: _____
(Firma)

USO DEL CONTRATO PARA AFRONTAR EXCUSAS Y PELEAS

Si vuestro adulto mayor os pone excusas y discute con vosotros sobre lo que se espera que hagáis, entonces tenéis un problema añadido.

Aquí hay algunas IDEAS para AFRONTAR DICHA SITUACIÓN Y NO DARSE POR VENCIDO:

- 1. ESCUCHAD Y DECIDID.** Si el contrato que hacéis con vuestro adulto mayor dice, claramente, lo que haréis y lo que debe hacer él, entonces debéis seguir con el contrato. Las excusas para no hacer lo que debe hacer se tienen que escuchar, pero no significa que debáis cambiar el contrato. Escuchar puede daros más información sobre por qué tiene problemas para hacer lo que se le pide y cumplir el contrato.
- 2. ¿EL CONTRATO ES JUSTO?** Si os sentís culpables por ser “tan estrictos”, entonces replanteaos si el contrato es justo. Quizá no estéis siendo verdaderamente justos con vuestro adulto mayor por ser el contrato poco realista.
- 4. SI EL CONTRATO ES JUSTO, SEGUID ADELANTE.** Si todavía creéis que el contrato es justo, entonces aseguraos de que vuestro adulto mayor verdaderamente entiende lo que queréis. Hablad sobre las causas de sus problemas, SOLUCIONES POSIBLES y seguid adelante. Explicadle las causas reales por las que queréis que el contrato tenga éxito y contadle vuestros sentimientos (si no los sabe).
- 3. SI EL CONTRATO NO ES JUSTO, CAMBIADLO.** Si averiguáis que vuestro adulto mayor tiene problemas reales para hacer lo que dice el contrato, a pesar de su voluntad por llevarlo a cabo, entonces podéis hablarlo conjuntamente y cambiarlo. Algunos adultos mayores tienen problemas que les impiden hacer lo que queréis (problemas médicos, problemas de desarrollo o problemas de diferente tipo). Escuchar a vuestro adulto mayor ayudaría a encontrar dichos problemas. Cambiar el contrato no significa fracasar.
- 5. ¡SED CONSISTENTES!** A veces, cambiar la forma de actuar es difícil. Ser consistente al recompensar y, sobre todo, ignorar es duro. Más aún si anteriormente habéis tenido la costumbre de reaccionar durante años de la misma manera ante determinadas acciones.

CONSEJOS PARA SER UN CUIDADOR EFICAZ

Ser un cuidador eficaz es más que nada aprender a saber cómo fijar unas pautas para el funcionamiento autónomo a vuestros adultos mayores, conseguir que todos los miembros actúen aplicando las habilidades de comunicación y de relación trabajadas aquí y para prevenir la pérdida de funciones que impacta sobre su autonomía. En este programa hemos puesto en práctica habilidades de relación y comunicación para garantizar el bienestar familiar y promover a su vez la autonomía en las personas mayores. Sin embargo, ser un CUIDADOR EFICAZ también significa ser sensible a las necesidades y a los sentimientos de la persona cuidada, a aprender a controlarse, a ser capaz de llevarse bien con los demás y a conocer y hablar de sus sentimientos, así como de respetar y atender sus necesidades. Los siguientes puntos son algunas ideas de cómo hacerlo.

- 1. COMUNICAR DE MANERA ASERTIVA LAS ACCIONES QUE NOS GENERAN SENTIMIENTOS NEGATIVOS.** Hablad serenamente y no de manera enfadada. Decid algo como (depende de su edad, estado de salud y dependencia): “Yo sé que intentas hacer lo correcto, pero a veces hieres mis sentimientos o me haces sentir mal. Esto no es exactamente culpa tuya. Todos necesitamos aprender a hacer felices a los otros y a que nos hagan felices”. Los diferentes miembros de la familia aprenden a no herir los sentimientos de los demás. No obstante, para poder evitar hacerlo, es importante comunicar en qué somos más sensibles. Así, el resto de miembros de la familia puede tenerlo en consideración.
- 2. PONED LÍMITES Y ENSEÑAD AUTOCONTROL.** Los adultos mayores desean estar en compañía y deciden cuándo quieren, por ejemplo, tu atención. Es un deber de los cuidadores convertir al adulto mayor centrado en sí mismo en un adulto mayor, empático y apreciado. Esto no es fácil. Puede que vuestro adulto mayor necesite que le pongáis límites hasta que aprenda de las consecuencias naturales a autocontrolarse. Algunos adultos mayores necesitan aprender y entender las consecuencias relacionadas con su conducta. Unas serán positivas, mientras que otras no lo serán. No protejáis a vuestro adulto mayor demasiado. Necesita aprender que su conducta afecta a otros y que es responsable de su propia conducta.
- 3. TRABAJAD EN LLEVAROS BIEN CON VUESTRO ADULTO MAYOR.** Un adulto mayor que se siente cerca de ti es más probable que se esfuerce en agradarte. Decidle, siempre que podáis y de una forma natural, que le queréis mucho y lo que os gusta de él. Por ejemplo: que es muy cortés, que come muy bien, que se acuerda de tu cumpleaños, que es muy bueno haciendo sudokus o que es un buen observador, etc. Buscad cualidades para decirle. Realizad actividades especiales, los dos juntos.
- 4. HABLAD CON VUESTRO ADULTO MAYOR SOBRE SUS SENTIMIENTOS.** Algunos adultos mayores tienen más facilidad que otros para expresar sus sentimientos. Ello puede tener mucho que ver con la cultura en la que se criaron durante su niñez. Aún cuando siga diciendo “no sé”, seguid intentando ayudarlo a entender cómo se siente. Poner en práctica la expresión de los sentimientos es también un trabajo importante para los cuidadores.
- 5. BUSCAD TIEMPO PARA ESTAR CON VUESTRO ADULTO MAYOR.** Se tarda mucho tiempo en encontrar maneras de identificar momentos para compartir. Hoy la mayoría de los cuidadores necesitan trabajar y tienen poco tiempo para sus adultos mayores. Si os resulta difícil encontrar tiempo, podéis hacer simultáneamente lo siguiente: podéis hablar de los contratos, de los programas de tv, de necesidades y sentimientos y practicar “Nuestro Tiempo”, mientras fregáis los platos, cocináis, vais a la tienda o hacéis cualquier otra tarea en la casa.

RESUMEN DE LAS HABILIDADES DE CUIDADO

1. Estableced expectativas realistas para vuestros adultos mayores.
2. Dad recompensas “sociales” por el buen comportamiento.
3. Estableced metas positivas y objetivos para el comportamiento de vuestro adulto mayor.
4. Hablad y escuchad activamente.
5. Apoyad la resistencia de vuestro adulto mayor a la presión del grupo de iguales o familiar.
6. Entended que VUESTRA ayuda afecta a SU AUTONOMÍA y es importante medirla y evaluarla.
7. Utilizad la estrategia de “resolver problemas”.
8. Plantead peticiones claras y efectivas.
9. Estableced límites: haced lo correcto.
10. Estableced límites: usad la pérdida de privilegios.
11. Utilizad contratos para cambiar el comportamiento.

IDEAS PARA DAR RECOMPENSAS Y EMPEZAR A DISMINUIR SU USO

A continuación se incluyen algunas ideas para enseñar conductas nuevas a vuestro adulto mayor.

1. EMPEZAD APLICANDO RECOMPENSAS TODO EL TIEMPO. Elogiad o recompensad a vuestro adulto mayor cada vez que haga algo que os agrade, como cuando aprende y realiza una conducta nueva.

Por ejemplo: la Sra. García está enseñando a su adulto mayor a que colabore en la preparación de la comida cortando la verdura. Si el adulto mayor colabora activamente (incluso si no la hace demasiado bien las primeras veces, dirá a adulto mayor: “Papá, me ha gustado mucho cómo has cortado el pimiento. Eres una gran ayuda para mi. Sabía que podrías hacerlo, pero no pensaba lo harías tan bien. Me hace sentir orgullosa tener un padre como tú que ayuda a la familia”.

Estas frases pueden sonar un poco pesadas o rebuscadas y no tienen que usarse todas a la vez. Los adultos mayores necesitan mucho reconocimiento por los trabajos y comportamientos que les impliquen recuperar o iniciarse en actividades que promuevan su autonomía, de esa manera continuarán haciéndolo bien.

2. UNA VEZ QUE VUESTRO ADULTO MAYOR PUEDE HACER LA CONDUCTA, RECOMPENSAD DE VEZ EN CUANDO. Una vez que vuestro adulto mayor hace la conducta que queréis, siempre correctamente, os podéis relajar un poco y empezar a elogiar o a recompensar con menor frecuencia.

3. SI LA BUENA CONDUCTA CONTINÚA, ID EXTINGUIENDO LAS RECOMPENSAS. Si la buena conducta continúa y la seguís recompensando, podéis extinguir las recompensas gradualmente. Disminuirlas significa seguir recompensando cada vez que vuestro adulto mayor realice su conducta durante varias semanas y después recompensar sólo de vez en cuando, dando recompensas con menos frecuencia. Únicamente podéis dejar de recompensar si vuestro adulto mayor puede seguir realizando su conducta por sí mismo. Si no, deberéis incrementar las recompensas. Si utilizáis algún sistema de puntos necesitará cada vez acumular más puntos para obtener la recompensa.

MEDIAR Y RENEGOCIAR**MEDIAR**

A medida que intentéis cambiar el comportamiento, es bueno que reviséis cada paso para estar seguros de que vais en la dirección que deseáis. Aquí tenéis una lista de los pasos que podéis revisar cuando desarrolléis nuevos planes para cambiar el comportamiento.

DECIDIR-RESOLVER PROBLEMAS

¿Están mis objetivos definidos claramente?

¿Mis objetivos incluyen lo que mi adulto mayor puede o debería hacer?

¿Son mis objetivos declaraciones de tipo “yo quiero...”?

- Si tienes un compañero (esposo, abuelo, etc.):

¿Estoy escuchando sus objetivos?

¿Estoy logrando que mis peticiones sean claras para que mi compañero entienda las metas y sepa reaccionar?

¿Pensamos juntos otras alternativas y decidimos juntos los nuevos objetivos?

¿Estamos comprometidos de verdad con esos objetivos?

ALCANZAR LOS OBJETIVOS-HACER CONTRATOS

1. ¿La conducta que queríamos cambiar fue fácil de entender?

2. ¿El contrato al que hemos llegado permitió recompensas inmediatas?

3. ¿Tuvimos que modificar el contrato?

4. ¿Fueron las recompensas pequeñas y frecuentes?

5. ¿Tu adulto mayor todavía se emociona por sus premios? ¿Está recibiendo premios por otro lado?

6. ¿Se premió el comportamiento después de que ocurriera?

7. ¿El contrato fue justo?

8. ¿Vuestro adulto mayor ayudó a hacer el contrato?

9. ¿Vuestro adulto mayor entendió el contrato?

MANTENER LOS CAMBIOS QUE HABÉIS CONSEGUIDO

Habéis trabajado muy duro durante estas semanas y aprendisteis muchas habilidades nuevas. En cierta forma ésta ha sido la parte fácil. El truco es seguir usando esas habilidades.

Ciertamente no tenéis todas las respuestas en lo que se refiere a ser cuidador, pero habéis aprendido una forma de trabajar juntos que puede seros muy útil para conseguir las metas que son importantes para vosotros.

RECORDATORIOS A LARGO PLAZO

Los recordatorios pueden ser muy útiles para retener en vuestra memoria lo que planeasteis o acordasteis que se debía hacer. Por ejemplo, anotaros lo que hacer y poner dicha nota en el espejo del dormitorio, en la cartera, en el llavero o en cualquier otro sitio que os sea de utilidad. Puede ser muy útil establecer un momento del día como recordatorio de que tenéis que revisar el comportamiento de vuestro adulto mayor y recompensarlo (por ejemplo, todos los días a las 19 h. o inmediatamente después de cenar). Si convertís esto en una rutina, será más fácil recordarlo. También, las conductas de vuestro adulto mayor deberían recordaros que tenéis que recompensar las buenas e ignorar o poner límites a las menos deseadas.

PREMIOS A LARGO PLAZO

Además de poner recordatorios, deberíais premiaros. En algunos casos, el cambio de conducta de vuestro adulto mayor es un premio suficiente pero, en el caso de metas a largo plazo, podéis necesitar recompensaros. Estableced metas y escoged algo especial para vosotros cuando lo acordado con anterioridad se haya cumplido o logrado.

ESTABLECIMIENTO DE UN ACUERDO

Un recordatorio importante para hacer lo que se ha comentado es establecer un acuerdo. Al formalizar este acuerdo recordad hacerlo lo suficientemente fuerte para que funcione (un día al año no funcionaría) y, al mismo tiempo, realista (acordad discutir qué tal lo estáis haciendo cada día, los siguientes diez años, por ejemplo, puede ser demasiado).

CÓMO AFRONTAR EXCUSAS Y PELEAS, Y NO DARSE POR VENCIDO

1. Escuchad y decidid.
2. ¿El contrato es justo?
3. Si el contrato no es justo, cambiadlo.
4. Si el contrato es justo, seguid adelante
5. Sed consistentes.

CONSEJOS PARA SER UN CUIDADOR EFICAZ

1. Enseñad a vuestro adulto mayor a tener en cuenta los sentimientos y las necesidades de los demás
2. Poned límites y enseñad autocontrol.
3. Trabajad en llevaros bien con vuestro adulto mayor.
4. Hablad con vuestro adulto mayor sobre sus sentimientos.
5. Buscad tiempo para estar con vuestro adulto mayor.

PCF AUTO
Programa de Competência Familiar
UNIVERSAL

ACEPTACIÓN DEL PROGRAMA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES EN EL PCF-U AUTO

D/A	_____
con DNI núm.	_____
con domicilio en la calle	_____
Municipio	_____

autorizo al **Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la Universitat de les Illes Balears, dirigido por la Dra. Carmen Orte**, a la obtención de los datos a través de los instrumentos seleccionados (cuestionarios) para la evaluación del **Programa de Competencia Familiar**. En el **Programa de Competencia Familiar** se trabajan, durante seis sesiones, aspectos relacionados con las habilidades sociales y comunicativas de las personas cuidadoras de referencia, la organización familiar, la comunicación familiar, la cohesión familiar o la promoción de la autonomía personal. Los cuestionarios que se pasan al principio, al final del programa y al cabo de un año contienen preguntas sobre estas cuestiones.

Asimismo, autorizo que se **captan mis imágenes (para la realización de los álbumes familiares, incluyendo fotos de grupo, que se entregan a las familias al final del programa y para uso científico vinculado exclusivamente al proyecto)** con el teléfono móvil del coordinador/a del programa durante la ejecución del Programa de Competencia Familiar. **A salvo de la autorización anterior, la misma no permite la divulgación de dichas imágenes si permiten identificarme.**

Se respetará la TOTAL CONFIDENCIALIDAD de los datos aportados.

El/La participante podrá ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos (e imágenes) recopilados y archivados. El ejercicio de estos derechos podrá efectuarse, dirigiéndose a Carmen Orte (carmen.orte@uib.es) o a Lluís Ballester (lluis.ballester@uib.es), Investigadores Principales del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la Universitat de les Illes Balears.

En _____, a ____ de _____ de 201__

Firma de la persona participante en dicho programa

CÓDIGO: _____

Fecha: _____

MUNICIPIO O BARRIO DONDE HA PARTICIPADO: _____ CURSO 20__ / __

INICIO PRE-TEST

FINAL POST-TEST

SEGUIMIENTO

PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR UNIVERSAL - AUTO

PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA

CUESTIONARIO PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES

31 CUESTIONES

ATENCIÓN: SOLO SE APLICA EN ENTREVISTA



Universitat
de les Illes Balears



G CONSELLERIA
O SERVEIS SOCIALS
I I COOPERACIÓ
B DIRECCIÓ GENERAL
/ DEPENDÈNCIA

Nombre y apellidos _____

Ciudad y barrio en el que vive _____

Ha firmado el documento sobre el **consentimiento informado**

1. Para empezar y antes de nada, voy a hacerle una serie de preguntas muy fáciles de responder.

El entrevistador debe marcar si la respuesta del entrevistado/a es correcta o no lo es, no hace falta marcar la respuesta textual (salvo para la pregunta 9)

	CORRECTO	INCORRECTO	Ns/Nc	
1. ¿Cuál es el día y la fecha de hoy?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)	(1)
2. ¿Cuál es el nombre de esta ciudad o pueblo?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)	(2)
3. ¿Cuál es el nombre de este barrio/residencia?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)	
4. ¿Cuál es su dirección?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (9)	
5. ¿Cómo se llama el Rey? Felipe VI	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)	(5)
6. ¿Cuál es el nombre del presidente del gobierno español?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)	(6)
7. ¿Cuál es el nombre del anterior presidente del gobierno? Mariano Rajoy	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)	(7)
8. ¿De qué color es la bandera española? Roja y amarilla o gualda	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)	(8)
9. ¿Cuál es su apellido? _____	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)	(9)
10. Restar 3 de 20 y seguir de tren en tres hasta el final 7 - 14 - 11 - 8 - 5 - 2	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)	(10)

Nº DE ACIERTOS _____

Si el entrevistado comete **de 0 a 3 errores** hacerle la **entrevista a él sólo**, sin que intervenga en las respuestas nadie más.

Si el entrevistado comete **4 o más errores** en las 10 cuestiones anteriores, realizar la **entrevista con la ayuda de una persona cercana** para las preguntas que no sean de opinión.

Las preguntas de opinión o percepción, deben ser contestadas por el entrevistado. Si duda, es preferible anotar Ns/Nc antes que forzar una respuesta

Esta primera cuestión previa, se ha tomado de:

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D, y Macià, A. (2003). *Cuestionario: Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.

A su vez, se basa en el **Cuestionario Pfeiffer**

IDENTIFICACIÓN

2. Edad (o año de nacimiento): _____

3. Sexo

Hombre

Mujer

4. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero/a

Casado/a

Viudo/a

Divorciado/a o separado/a

5. ¿Cómo es su familia?

No tengo esposo/a ni hijos/as

Pareja sin hijos

Pareja con hijos

No tengo pareja, pero sí hijos/as

Otras situaciones (especificar): _____

6. ¿Con quien convive?

Vivo solo/a

Con cónyuge/pareja

Con uno o más hijos

Con uno o más nietos

Con uno o más padres (incluir suegros)

Con uno o más hermanos

Con uno o más familiares (otros tipos)

Con personas pagadas sin relación familiar

Otras situaciones (especificar): _____

7. ¿Cuál es su nivel de estudios?

No tiene estudios primarios

Nivel básico (los obligatorios, en su momento)

Secundarios (bachillerato o equivalentes)

Superiores (universitarios o equivalentes)

8. Actividad laboral previa a la jubilación

Peón - Obrero no especializado

Trabajador/a especializada

Cuadros intermedios - Administrativo/a

Gerente - Director

Profesional empleado

Profesional liberal

Autónomo/a - Propietario/a

Funcionario/a

Mantenimiento de la casa

4 · CUESTIONARIO PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES

9. Tipo de actividades que realiza

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> (1) No realiza ninguna actividad | <input type="checkbox"/> (2) Mantenimiento de la casa |
| <input type="checkbox"/> (3) Trabajos manuales en la casa, campo u otros | <input type="checkbox"/> (4) Trabajos administrativos, gestión, dirección |
| <input type="checkbox"/> (5) Comercio o negocio familiar | <input type="checkbox"/> (6) Cuidado de otras personas en el domicilio |
| <input type="checkbox"/> (7) Cuidado de los nietos u otros fuera de casa | |
-

RELACIONES SOCIALES (BASADA EN OARS)

10. ¿En cuántas personas tiene confianza, para poderlas visitar en su casa?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> (1) Con nadie | <input type="checkbox"/> (2) Una o dos personas | <input type="checkbox"/> (3) Con tres o cuatro personas |
| <input type="checkbox"/> (4) Con cinco o más | <input type="checkbox"/> (9) No sabe o no contesta | |
-

11. ¿Con cuántas personas (amigos, familiares) habló por teléfono la semana pasada?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> (1) Con nadie | <input type="checkbox"/> (2) Una o dos personas | <input type="checkbox"/> (3) Con tres o cuatro personas |
| <input type="checkbox"/> (4) Con cinco o más | <input type="checkbox"/> (9) No sabe o no contesta | |
-

12. ¿Cuántas visitas recibió la semana pasada? (Número de visitas)

- | | | | | |
|--------------------------------------|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> (1) Ninguna | <input type="checkbox"/> (2) Una visita | <input type="checkbox"/> (3) Dos visitas | <input type="checkbox"/> (4) Tres o más | <input type="checkbox"/> (9) No sabe o no contesta |
|--------------------------------------|---|--|---|--|
-

13. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> (1) Casi nunca | <input type="checkbox"/> (2) Alguna vez | <input type="checkbox"/> (3) Con bastante frecuencia |
| <input type="checkbox"/> (4) Con mucha frecuencia | <input type="checkbox"/> (9) No sabe o no contesta | |
-

14. ¿Ve a sus familiares y amigos tanto como querría?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> (1) Sí, con la frecuencia que quiero | <input type="checkbox"/> (2) Menos de lo que querría |
| <input type="checkbox"/> (3) Más de lo que querría | <input type="checkbox"/> (9) No sabe o no contesta |
-

15. ¿En qué medida está vd satisfecho de la relación que mantiene con las personas cercanas a vd que le voy a indicar?

	SATISFECHO/A	INDIFERENTE	INSATISFECHO/A	Ns/NC	
1. Su pareja	<input type="text" value="(1)"/>	<input type="text" value="(2)"/>	<input type="text" value="(3)"/>	<input type="text" value="(9)"/>	(1)
2. Sus hijos	<input type="text" value="(1)"/>	<input type="text" value="(2)"/>	<input type="text" value="(3)"/>	<input type="text" value="(9)"/>	(2)
3. Sus nietos	<input type="text" value="(1)"/>	<input type="text" value="(2)"/>	<input type="text" value="(3)"/>	<input type="text" value="(9)"/>	(3)
4. Otros familiares	<input type="text" value="(1)"/>	<input type="text" value="(2)"/>	<input type="text" value="(3)"/>	<input type="text" value="(9)"/>	(4)
5. Vecinos	<input type="text" value="(1)"/>	<input type="text" value="(2)"/>	<input type="text" value="(3)"/>	<input type="text" value="(9)"/>	(5)
6. Amigos (no vecinos)	<input type="text" value="(1)"/>	<input type="text" value="(2)"/>	<input type="text" value="(3)"/>	<input type="text" value="(9)"/>	(6)

16. Cuestiones sobre función familiar (APGAR)

	CASI NUNCA (0)	A VECES (1)	CASI SIEMPRE (2)	
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?	<input type="text" value="(0)"/>	<input type="text" value="(1)"/>	<input type="text" value="(2)"/>	(1)
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tiene en casa?	<input type="text" value="(0)"/>	<input type="text" value="(1)"/>	<input type="text" value="(2)"/>	(2)
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?	<input type="text" value="(0)"/>	<input type="text" value="(1)"/>	<input type="text" value="(2)"/>	(3)
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?	<input type="text" value="(0)"/>	<input type="text" value="(1)"/>	<input type="text" value="(2)"/>	(4)
5. ¿Siente que su familia le quiere?	<input type="text" value="(0)"/>	<input type="text" value="(1)"/>	<input type="text" value="(2)"/>	(5)

0-3: Muy mejorable; 4-6: Mejorable; 7-10: Óptimo

6 · CUESTIONARIO PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES

RELACIONES DE AYUDA

17. ¿Alguien le ayudaría, si fuera necesario?

(1) Sí (2) No lo sabe (3) No hay nadie dispuesto (9) No contesta

18. ¿Cómo cree que le ayudaría?

(1) Me ayudaría indefinidamente (2) Me ayudaría algún tiempo
 (3) Me ayudaría ocasionalmente (9) No sabe o no contesta

19. ¿Actualmente, recibe ayuda de alguien?

(1) Sí (2) No (3) Prefiere no contestar

20. ¿Con qué frecuencia le ayudan?

(1) Casi nunca (2) Alguna vez
 (3) Cuando lo necesito, pero no de forma continuada (4) De forma continuada
 (9) No sabe o no contesta

21. ¿Qué ayuda le dan?
(Se pueden seleccionar varias opciones)

(1) Para vestirse y atención personal (2) Para comer
 (3) Por medicación y atención sanitaria (4) Para desplazamientos
 (5) Para mantener la casa, comprar y otras (9) No sabe o no contesta

22. ¿Quién le aporta esta ayuda?
(Se pueden seleccionar varias opciones)

(1) Familiar (2) Amigo/a, conocido/a
 (3) Vecino/a (4) Una persona pagada, sin relación familiar
 (5) Trabajador/a familiar de ayuntamiento u otros (9) No sabe o no contesta

ACTIVIDAD - OCIO

23. ¿Cuál de las siguientes actividades describe mejor su nivel de actividad diario?

- (1) Casi completamente inactivo (leer, ver TV, etc.)
 - (2) Actividades domésticas (gestiones, ir a la compra, al cine)
 - (3) Alguna actividad física o deportiva ocasional o esporádica semanal (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades de ligero esfuerzo, etc.)
 - (4) Actividad física varias veces al mes (nadar, ciclismo, juegos de equipo, etc.)
 - (5) Entrenamiento físico varias veces a la semana
 - (9) No sabe o no contesta
-

24. ¿En qué actividades participa?
(Se pueden seleccionar varias opciones)

- (1) Actividades asociativas, de participación
 - (2) Actividades físicas, gimnasia y otras
 - (3) Actividades de ocio, turismo, viajes...
 - (4) Actividades culturales (charlas, teatro, cine...)
 - (5) Actividades sociales (voluntariado, solidaridad)
 - (9) No sabe o no contesta
-

25. ¿Con qué frecuencia realiza vd las siguientes actividades?

	FRECUENTEMENTE	A VECES	NUNCA	Ns/Nc	
1. Leer un libro/periódico	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)	(1)
2. Visitar amigos/parientes	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)	(2)
3. Ver la televisión	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)	(3)
4. Escuchar la radio	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)	(4)
5. Caminar	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)	(5)
6. Jugar con otras personas a juegos recreativos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)	(6)
7. Cuidar niños	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)	(2)
8. Hacer manualidades (coser, bricolaje, punto, etc.)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)	(3)
9. Hacer recados o gestiones	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)	(4)
10. Ir de compras	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)	(5)
11. Viajar	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)	(6)

VALORACIÓN PERSONAL

26. ¿Cuáles cree que son los tres principales problemas que tiene?

1. _____
2. _____
3. _____

27. ¿Cómo valora su situación social actual?
(En relación a las personas de su edad)

- (1) Muy bien, muy por encima de la mayoría
- (2) Bien, por encima de la mayoría
- (3) Regular, como la mayoría
- (4) Mala, peor que la mayoría
- (5) Muy negativa, peor que la mayoría
- (9) No sabe o no contesta

28. ¿Cómo valora su situación de salud actual?
(En relación a las personas de su edad)

- (1) Muy bien, muy por encima de la mayoría
- (2) Bien, por encima de la mayoría
- (3) Regular, como la mayoría
- (4) Mala, peor que la mayoría
- (5) Muy negativa, peor que la mayoría
- (9) No sabe o no contesta

29. Con qué frecuencia, las personas que viven contigo...

	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	
1. Te dicen que realmente te quieren	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	(1)
2. Te elogian cuando haces algo bien	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	(2)
3. Te dicen claramente lo que quieren que hagas	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	(3)
4. Pasan tiempo contigo a gusto	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	(4)
5. Hablan contigo de tus planes para los próximos días	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	(5)
6. Hablan contigo sobre cómo te ha ido el día	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	(6)
7. Te gritan o te hablan de mala manera	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2) (7)	<input type="checkbox"/> (3)	
8. Tienen discusiones fuertes		(8)		
	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	

(1)

(2)

(3)

9. Hacéis reuniones de familia

(9)

30. Las fuerzas de su familia...

Puntúe de **0 a 5** las siguientes cuestiones
(0 es **NADA** y 5 es **MUCHO**)

1. Apoyo/amor/cariño familiar	<input type="checkbox"/>
2. Comunicación familiar positiva (peticiones claras, reglas y elogios)	<input type="checkbox"/>
3. Habilidades eficaces de relación (tiempo juntos, recompensar)	<input type="checkbox"/>
4. Estilo eficaz para abordar los problemas y conflictos	<input type="checkbox"/>
5. Organización familiar (reglas, responsabilidades personales)	<input type="checkbox"/>
6. Salud mental positiva	<input type="checkbox"/>
7. Salud física	<input type="checkbox"/>
8. Conocimiento y educación	<input type="checkbox"/>

31. Escala geriátrica de depresión
(Yasavage), versión corta

	Si	No
1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)
6. ¿Teme que le pase algo malo?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
10. ¿Cree tener más problema de memoria que el resto de la gente?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)

Puntuación total:

0-5: Normal; **6-9:** Probable depresión; **10 o más:** Depresión establecida

¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO!

CÓDIGO: _____

Fecha: _____

MUNICIPIO O BARRIO DONDE HA PARTICIPADO: _____ CURSO 20__ / __

INICIO PRE-TEST

FINAL POST-TEST

SEGUIMIENTO

PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR UNIVERSAL - AUTO

PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA

CUESTIONARIO PARA PERSONAS CUIDADORAS

31 CUESTIONES

ATENCIÓN: SOLO SE APLICA EN ENTREVISTA



Universitat
de les Illes Balears



G CONSELLERIA
O SERVEIS SOCIALS
I I COOPERACIÓ
B DIRECCIÓ GENERAL
/ DEPENDÈNCIA

Nombre y apellidos _____

Ciudad y barrio en el que vive _____

Ha firmado el documento sobre el **consentimiento informado**

IDENTIFICACIÓN

1. Para empezar y antes de nada, ¿qué parentesco tiene con la persona cuidada?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> (1) Esposa/compañera | <input type="checkbox"/> (2) Marido/compañero |
| <input type="checkbox"/> (3) Hijo | <input type="checkbox"/> (4) Hija |
| <input type="checkbox"/> (5) Nuera | <input type="checkbox"/> (6) Yerno |
| <input type="checkbox"/> (7) Padre | <input type="checkbox"/> (8) Madre |
| <input type="checkbox"/> (9) Hermana | <input type="checkbox"/> (10) Hermano |
| <input type="checkbox"/> (11) Otro pariente | <input type="checkbox"/> (12) Vecino/a |
| <input type="checkbox"/> (13) Amigo/a | |

2. Edad (o año de nacimiento): _____

3. Sexo (1) Hombre (2) Mujer

4. ¿Cuál es su estado civil?

- (1) Soltero/a (2) Casado/a (3) Viudo/a (4) Divorciado/a o separado/a

5. ¿Cómo es su familia?

- (1) No tengo esposo/a ni hijos/as (2) Pareja sin hijos (3) Pareja con hijos
- (4) No tengo pareja, pero sí hijos/as (5) Otras situaciones (especificar): _____

6. ¿Con quien convive?

- (1) Vivo solo/a (2) Con cónyuge/pareja
- (3) Con uno o más hijos (4) Con uno o más nietos
- (5) Con uno o más padres (incluir suegros) (6) Con uno o más hermanos
- (7) Con uno o más familiares (otros tipos) (8) Con personas pagadas sin relación familiar
- (9) Otras situaciones (especificar): _____

7. ¿Cuál es su nivel de estudios?

- (1) No tiene estudios primarios (2) Nivel básico (los obligatorios, en su momento)
- (3) Secundarios (bachillerato o equivalentes) (4) Superiores (universitarios o equivalentes)

8. Actividad
(Señalar únicamente la principal)

- (1) Peón - Obrero no especializado (2) Trabajador/a especializada
- (3) Cuadros intermedios - Administrativo/a (4) Gerente - Director
- (5) Profesional empleado (6) Profesional liberal
- (7) Autónomo/a - Propietario/a (8) Funcionario/a
- (9) Mantenimiento de la casa (10) Estudiante
- (11) Jubilado/da (12) Otras actividades o situaciones (inactivo)

9. Otros tipos de actividades

- (1) Trabajos manuales en la casa, campo u otros (2) Trabajos administrativos, gestión, dirección
- (3) Comercio o negocio familiar (4) Cuidado de otras personas en el domicilio
- (5) Cuidado de los nietos u otros fuera de casa

RELACIÓN DE AYUDA

10. ¿Ha tenido que dejar de trabajar para cuidar? No

(1) Totalmente (2) Parcialmente (3) Ha adaptado el trabajo a la actividad de cuidar (4)

11. ¿Convive actualmente con la persona cuidada?

- (1) Sí (2) No

12. ¿Convive con usted alguna persona de menos de 5 años o más de 65?

- (1) Sí (2) No

13. ¿Cuántos meses hace que es cuidador?
(Si contesta en años, convertir en meses) _____

14. ¿Dispone de alguien que le ayude en las tareas domésticas?

- (1) Sí, remunerado (2) Sí, no remunerado (3) No

15. ¿Dispone de alguna persona u otro recurso que le ayude a cuidar?

(1) Sí, remunerado (2) Sí, no remunerado (3) No

16. ¿Si dispone de esta ayuda, quién o quiénes son?

<input type="checkbox"/> (1) Familiar conviviente	<input type="checkbox"/> (2) Familiar no conviviente
<input type="checkbox"/> (3) Vecino	<input type="checkbox"/> (4) Amigo
<input type="checkbox"/> (5) Voluntario	<input type="checkbox"/> (6) Profesionales sanitarios y/o sociales públicos
<input type="checkbox"/> (7) Ayuda remunerada	<input type="checkbox"/> (8) Centro de día
<input type="checkbox"/> (9) Ayudas mecánicas	<input type="checkbox"/> (10) Otras

17. En caso que le ayude una persona en el cuidado del enfermo, ¿cuántas horas a la semana representa esta ayuda?
(Si contesta aproximadamente, convertir en horas) _____

18. Si usted no lo pudiera cuidar, ¿quién se ocuparía?

<input type="checkbox"/> (1) Nadie	<input type="checkbox"/> (2) Pariente conviviente
<input type="checkbox"/> (3) Pariente no conviviente	<input type="checkbox"/> (4) Amigo
<input type="checkbox"/> (5) Vecino	<input type="checkbox"/> (6) Cuidador remunerado
<input type="checkbox"/> (7) Institución pública o privada	<input type="checkbox"/> (8) No lo sé

19. ¿Padecía usted de algún problema de salud antes de cuidar?

(1) Sí (2) No

En caso afirmativo, ¿cuál? _____

20. ¿Con qué frecuencia acude a los servicios de salud, para consultas sobre su propia salud?

<input type="checkbox"/> (1) Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> (2) Una vez a la semana
<input type="checkbox"/> (3) Dos o tres veces al mes	<input type="checkbox"/> (4) Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> (5) Nunca	<input type="checkbox"/> (6) No lo sé

21. ¿Ha recibido formación para mejorar su capacidad de dar apoyo?

(1) Sí (2) No

En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____

22. ¿Alguien le ayudaría, si fuera necesario?

(1) Agradables (2) Indiferentes (3) Difíciles (9) No sé cómo calificarlas

ACTIVIDAD - OCIO

23. ¿Cuál de las siguientes actividades describe mejor su nivel de actividad diario?

- (1) Casi completamente inactivo (leer, ver TV, etc.)
- (2) Actividades domésticas (gestiones, ir a la compra, al cine)
- (3) Alguna actividad física o deportiva ocasional o esporádica semanal (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades de ligero esfuerzo, etc.)
- (4) Actividad física varias veces al mes (nadar, ciclismo, juegos de equipo, etc.)
- (5) Entrenamiento físico varias veces a la semana
- (9) No sabe o no contesta

24. ¿En qué actividades participa actualmente?

(Se pueden seleccionar varias opciones)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> (1) Actividades asociativas, de participación | <input type="checkbox"/> (2) Actividades físicas, gimnasia y otras |
| <input type="checkbox"/> (3) Actividades de ocio, turismo, viajes... | <input type="checkbox"/> (4) Actividades culturales (charlas, teatro, cine...) |
| <input type="checkbox"/> (5) Actividades sociales (voluntariado, solidaridad) | <input type="checkbox"/> (9) No sabe o no contesta |

25. ¿Con qué frecuencia realiza vd las siguientes actividades?

	FRECUENTEMENTE	A VECES	NUNCA	Ns/ Nc	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1. Leer un libro/periódico	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)	(1)
2. Visitar amigos/parientes	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)	(2)
3. Ver la televisión	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)	(3)
4. Escuchar la radio	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)	(4)
5. Caminar	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)	(5)
6. Jugar con otras personas a juegos recreativos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)	(6)
7. Cuidar niños	(1)	(2)	(3)	(9)	(2)
8. Hacer manualidades (coser, bricolaje, punto, etc.)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)	(3)
9. Hacer recados o gestiones	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)	(4)
10. Ir de compras	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)	(5)
11. Viajar	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (9)	(6)

VALORACIÓN PERSONAL

26. ¿Cuáles cree que son los tres principales problemas que tiene?

1. _____

2. _____

3. _____

27. ¿Cómo valora su situación social actual?
(En relación a las personas de su edad)

(1) Muy bien, muy por encima de la mayoría

(2) Bien, por encima de la mayoría

(3) Regular, como la mayoría

(4) Mala, peor que la mayoría

(5) Muy negativa, peor que la mayoría

(9) No sabe o no contesta

28. ¿Cómo valora su situación de salud actual?
(En relación a las personas de su edad)

(1) Muy bien, muy por encima de la mayoría

(2) Bien, por encima de la mayoría

(3) Regular, como la mayoría

(4) Mala, peor que la mayoría

(5) Muy negativa, peor que la mayoría

(9) No sabe o no contesta

29. Con qué frecuencia, las personas que viven contigo...

	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	
1. Te dicen que realmente te quieren	<input type="text" value="(1)"/>	<input type="text" value="(2)"/>	<input type="text" value="(3)"/>	(1)
2. Te elogian cuando haces algo bien	<input type="text" value="(1)"/>	<input type="text" value="(2)"/>	<input type="text" value="(3)"/>	(2)
3. Te dicen claramente lo que quieren que hagas	<input type="text" value="(1)"/>	<input type="text" value="(2)"/>	<input type="text" value="(3)"/>	(3)
4. Pasan tiempo contigo a gusto	<input type="text" value="(1)"/>	<input type="text" value="(2)"/>	<input type="text" value="(3)"/>	(4)
5. Hablan contigo de tus planes para los próximos días	<input type="text" value="(1)"/>	<input type="text" value="(2)"/>	<input type="text" value="(3)"/>	(5)
6. Hablan contigo sobre cómo te ha ido el día	<input type="text" value="(1)"/>	<input type="text" value="(2)"/>	<input type="text" value="(3)"/>	(6)
7. Te gritan o te hablan de mala manera	<input type="text" value="(1)"/>	<input type="text" value="(2)"/>	<input type="text" value="(3)"/>	(7)
8. Tienen discusiones fuertes	<input type="text" value="(1)"/>	<input type="text" value="(2)"/>	<input type="text" value="(3)"/>	(8)
9. Hacéis reuniones de familia	<input type="text" value="(1)"/>	<input type="text" value="(2)"/>	<input type="text" value="(3)"/>	(9)

30. Las fuerzas de su familia...

*Puntúe de 0 a 5 las siguientes cuestiones
(0 es **NADA** y 5 es **MUCHO**)*

1. Apoyo/amor/cariño familiar	<input type="text"/>
2. Comunicación familiar positiva (peticiones claras, reglas y elogios)	<input type="text"/>
3. Habilidades eficaces de relación (tiempo juntos, recompensar)	<input type="text"/>
4. Estilo eficaz para abordar los problemas y conflictos	<input type="text"/>
5. Organización familiar (reglas, responsabilidades personales)	<input type="text"/>
6. Salud mental positiva	<input type="text"/>
7. Salud física	<input type="text"/>
8. Conocimiento y educación	<input type="text"/>

8 · CUESTIONARIO PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES

31. Escala geriátrica de depresión
(Yasavage), versión corta

	Si	No
1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)
6. ¿Teme que le pase algo malo?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
10. ¿Cree tener más problema de memoria que el resto de la gente?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)

Puntuación total:

0-5: Normal; 6-9: Probable depresión; 10 o más: Depresión establecida

¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO!

CÓDIGO: _____

Fecha: _____

MUNICIPIO O BARRIO DONDE HA PARTICIPADO: _____ CURSO 20__ / __

final POST-TEST

SEGUIMIENTO

PROGRAMA de COMPETENCIA FAMILIAR AUTO

SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA (SEGUIMIENTO)



Universitat
de les Illes Balears



G CONSELLERIA
O SERVEIS SOCIALS
I I COOPERACIÓ
B DIRECCIÓ GENERAL
/ DEPENDÈNCIA

Nombre y apellidos _____

Ciudad y barrio en el que vive _____

Instrucciones para rellenar correctamente el cuestionario:

No dejar ninguna casilla en blanco y sólo elegir una opción de respuesta, a no ser que la pregunta indique lo contrario.

-
1. (Número de sesiones) ¿A cuántas sesiones **recuerdas haber asistido** tú o algún miembro de tu familia?
-
2. (Número de sesiones) ¿En cuantas sesiones **recuerdas haber practicado** en casa?
-
3. ¿Con qué frecuencia tienes ahora reuniones familiares para continuar los efectos positivos del programa?
- No tenemos Una por semana Dos o más veces por semana
- Una vez al mes Dos veces al mes
-

¿En qué medida...?

- 1 Nada 2 Algo 3 Mucho
-

4. ...sientes que el trabajo realizado en las sesiones te ayudó?
5. ...te gustaría volver a una reunión para encontrarte de nuevo con los y las formadoras y con otras familias?
-

Puntúa de **0 a 5** estas cuestiones, teniendo en cuenta que **0 es NINGUNO** y **5 es MUCHO**

6. Cambios positivos observados
7. Interés mostrado por los formadores o las formadoras en ti y en tu familia
-

SATISFACCIÓN CON LOS FORMADORES O FORMADORAS DEL PROGRAMA

Por favor, evalúa tu satisfacción con los formadores o formadoras de grupo del programa

1 Muy mal
 2 Mal
 3 Regular
 4 Bien
 5 Excelente

	Adulto mayor	Cuidador familiar	Otros familiares	
1				Mostró conocimiento acerca de la convivencia familiar
2				Mostró disposición a compartir experiencias propias
3				Buena organización y preparación de las sesiones
4				Fue flexible
5				Mostró creatividad (muchas actividades divertidas)
6				Usó el humor/hizo el aprendizaje divertido
7				Realmente tenía interés en nuestra familia
8				Realmente nos ayudó
9				Manejó bien los debates de grupo
10				Tenía buenas habilidades para comunicarse
11				Fue amigable/ cariñoso o cariñosa
12				Realmente entendió nuestros problemas/empatizó
13				Era optimista sobre nuestra capacidad para cambiar
14				Recompensó y elogió nuestros progresos
15				Dedicación/se esforzó mucho en su trabajo con nuestra familia
23.				Evaluación global como formador o formadora del grupo

24. ¿Recuerdas por qué asististe al programa?

25. ¿Qué fue lo más importante que aprendiste en las sesiones?

26. ¿Qué es lo que más te gustó del programa?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> La comida | <input type="checkbox"/> Las formadoras y formadores |
| <input type="checkbox"/> Las sesiones | <input type="checkbox"/> Los incentivos (regalos, actividades conjuntas, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Las otras familias | <input type="checkbox"/> Aprender estrategias que no conocía |
| <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ | |

27. ¿Qué es lo que menos te gustó del programa?

28. En tu opinión, ¿qué podría hacerse para mejorar el programa?

29. ¿Qué podríamos hacer para ayudar a más familias a asistir a este programa?

30. ¿Hay alguna otra cosa que piensas que deberíamos tener en cuenta para hacer que el programa sea mejor para los futuros participantes?

31. ¿Recomendarías este programa a otras familias?

No Quizás Sí

32. ¿Quieres volver a alguna reunión?

No Quizás Sí

33. ¿Con qué frecuencia te gustaría volver?

Una vez por semana Una vez por mes
 Una vez cada seis meses Una vez por año
 No quiero volver a ninguna reunión

PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR – PCF-U AUTO

EVALUACIÓN DEL PROGRESO DE LOS PARTICIPANTES

Nombre de participante _____

Nombre del formador o formadora _____

Criterios de evaluación PUNTUACIÓN (0=NO, 1=SÍ)	SESIONES						
	0	1	2	3	4	5	TOTAL
1. Asistencia							
2. Puntualidad							
3. Tarea para la casa realizada							
PUNTUACIÓN (1=BAJO A 5=ALTO)							
4. Atención/participación							
5. Cantidad de confidencias hechas al grupo							
6. Adecuación de las confidencias hechas al grupo							
7. Cantidad de aportaciones para las actividades del grupo							
8. Adecuación de las aportaciones para las actividades del grupo							
9. Apoyo proporcionado a las demás personas							
10. Nivel de interés							
11. Grado de motivación							
12. Competencia en los conceptos							
TOTAL (4-10)							

PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR - ADULTOS MAYORES EVALUACIÓN DE LA SESIÓN 0 POR EL FORMADOR O LA FORMADORA

Nombre del formador o de la formadora _____

Centro _____ Fecha _____

1.		Evaluación realizada por: 1. Formador habitual 2. Formador sustituto
2.		(minutos) Duración de la sesión
3.		Número total de formadores
4.		Número de formadores habituales
5.		Número de formadores sustitutos
6.		Número de adultos mayores que asistieron a la sesión

7. EVALUACIÓN DE ESPACIOS Y MATERIALES

	SI	NO		SI	NO
Sillas suficientes			Temperatura adecuada		
Iluminación adecuada			Problemas de sonido		
Tamaño de la sala adecuado			Otros		

<p>8. Describa brevemente cualquier problema de la sala:</p>	<p>9. Describa brevemente cualquier problema con el equipamiento:</p>
--	---

Evalúe SU ACTUACIÓN en la sesión			Evalúe SU ACTUACIÓN al dirigir los grupos en las siguientes dimensiones	
1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente

10.		Di amablemente la bienvenida a los participantes	18.		Eficacia
11.		Revisé si habían terminado la tarea para casa	19.		Preparación
12.		Di incentivos por haber hecho la tarea para casa	20.		Objetivos y contenidos cubiertos en la sesión
13.		Expuse los contenidos correspondientes a la sesión	21.		Calidad en la forma de impartir la sesión
14.		Utilicé ejercicios de los manuales para practicar	22.		Habilidad para manejar a participantes difíciles
15.		Conduje los debates dentro de los temas de la sesión	23.		Creatividad
16.		Asigné tarea para practicar en casa	24.		Flexibilidad
17.		Animé a los adultos mayores para que vuelvan la próxima sesión	25.		Comprensión del contenido
			26.		Amabilidad/cordialidad
			27.		Establecer una relación de confianza con participantes

Por favor, evalúe **AL GRUPO** en las siguientes dimensiones:

1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente
-----------	-------	------------------	--------	-------------

28.		Participación del grupo
29.		Apoyo entre los miembros del grupo
30.		Comprensión de los contenidos entre los miembros del grupo
31.		Utilidad del tema para las necesidades del grupo
32.		Disfrute de esta sesión

MODIFICACIONES Y ADAPTACIONES DE LA SESIÓN

33. ¿Qué CAMBIOS tuvo que introducir en esta sesión?

34. ¿POR QUÉ consideró que necesitaba hacer estos cambios?

35. ¿Qué DIFICULTADES encontró durante la sesión?

36. Por favor, incluya otras RECOMENDACIONES o comentarios que considere que pueden mejorar esta sesión y/o que considere que hay que tener en cuenta para otras sesiones del programa:

PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR - ADULTOS MAYORES EVALUACIÓN DE LA SESIÓN 1 POR EL FORMADOR O LA FORMADORA

Nombre del formador o de la formadora _____

Centro _____ Fecha _____

1.		Evaluación realizada por: 1. Formador habitual 2. Formador sustituto
2.		(minutos) Duración de la sesión
3.		Número total de formadores
4.		Número de formadores habituales
5.		Número de formadores sustitutos
6.		Número de adultos mayores que asistieron a la sesión

7. EVALUACIÓN DE ESPACIOS Y MATERIALES

	SI	NO		SI	NO
Sillas suficientes			Temperatura adecuada		
Iluminación adecuada			Problemas de sonido		
Tamaño de la sala adecuado			Otros		

<p>8. Describa brevemente cualquier problema de la sala:</p>	<p>9. Describa brevemente cualquier problema con el equipamiento:</p>
--	---

Evalúe SU ACTUACIÓN en la sesión	Evalúe SU ACTUACIÓN al dirigir los grupos en las siguientes dimensiones
1-Muy mal 2-Mal 3-Ni bien ni mal	4-Bien 5-Excelente

<p>10. <input type="checkbox"/></p> <p>11. <input type="checkbox"/></p> <p>12. <input type="checkbox"/></p> <p>13. <input type="checkbox"/></p> <p>14. <input type="checkbox"/></p> <p>15. <input type="checkbox"/></p> <p>16. <input type="checkbox"/></p> <p>17. <input type="checkbox"/></p>	<p>18. <input type="checkbox"/></p> <p>19. <input type="checkbox"/></p> <p>20. <input type="checkbox"/></p> <p>21. <input type="checkbox"/></p> <p>22. <input type="checkbox"/></p> <p>23. <input type="checkbox"/></p> <p>24. <input type="checkbox"/></p> <p>25. <input type="checkbox"/></p> <p>26. <input type="checkbox"/></p> <p>27. <input type="checkbox"/></p>
---	---

Por favor, evalúe **AL GRUPO** en las siguientes dimensiones:

1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente
-----------	-------	------------------	--------	-------------

28.		Participación del grupo
29.		Apoyo entre los miembros del grupo
30.		Comprensión de los contenidos entre los miembros del grupo
31.		Utilidad del tema para las necesidades del grupo
32.		Disfrute de esta sesión

MODIFICACIONES Y ADAPTACIONES DE LA SESIÓN

33. ¿Qué CAMBIOS tuvo que introducir en esta sesión?

34. ¿POR QUÉ consideró que necesitaba hacer estos cambios?

35. ¿Qué DIFICULTADES encontró durante la sesión?

36. Por favor, incluya otras RECOMENDACIONES o comentarios que considere que pueden mejorar esta sesión y/o que considere que hay que tener en cuenta para otras sesiones del programa:

PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR - ADULTOS MAYORES EVALUACIÓN DE LA SESIÓN 2 POR EL FORMADOR O LA FORMADORA

Nombre del formador o de la formadora _____

Centro _____ Fecha _____

1.		Evaluación realizada por: 1. Formador habitual 2. Formador sustituto
2.		(minutos) Duración de la sesión
3.		Número total de formadores
4.		Número de formadores habituales
5.		Número de formadores sustitutos
6.		Número de adultos mayores que asistieron a la sesión

7. EVALUACIÓN DE ESPACIOS Y MATERIALES

	SI	NO		SI	NO
Sillas suficientes			Temperatura adecuada		
Iluminación adecuada			Problemas de sonido		
Tamaño de la sala adecuado			Otros		

<p>8. Describa brevemente cualquier problema de la sala:</p>	<p>9. Describa brevemente cualquier problema con el equipamiento:</p>
--	---

Evalúe SU ACTUACIÓN en la sesión	Evalúe SU ACTUACIÓN al dirigir los grupos en las siguientes dimensiones
1-Muy mal 2-Mal 3-Ni bien ni mal	4-Bien 5-Excelente

10.		Di amablemente la bienvenida a los participantes	18.		Eficacia
11.		Revisé si habían terminado la tarea para casa	19.		Preparación
12.		Di incentivos por haber hecho la tarea para casa	20.		Objetivos y contenidos cubiertos en la sesión
13.		Expuse los contenidos correspondientes a la sesión	21.		Calidad en la forma de impartir la sesión
14.		Utilicé ejercicios de los manuales para practicar	22.		Habilidad para manejar a participantes difíciles
15.		Conduje los debates dentro de los temas de la sesión	23.		Creatividad
16.		Asigné tarea para practicar en casa	24.		Flexibilidad
17.		Animé a los adultos mayores para que vuelvan la próxima sesión	25.		Comprensión del contenido
			26.		Amabilidad/cordialidad
			27.		Establecer una relación de confianza con participantes

Por favor, evalúe **AL GRUPO** en las siguientes dimensiones:

1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente
-----------	-------	------------------	--------	-------------

28.		Participación del grupo
29.		Apoyo entre los miembros del grupo
30.		Comprensión de los contenidos entre los miembros del grupo
31.		Utilidad del tema para las necesidades del grupo
32.		Disfrute de esta sesión

MODIFICACIONES Y ADAPTACIONES DE LA SESIÓN

33. ¿Qué CAMBIOS tuvo que introducir en esta sesión?

34. ¿POR QUÉ consideró que necesitaba hacer estos cambios?

35. ¿Qué DIFICULTADES encontró durante la sesión?

36. Por favor, incluya otras RECOMENDACIONES o comentarios que considere que pueden mejorar esta sesión y/o que considere que hay que tener en cuenta para otras sesiones del programa:

PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR - ADULTOS MAYORES EVALUACIÓN DE LA SESIÓN 3 POR EL FORMADOR O LA FORMADORA

Nombre del formador o de la formadora _____

Centro _____ Fecha _____

1.		Evaluación realizada por: 1. Formador habitual 2. Formador sustituto
2.		(minutos) Duración de la sesión
3.		Número total de formadores
4.		Número de formadores habituales
5.		Número de formadores sustitutos
6.		Número de adultos mayores que asistieron a la sesión

7. EVALUACIÓN DE ESPACIOS Y MATERIALES

	SI	NO		SI	NO
Sillas suficientes			Temperatura adecuada		
Iluminación adecuada			Problemas de sonido		
Tamaño de la sala adecuado			Otros		

8. Describa brevemente cualquier problema de la sala:	9. Describa brevemente cualquier problema con el equipamiento:
---	--

Evalúe SU ACTUACIÓN en la sesión	Evalúe SU ACTUACIÓN al dirigir los grupos en las siguientes dimensiones
1-Muy mal 2-Mal 3-Ni bien ni mal	4-Bien 5-Excelente

10. <input type="checkbox"/> Di amablemente la bienvenida a los participantes	18. <input type="checkbox"/> Eficacia
11. <input type="checkbox"/> Revisé si habían terminado la tarea para casa	19. <input type="checkbox"/> Preparación
12. <input type="checkbox"/> Di incentivos por haber hecho la tarea para casa	20. <input type="checkbox"/> Objetivos y contenidos cubiertos en la sesión
13. <input type="checkbox"/> Expuse los contenidos correspondientes a la sesión	21. <input type="checkbox"/> Calidad en la forma de impartir la sesión
14. <input type="checkbox"/> Utilicé ejercicios de los manuales para practicar	22. <input type="checkbox"/> Habilidad para manejar a participantes difíciles
15. <input type="checkbox"/> Conduje los debates dentro de los temas de la sesión	23. <input type="checkbox"/> Creatividad
16. <input type="checkbox"/> Asigné tarea para practicar en casa	24. <input type="checkbox"/> Flexibilidad
17. <input type="checkbox"/> Animé a los adultos mayores para que vuelvan la próxima sesión	25. <input type="checkbox"/> Comprensión del contenido
	26. <input type="checkbox"/> Amabilidad/cordialidad
	27. <input type="checkbox"/> Establecer una relación de confianza con participantes

Por favor, evalúe **AL GRUPO** en las siguientes dimensiones:

1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente
-----------	-------	------------------	--------	-------------

28.		Participación del grupo
29.		Apoyo entre los miembros del grupo
30.		Comprensión de los contenidos entre los miembros del grupo
31.		Utilidad del tema para las necesidades del grupo
32.		Disfrute de esta sesión

MODIFICACIONES Y ADAPTACIONES DE LA SESIÓN

33. ¿Qué CAMBIOS tuvo que introducir en esta sesión?

34. ¿POR QUÉ consideró que necesitaba hacer estos cambios?

35. ¿Qué DIFICULTADES encontró durante la sesión?

36. Por favor, incluya otras RECOMENDACIONES o comentarios que considere que pueden mejorar esta sesión y/o que considere que hay que tener en cuenta para otras sesiones del programa:

PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR - ADULTOS MAYORES EVALUACIÓN DE LA SESIÓN 4 POR EL FORMADOR O LA FORMADORA

Nombre del formador o de la formadora _____

Centro _____ Fecha _____

1.		Evaluación realizada por: 1. Formador habitual 2. Formador sustituto
2.		(minutos) Duración de la sesión
3.		Número total de formadores
4.		Número de formadores habituales
5.		Número de formadores sustitutos
6.		Número de adultos mayores que asistieron a la sesión

7. EVALUACIÓN DE ESPACIOS Y MATERIALES

	SI	NO		SI	NO
Sillas suficientes			Temperatura adecuada		
Iluminación adecuada			Problemas de sonido		
Tamaño de la sala adecuado			Otros		

<p>8. Describa brevemente cualquier problema de la sala:</p>	<p>9. Describa brevemente cualquier problema con el equipamiento:</p>
--	---

Evalúe SU ACTUACIÓN en la sesión	Evalúe SU ACTUACIÓN al dirigir los grupos en las siguientes dimensiones
1-Muy mal 2-Mal 3-Ni bien ni mal	4-Bien 5-Excelente

10.		Di amablemente la bienvenida a los participantes	18.		Eficacia
11.		Revisé si habían terminado la tarea para casa	19.		Preparación
12.		Di incentivos por haber hecho la tarea para casa	20.		Objetivos y contenidos cubiertos en la sesión
13.		Expuse los contenidos correspondientes a la sesión	21.		Calidad en la forma de impartir la sesión
14.		Utilicé ejercicios de los manuales para practicar	22.		Habilidad para manejar a participantes difíciles
15.		Conduje los debates dentro de los temas de la sesión	23.		Creatividad
16.		Asigné tarea para practicar en casa	24.		Flexibilidad
17.		Animé a los adultos mayores para que vuelvan la próxima sesión	25.		Comprensión del contenido
			26.		Amabilidad/cordialidad
			27.		Establecer una relación de confianza con participantes

Por favor, evalúe **AL GRUPO** en las siguientes dimensiones:

1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente
-----------	-------	------------------	--------	-------------

28.		Participación del grupo
29.		Apoyo entre los miembros del grupo
30.		Comprensión de los contenidos entre los miembros del grupo
31.		Utilidad del tema para las necesidades del grupo
32.		Disfrute de esta sesión

MODIFICACIONES Y ADAPTACIONES DE LA SESIÓN

33. ¿Qué **CAMBIOS** tuvo que introducir en esta sesión?

34. ¿**POR QUÉ** consideró que necesitaba hacer estos cambios?

35. ¿Qué **DIFICULTADES** encontró durante la sesión?

36. Por favor, incluya otras **RECOMENDACIONES** o comentarios que considere que pueden mejorar esta sesión y/o que considere que hay que tener en cuenta para otras sesiones del programa:

PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR - ADULTOS MAYORES EVALUACIÓN DE LA SESIÓN 5 POR EL FORMADOR O LA FORMADORA

Nombre del formador o de la formadora _____

Centro _____ Fecha _____

1.		Evaluación realizada por: 1. Formador habitual 2. Formador sustituto
2.		(minutos) Duración de la sesión
3.		Número total de formadores
4.		Número de formadores habituales
5.		Número de formadores sustitutos
6.		Número de adultos mayores que asistieron a la sesión

7. EVALUACIÓN DE ESPACIOS Y MATERIALES

	SI	NO		SI	NO
Sillas suficientes			Temperatura adecuada		
Iluminación adecuada			Problemas de sonido		
Tamaño de la sala adecuado			Otros		

<p>8. Describa brevemente cualquier problema de la sala:</p>	<p>9. Describa brevemente cualquier problema con el equipamiento:</p>
--	---

Evalúe SU ACTUACIÓN en la sesión	Evalúe SU ACTUACIÓN al dirigir los grupos en las siguientes dimensiones
1-Muy mal 2-Mal 3-Ni bien ni mal	4-Bien 5-Excelente

10.		Di amablemente la bienvenida a los participantes	18.		Eficacia
11.		Revisé si habían terminado la tarea para casa	19.		Preparación
12.		Di incentivos por haber hecho la tarea para casa	20.		Objetivos y contenidos cubiertos en la sesión
13.		Expuse los contenidos correspondientes a la sesión	21.		Calidad en la forma de impartir la sesión
14.		Utilicé ejercicios de los manuales para practicar	22.		Habilidad para manejar a participantes difíciles
15.		Conduje los debates dentro de los temas de la sesión	23.		Creatividad
16.		Asigné tarea para practicar en casa	24.		Flexibilidad
17.		Animé a los adultos mayores para que vuelvan la próxima sesión	25.		Comprensión del contenido
			26.		Amabilidad/cordialidad
			27.		Establecer una relación de confianza con participantes

Por favor, evalúe **AL GRUPO** en las siguientes dimensiones:

1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente
-----------	-------	------------------	--------	-------------

28.		Participación del grupo
29.		Apoyo entre los miembros del grupo
30.		Comprensión de los contenidos entre los miembros del grupo
31.		Utilidad del tema para las necesidades del grupo
32.		Disfrute de esta sesión

MODIFICACIONES Y ADAPTACIONES DE LA SESIÓN

33. ¿Qué CAMBIOS tuvo que introducir en esta sesión?

34. ¿POR QUÉ consideró que necesitaba hacer estos cambios?

35. ¿Qué DIFICULTADES encontró durante la sesión?

36. Por favor, incluya otras RECOMENDACIONES o comentarios que considere que pueden mejorar esta sesión y/o que considere que hay que tener en cuenta para otras sesiones del programa:

**PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR – CUIDADOR/A
EVALUACIÓN DE LA SESIÓN 0 POR EL FORMADOR O LA FORMADORA**

Nombre del formador o de la formadora _____

Centro _____ Fecha _____

1.		Evaluación realizada por: 1. Formador habitual 2. Formador sustituto
2.		(minutos) Duración de la sesión
3.		Número total de formadores
4.		Número de formadores habituales
5.		Número de formadores sustitutos
6.		Número de cuidadores/as que asistieron a la sesión

7. EVALUACIÓN DE ESPACIOS Y MATERIALES

	SI	NO		SI	NO
Sillas suficientes			Temperatura adecuada		
Iluminación adecuada			Problemas de sonido		
Tamaño de la sala adecuado			Otros		

<p>8. Describa brevemente cualquier problema de la sala:</p>	<p>9. Describa brevemente cualquier problema con el equipamiento:</p>
--	---

Evalúe SU ACTUACIÓN en la sesión			Evalúe SU ACTUACIÓN al dirigir los grupos en las siguientes dimensiones	
1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente

10.		Di amablemente la bienvenida a los participantes	18.		Eficacia
11.		Revisé si habían terminado la tarea para casa	19.		Preparación
12.		Di incentivos por haber hecho la tarea para casa	20.		Objetivos y contenidos cubiertos en la sesión
13.		Expuse los contenidos correspondientes a la sesión	21.		Calidad en la forma de impartir la sesión
14.		Utilicé ejercicios de los manuales para practicar	22.		Habilidad para manejar a participantes difíciles
15.		Conduje los debates dentro de los temas de la sesión	23.		Creatividad
16.		Asigné tarea para practicar en casa	24.		Flexibilidad
17.		Animé a los cuidadores/as para que vuelvan la próxima sesión	25.		Comprensión del contenido
			26.		Amabilidad/cordialidad
			27.		Establecer una relación de confianza con participantes

Por favor, evalúe **AL GRUPO** en las siguientes dimensiones:

1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente
-----------	-------	------------------	--------	-------------

28.		Participación del grupo
29.		Apoyo entre los miembros del grupo
30.		Comprensión de los contenidos entre los miembros del grupo
31.		Utilidad del tema para las necesidades del grupo
32.		Disfrute de esta sesión

MODIFICACIONES Y ADAPTACIONES DE LA SESIÓN

33. ¿Qué **CAMBIO**s tuvo que introducir en esta sesión?

34. ¿**POR QUÉ** consideró que necesitaba hacer estos cambios?

35. ¿Qué **DIFICULTADES** encontró durante la sesión?

36. Por favor, incluya otras **RECOMENDACIONES** o comentarios que considere que pueden mejorar esta sesión y/o que considere que hay que tener en cuenta para otras sesiones del programa:

**PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR - CUIDADOR/A
EVALUACIÓN DE LA SESIÓN 1 POR EL FORMADOR O LA FORMADORA**

Nombre del formador o de la formadora _____

Centro _____ Fecha _____

1.		Evaluación realizada por: 1. Formador habitual 2. Formador sustituto
2.		(minutos) Duración de la sesión
3.		Número total de formadores
4.		Número de formadores habituales
5.		Número de formadores sustitutos
6.		Número de cuidadores/as que asistieron a la sesión

7. EVALUACIÓN DE ESPACIOS Y MATERIALES

	SI	NO		SI	NO
Sillas suficientes			Temperatura adecuada		
Iluminación adecuada			Problemas de sonido		
Tamaño de la sala adecuado			Otros		

<p>8. Describa brevemente cualquier problema de la sala:</p>	<p>9. Describa brevemente cualquier problema con el equipamiento:</p>
--	---

Evalúe SU ACTUACIÓN en la sesión			Evalúe SU ACTUACIÓN al dirigir los grupos en las siguientes dimensiones	
1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente

10.		Di amablemente la bienvenida a los participantes	18.		Eficacia
11.		Revisé si habían terminado la tarea para casa	19.		Preparación
12.		Di incentivos por haber hecho la tarea para casa	20.		Objetivos y contenidos cubiertos en la sesión
13.		Expuse los contenidos correspondientes a la sesión	21.		Calidad en la forma de impartir la sesión
14.		Utilicé ejercicios de los manuales para practicar	22.		Habilidad para manejar a participantes difíciles
15.		Conduje los debates dentro de los temas de la sesión	23.		Creatividad
16.		Asigné tarea para practicar en casa	24.		Flexibilidad
17.		Animé a los cuidadores/as para que vuelvan la próxima sesión	25.		Comprensión del contenido
			26.		Amabilidad/cordialidad
			27.		Establecer una relación de confianza con participantes

Por favor, evalúe **AL GRUPO** en las siguientes dimensiones:

1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente
-----------	-------	------------------	--------	-------------

28.		Participación del grupo
29.		Apoyo entre los miembros del grupo
30.		Comprensión de los contenidos entre los miembros del grupo
31.		Utilidad del tema para las necesidades del grupo
32.		Disfrute de esta sesión

MODIFICACIONES Y ADAPTACIONES DE LA SESIÓN

33. ¿Qué **CAMBIO**s tuvo que introducir en esta sesión?

34. ¿**POR QUÉ** consideró que necesitaba hacer estos cambios?

35. ¿Qué **DIFICULTADES** encontró durante la sesión?

36. Por favor, incluya otras **RECOMENDACIONES** o comentarios que considere que pueden mejorar esta sesión y/o que considere que hay que tener en cuenta para otras sesiones del programa:

**PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR – CUIDADOR/A
EVALUACIÓN DE LA SESIÓN 2 POR EL FORMADOR O LA FORMADORA**

Nombre del formador o de la formadora _____

Centro _____ Fecha _____

1.		Evaluación realizada por: 1. Formador habitual 2. Formador sustituto
2.		(minutos) Duración de la sesión
3.		Número total de formadores
4.		Número de formadores habituales
5.		Número de formadores sustitutos
6.		Número de cuidadores/as que asistieron a la sesión

7. EVALUACIÓN DE ESPACIOS Y MATERIALES

	SI	NO		SI	NO
Sillas suficientes			Temperatura adecuada		
Iluminación adecuada			Problemas de sonido		
Tamaño de la sala adecuado			Otros		

<p>8. Describa brevemente cualquier problema de la sala:</p>	<p>9. Describa brevemente cualquier problema con el equipamiento:</p>
--	---

Evalúe SU ACTUACIÓN en la sesión			Evalúe SU ACTUACIÓN al dirigir los grupos en las siguientes dimensiones	
1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente

10.		Di amablemente la bienvenida a los participantes	18.		Eficacia
11.		Revisé si habían terminado la tarea para casa	19.		Preparación
12.		Di incentivos por haber hecho la tarea para casa	20.		Objetivos y contenidos cubiertos en la sesión
13.		Expuse los contenidos correspondientes a la sesión	21.		Calidad en la forma de impartir la sesión
14.		Utilicé ejercicios de los manuales para practicar	22.		Habilidad para manejar a participantes difíciles
15.		Conduje los debates dentro de los temas de la sesión	23.		Creatividad
16.		Asigné tarea para practicar en casa	24.		Flexibilidad
17.		Animé a los cuidadores/as para que vuelvan la próxima sesión	25.		Comprensión del contenido
			26.		Amabilidad/cordialidad
			27.		Establecer una relación de confianza con participantes

Por favor, evalúe **AL GRUPO** en las siguientes dimensiones:

1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente
-----------	-------	------------------	--------	-------------

28.		Participación del grupo
29.		Apoyo entre los miembros del grupo
30.		Comprensión de los contenidos entre los miembros del grupo
31.		Utilidad del tema para las necesidades del grupo
32.		Disfrute de esta sesión

MODIFICACIONES Y ADAPTACIONES DE LA SESIÓN

33. ¿Qué **CAMBIO**s tuvo que introducir en esta sesión?

34. ¿**POR QUÉ** consideró que necesitaba hacer estos cambios?

35. ¿Qué **DIFICULTADES** encontró durante la sesión?

36. Por favor, incluya otras **RECOMENDACIONES** o comentarios que considere que pueden mejorar esta sesión y/o que considere que hay que tener en cuenta para otras sesiones del programa:

**PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR – CUIDADOR/A
EVALUACIÓN DE LA SESIÓN 3 POR EL FORMADOR O LA FORMADORA**

Nombre del formador o de la formadora _____

Centro _____ Fecha _____

1.		Evaluación realizada por: 1. Formador habitual 2. Formador sustituto
2.		(minutos) Duración de la sesión
3.		Número total de formadores
4.		Número de formadores habituales
5.		Número de formadores sustitutos
6.		Número de cuidadores/as que asistieron a la sesión

7. EVALUACIÓN DE ESPACIOS Y MATERIALES

	SI	NO		SI	NO
Sillas suficientes			Temperatura adecuada		
Iluminación adecuada			Problemas de sonido		
Tamaño de la sala adecuado			Otros		

<p>8. Describa brevemente cualquier problema de la sala:</p>	<p>9. Describa brevemente cualquier problema con el equipamiento:</p>
--	---

Evalúe SU ACTUACIÓN en la sesión			Evalúe SU ACTUACIÓN al dirigir los grupos en las siguientes dimensiones	
1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente

10.		Di amablemente la bienvenida a los participantes	18.		Eficacia
11.		Revisé si habían terminado la tarea para casa	19.		Preparación
12.		Di incentivos por haber hecho la tarea para casa	20.		Objetivos y contenidos cubiertos en la sesión
13.		Expuse los contenidos correspondientes a la sesión	21.		Calidad en la forma de impartir la sesión
14.		Utilicé ejercicios de los manuales para practicar	22.		Habilidad para manejar a participantes difíciles
15.		Conduje los debates dentro de los temas de la sesión	23.		Creatividad
16.		Asigné tarea para practicar en casa	24.		Flexibilidad
17.		Animé a los cuidadores/as para que vuelvan la próxima sesión	25.		Comprensión del contenido
			26.		Amabilidad/cordialidad
			27.		Establecer una relación de confianza con participantes

Por favor, evalúe **AL GRUPO** en las siguientes dimensiones:

1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente
-----------	-------	------------------	--------	-------------

28.		Participación del grupo
29.		Apoyo entre los miembros del grupo
30.		Comprensión de los contenidos entre los miembros del grupo
31.		Utilidad del tema para las necesidades del grupo
32.		Disfrute de esta sesión

MODIFICACIONES Y ADAPTACIONES DE LA SESIÓN

33. ¿Qué **CAMBIOS** tuvo que introducir en esta sesión?

34. ¿**POR QUÉ** consideró que necesitaba hacer estos cambios?

35. ¿Qué **DIFICULTADES** encontró durante la sesión?

36. Por favor, incluya otras **RECOMENDACIONES** o comentarios que considere que pueden mejorar esta sesión y/o que considere que hay que tener en cuenta para otras sesiones del programa:

**PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR – CUIDADOR/A
EVALUACIÓN DE LA SESIÓN 4 POR EL FORMADOR O LA FORMADORA**

Nombre del formador o de la formadora _____

Centro _____ Fecha _____

1.		Evaluación realizada por: 1. Formador habitual 2. Formador sustituto
2.		(minutos) Duración de la sesión
3.		Número total de formadores
4.		Número de formadores habituales
5.		Número de formadores sustitutos
6.		Número de cuidadores/as que asistieron a la sesión

7. EVALUACIÓN DE ESPACIOS Y MATERIALES

	SI	NO		SI	NO
Sillas suficientes			Temperatura adecuada		
Iluminación adecuada			Problemas de sonido		
Tamaño de la sala adecuado			Otros		

<p>8. Describa brevemente cualquier problema de la sala:</p>	<p>9. Describa brevemente cualquier problema con el equipamiento:</p>
--	---

Evalúe SU ACTUACIÓN en la sesión			Evalúe SU ACTUACIÓN al dirigir los grupos en las siguientes dimensiones	
1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente

10.		Di amablemente la bienvenida a los participantes	18.		Eficacia
11.		Revisé si habían terminado la tarea para casa	19.		Preparación
12.		Di incentivos por haber hecho la tarea para casa	20.		Objetivos y contenidos cubiertos en la sesión
13.		Expuse los contenidos correspondientes a la sesión	21.		Calidad en la forma de impartir la sesión
14.		Utilicé ejercicios de los manuales para practicar	22.		Habilidad para manejar a participantes difíciles
15.		Conduje los debates dentro de los temas de la sesión	23.		Creatividad
16.		Asigné tarea para practicar en casa	24.		Flexibilidad
17.		Animé a los cuidadores/as para que vuelvan la próxima sesión	25.		Comprensión del contenido
			26.		Amabilidad/cordialidad
			27.		Establecer una relación de confianza con participantes

Por favor, evalúe **AL GRUPO** en las siguientes dimensiones:

1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente
-----------	-------	------------------	--------	-------------

28.		Participación del grupo
29.		Apoyo entre los miembros del grupo
30.		Comprensión de los contenidos entre los miembros del grupo
31.		Utilidad del tema para las necesidades del grupo
32.		Disfrute de esta sesión

MODIFICACIONES Y ADAPTACIONES DE LA SESIÓN

33. ¿Qué CAMBIOS tuvo que introducir en esta sesión?

34. ¿POR QUÉ consideró que necesitaba hacer estos cambios?

35. ¿Qué DIFICULTADES encontró durante la sesión?

36. Por favor, incluya otras RECOMENDACIONES o comentarios que considere que pueden mejorar esta sesión y/o que considere que hay que tener en cuenta para otras sesiones del programa:

PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR- PADRES Y MADRES EVALUACIÓN DE LA SESIÓN 5 POR EL FORMADOR O LA FORMADORA

Nombre del formador o de la formadora _____

Centro _____ Fecha _____

1.		Evaluación realizada por: 1. Formador habitual 2. Formador sustituto
2.		(minutos) Duración de la sesión
3.		Número total de formadores
4.		Número de formadores habituales
5.		Número de formadores sustitutos
6.		Número de cuidadores/as que asistieron a la sesión

7. EVALUACIÓN DE ESPACIOS Y MATERIALES

	SI	NO		SI	NO
Sillas suficientes			Temperatura adecuada		
Iluminación adecuada			Problemas de sonido		
Tamaño de la sala adecuado			Otros		

<p>8. Describa brevemente cualquier problema de la sala:</p>	<p>9. Describa brevemente cualquier problema con el equipamiento:</p>
--	---

Evalúe SU ACTUACIÓN en la sesión	Evalúe SU ACTUACIÓN al dirigir los grupos en las siguientes dimensiones
1-Muy mal 2-Mal 3-Ni bien ni mal	4-Bien 5-Excelente

10.		Di amablemente la bienvenida a los participantes	18.		Eficacia
11.		Revisé si habían terminado la tarea para casa	19.		Preparación
12.		Di incentivos por haber hecho la tarea para casa	20.		Objetivos y contenidos cubiertos en la sesión
13.		Expuse los contenidos correspondientes a la sesión	21.		Calidad en la forma de impartir la sesión
14.		Utilicé ejercicios de los manuales para practicar	22.		Habilidad para manejar a participantes difíciles
15.		Conduje los debates dentro de los temas de la sesión	23.		Creatividad
16.		Asigné tarea para practicar en casa	24.		Flexibilidad
17.		Animé a los cuidadores/as para que vuelvan la próxima sesión	25.		Comprensión del contenido
			26.		Amabilidad/cordialidad
			27.		Establecer una relación de confianza con participantes

Por favor, evalúe **AL GRUPO** en las siguientes dimensiones:

1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente
-----------	-------	------------------	--------	-------------

28.		Participación del grupo
29.		Apoyo entre los miembros del grupo
30.		Comprensión de los contenidos entre los miembros del grupo
31.		Utilidad del tema para las necesidades del grupo
32.		Disfrute de esta sesión

MODIFICACIONES Y ADAPTACIONES DE LA SESIÓN

33. ¿Qué CAMBIOS tuvo que introducir en esta sesión?

34. ¿POR QUÉ consideró que necesitaba hacer estos cambios?

35. ¿Qué DIFICULTADES encontró durante la sesión?

36. Por favor, incluya otras RECOMENDACIONES o comentarios que considere que pueden mejorar esta sesión y/o que considere que hay que tener en cuenta para otras sesiones del programa:

PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR - FAMILIAS
EVALUACIÓN DE LA SESIÓN 0 POR EL FORMADOR O LA FORMADORA

Nombre del formador o de la formadora _____

Centro _____ Fecha _____

1.		Evaluación realizada por: 1. Formador habitual 2. Formador sustituto
2.		(minutos) Duración de la sesión
3.		Número total de formadores
4.		Número de formadores habituales
5.		Número de formadores sustitutos
6.		Número de familias que asistieron a la sesión

7. EVALUACIÓN DE ESPACIOS Y MATERIALES

	SI	NO		SI	NO
Sillas suficientes			Temperatura adecuada		
Iluminación adecuada			Problemas de sonido		
Tamaño de la sala adecuado			Otros		

<p>8. Describa brevemente cualquier problema de la sala:</p>	<p>9. Describa brevemente cualquier problema con el equipamiento:</p>
--	---

Evalúe SU ACTUACIÓN en la sesión			Evalúe SU ACTUACIÓN al dirigir los grupos en las siguientes dimensiones	
1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente

10.		Di amablemente la bienvenida a los participantes	18.		Eficacia
11.		Revisé si habían terminado la tarea para casa	19.		Preparación
12.		Di incentivos por haber hecho la tarea para casa	20.		Objetivos y contenidos cubiertos en la sesión
13.		Expuse los contenidos correspondientes a la sesión	21.		Calidad en la forma de impartir la sesión
14.		Utilicé ejercicios de los manuales para practicar	22.		Habilidad para manejar a participantes difíciles
15.		Conduje los debates dentro de los temas de la sesión	23.		Creatividad
16.		Asigné tarea para practicar en casa	24.		Flexibilidad
17.		Animé a las familias para que vuelvan la próxima sesión	25.		Comprensión del contenido
			26.		Amabilidad/cordialidad
			27.		Establecer una relación de confianza con participantes

Por favor, evalúe **AL GRUPO** en las siguientes dimensiones:

1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente
-----------	-------	------------------	--------	-------------

28.		Participación del grupo
29.		Apoyo entre los miembros del grupo
30.		Comprensión de los contenidos entre los miembros del grupo
31.		Utilidad del tema para las necesidades del grupo
32.		Disfrute de esta sesión

MODIFICACIONES Y ADAPTACIONES DE LA SESIÓN

33. ¿Qué CAMBIOS tuvo que introducir en esta sesión?

34. ¿POR QUÉ consideró que necesitaba hacer estos cambios?

35. ¿Qué DIFICULTADES encontró durante la sesión?

36. Por favor, incluya otras RECOMENDACIONES o comentarios que considere que pueden mejorar esta sesión y/o que considere que hay que tener en cuenta para otras sesiones del programa:

**PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR - FAMILIAS
EVALUACIÓN DE LA SESIÓN 1 POR EL FORMADOR O LA FORMADORA**

Nombre del formador o de la formadora _____

Centro _____ Fecha _____

1.		Evaluación realizada por: 1. Formador habitual 2. Formador sustituto
2.		(minutos) Duración de la sesión
3.		Número total de formadores
4.		Número de formadores habituales
5.		Número de formadores sustitutos
6.		Número de familias que asistieron a la sesión

7. EVALUACIÓN DE ESPACIOS Y MATERIALES

	SI	NO		SI	NO
Sillas suficientes			Temperatura adecuada		
Iluminación adecuada			Problemas de sonido		
Tamaño de la sala adecuado			Otros		

<p>8. Describa brevemente cualquier problema de la sala:</p>	<p>9. Describa brevemente cualquier problema con el equipamiento:</p>
--	---

Evalúe SU ACTUACIÓN en la sesión			Evalúe SU ACTUACIÓN al dirigir los grupos en las siguientes dimensiones	
1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente

10.		Di amablemente la bienvenida a los participantes	18.		Eficacia
11.		Revisé si habían terminado la tarea para casa	19.		Preparación
12.		Di incentivos por haber hecho la tarea para casa	20.		Objetivos y contenidos cubiertos en la sesión
13.		Expuse los contenidos correspondientes a la sesión	21.		Calidad en la forma de impartir la sesión
14.		Utilicé ejercicios de los manuales para practicar	22.		Habilidad para manejar a participantes difíciles
15.		Conduje los debates dentro de los temas de la sesión	23.		Creatividad
16.		Asigné tarea para practicar en casa	24.		Flexibilidad
17.		Animé a las familias para que vuelvan la próxima sesión	25.		Comprensión del contenido
			26.		Amabilidad/cordialidad
			27.		Establecer una relación de confianza con participantes

Por favor, evalúe **AL GRUPO** en las siguientes dimensiones:

1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente
-----------	-------	------------------	--------	-------------

28.		Participación del grupo
29.		Apoyo entre los miembros del grupo
30.		Comprensión de los contenidos entre los miembros del grupo
31.		Utilidad del tema para las necesidades del grupo
32.		Disfrute de esta sesión

MODIFICACIONES Y ADAPTACIONES DE LA SESIÓN

33. ¿Qué CAMBIOS tuvo que introducir en esta sesión?

34. ¿POR QUÉ consideró que necesitaba hacer estos cambios?

35. ¿Qué DIFICULTADES encontró durante la sesión?

36. Por favor, incluya otras RECOMENDACIONES o comentarios que considere que pueden mejorar esta sesión y/o que considere que hay que tener en cuenta para otras sesiones del programa:

PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR - FAMILIAS
EVALUACIÓN DE LA SESIÓN 2 POR EL FORMADOR O LA FORMADORA

Nombre del formador o de la formadora _____

Centro _____ Fecha _____

1.		Evaluación realizada por: 1. Formador habitual 2. Formador sustituto
2.		(minutos) Duración de la sesión
3.		Número total de formadores
4.		Número de formadores habituales
5.		Número de formadores sustitutos
6.		Número de familias que asistieron a la sesión

7. EVALUACIÓN DE ESPACIOS Y MATERIALES

	SI	NO		SI	NO
Sillas suficientes			Temperatura adecuada		
Iluminación adecuada			Problemas de sonido		
Tamaño de la sala adecuado			Otros		

<p>8. Describa brevemente cualquier problema de la sala:</p>	<p>9. Describa brevemente cualquier problema con el equipamiento:</p>
--	---

Evalúe SU ACTUACIÓN en la sesión			Evalúe SU ACTUACIÓN al dirigir los grupos en las siguientes dimensiones	
1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente

10.		Di amablemente la bienvenida a los participantes	18.		Eficacia
11.		Revisé si habían terminado la tarea para casa	19.		Preparación
12.		Di incentivos por haber hecho la tarea para casa	20.		Objetivos y contenidos cubiertos en la sesión
13.		Expuse los contenidos correspondientes a la sesión	21.		Calidad en la forma de impartir la sesión
14.		Utilicé ejercicios de los manuales para practicar	22.		Habilidad para manejar a participantes difíciles
15.		Conduje los debates dentro de los temas de la sesión	23.		Creatividad
16.		Asigné tarea para practicar en casa	24.		Flexibilidad
17.		Animé a las familias para que vuelvan la próxima sesión	25.		Comprensión del contenido
			26.		Amabilidad/cordialidad
			27.		Establecer una relación de confianza con participantes

Por favor, evalúe **AL GRUPO** en las siguientes dimensiones:

1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente
-----------	-------	------------------	--------	-------------

28.		Participación del grupo
29.		Apoyo entre los miembros del grupo
30.		Comprensión de los contenidos entre los miembros del grupo
31.		Utilidad del tema para las necesidades del grupo
32.		Disfrute de esta sesión

MODIFICACIONES Y ADAPTACIONES DE LA SESIÓN

33. ¿Qué CAMBIOS tuvo que introducir en esta sesión?

34. ¿POR QUÉ consideró que necesitaba hacer estos cambios?

35. ¿Qué DIFICULTADES encontró durante la sesión?

36. Por favor, incluya otras RECOMENDACIONES o comentarios que considere que pueden mejorar esta sesión y/o que considere que hay que tener en cuenta para otras sesiones del programa:

**PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR - FAMILIAS
EVALUACIÓN DE LA SESIÓN 3 POR EL FORMADOR O LA FORMADORA**

Nombre del formador o de la formadora _____

Centro _____ Fecha _____

1.		Evaluación realizada por: 1. Formador habitual 2. Formador sustituto
2.		(minutos) Duración de la sesión
3.		Número total de formadores
4.		Número de formadores habituales
5.		Número de formadores sustitutos
6.		Número de familias que asistieron a la sesión

7. EVALUACIÓN DE ESPACIOS Y MATERIALES

	SI	NO		SI	NO
Sillas suficientes			Temperatura adecuada		
Iluminación adecuada			Problemas de sonido		
Tamaño de la sala adecuado			Otros		

<p>8. Describa brevemente cualquier problema de la sala:</p>	<p>9. Describa brevemente cualquier problema con el equipamiento:</p>
--	---

Evalúe SU ACTUACIÓN en la sesión			Evalúe SU ACTUACIÓN al dirigir los grupos en las siguientes dimensiones	
1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente

10.		Di amablemente la bienvenida a los participantes	18.		Eficacia
11.		Revisé si habían terminado la tarea para casa	19.		Preparación
12.		Di incentivos por haber hecho la tarea para casa	20.		Objetivos y contenidos cubiertos en la sesión
13.		Expuse los contenidos correspondientes a la sesión	21.		Calidad en la forma de impartir la sesión
14.		Utilicé ejercicios de los manuales para practicar	22.		Habilidad para manejar a participantes difíciles
15.		Conduje los debates dentro de los temas de la sesión	23.		Creatividad
16.		Asigné tarea para practicar en casa	24.		Flexibilidad
17.		Animé a las familias para que vuelvan la próxima sesión	25.		Comprensión del contenido
			26.		Amabilidad/cordialidad
			27.		Establecer una relación de confianza con participantes

Por favor, evalúe **AL GRUPO** en las siguientes dimensiones:

1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente
-----------	-------	------------------	--------	-------------

28.		Participación del grupo
29.		Apoyo entre los miembros del grupo
30.		Comprensión de los contenidos entre los miembros del grupo
31.		Utilidad del tema para las necesidades del grupo
32.		Disfrute de esta sesión

MODIFICACIONES Y ADAPTACIONES DE LA SESIÓN

33. ¿Qué CAMBIOS tuvo que introducir en esta sesión?

34. ¿POR QUÉ consideró que necesitaba hacer estos cambios?

35. ¿Qué DIFICULTADES encontró durante la sesión?

36. Por favor, incluya otras RECOMENDACIONES o comentarios que considere que pueden mejorar esta sesión y/o que considere que hay que tener en cuenta para otras sesiones del programa:

**PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR - FAMILIAS
EVALUACIÓN DE LA SESIÓN 4 POR EL FORMADOR O LA FORMADORA**

Nombre del formador o de la formadora _____

Centro _____ Fecha _____

1.		Evaluación realizada por: 1. Formador habitual 2. Formador sustituto
2.		(minutos) Duración de la sesión
3.		Número total de formadores
4.		Número de formadores habituales
5.		Número de formadores sustitutos
6.		Número de familias que asistieron a la sesión

7. EVALUACIÓN DE ESPACIOS Y MATERIALES

	SI	NO		SI	NO
Sillas suficientes			Temperatura adecuada		
Iluminación adecuada			Problemas de sonido		
Tamaño de la sala adecuado			Otros		

<p>8. Describa brevemente cualquier problema de la sala:</p>	<p>9. Describa brevemente cualquier problema con el equipamiento:</p>
--	---

Evalúe SU ACTUACIÓN en la sesión			Evalúe SU ACTUACIÓN al dirigir los grupos en las siguientes dimensiones	
1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente

10.		Di amablemente la bienvenida a los participantes	18.		Eficacia
11.		Revisé si habían terminado la tarea para casa	19.		Preparación
12.		Di incentivos por haber hecho la tarea para casa	20.		Objetivos y contenidos cubiertos en la sesión
13.		Expuse los contenidos correspondientes a la sesión	21.		Calidad en la forma de impartir la sesión
14.		Utilicé ejercicios de los manuales para practicar	22.		Habilidad para manejar a participantes difíciles
15.		Conduje los debates dentro de los temas de la sesión	23.		Creatividad
16.		Asigné tarea para practicar en casa	24.		Flexibilidad
17.		Animé a las familias para que vuelvan la próxima sesión	25.		Comprensión del contenido
			26.		Amabilidad/cordialidad
			27.		Establecer una relación de confianza con participantes

Por favor, evalúe **AL GRUPO** en las siguientes dimensiones:

1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente
-----------	-------	------------------	--------	-------------

28.		Participación del grupo
29.		Apoyo entre los miembros del grupo
30.		Comprensión de los contenidos entre los miembros del grupo
31.		Utilidad del tema para las necesidades del grupo
32.		Disfrute de esta sesión

MODIFICACIONES Y ADAPTACIONES DE LA SESIÓN

33. ¿Qué **CAMBIO**s tuvo que introducir en esta sesión?

34. ¿**POR QUÉ** consideró que necesitaba hacer estos cambios?

35. ¿Qué **DIFICULTADES** encontró durante la sesión?

36. Por favor, incluya otras **RECOMENDACIONES** o comentarios que considere que pueden mejorar esta sesión y/o que considere que hay que tener en cuenta para otras sesiones del programa:

**PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR - FAMILIAS
EVALUACIÓN DE LA SESIÓN 5 POR EL FORMADOR O LA FORMADORA**

Nombre del formador o de la formadora _____

Centro _____ Fecha _____

1.		Evaluación realizada por: 1. Formador habitual 2. Formador sustituto
2.		(minutos) Duración de la sesión
3.		Número total de formadores
4.		Número de formadores habituales
5.		Número de formadores sustitutos
6.		Número de familias que asistieron a la sesión

7. EVALUACIÓN DE ESPACIOS Y MATERIALES

	SI	NO		SI	NO
Sillas suficientes			Temperatura adecuada		
Iluminación adecuada			Problemas de sonido		
Tamaño de la sala adecuado			Otros		

<p>8. Describa brevemente cualquier problema de la sala:</p>	<p>9. Describa brevemente cualquier problema con el equipamiento:</p>
--	---

Evalúe SU ACTUACIÓN en la sesión			Evalúe SU ACTUACIÓN al dirigir los grupos en las siguientes dimensiones	
1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente

10.		Di amablemente la bienvenida a los participantes	18.		Eficacia
11.		Revisé si habían terminado la tarea para casa	19.		Preparación
12.		Di incentivos por haber hecho la tarea para casa	20.		Objetivos y contenidos cubiertos en la sesión
13.		Expuse los contenidos correspondientes a la sesión	21.		Calidad en la forma de impartir la sesión
14.		Utilicé ejercicios de los manuales para practicar	22.		Habilidad para manejar a participantes difíciles
15.		Conduje los debates dentro de los temas de la sesión	23.		Creatividad
16.		Asigné tarea para practicar en casa	24.		Flexibilidad
17.		Animé a las familias para que vuelvan la próxima sesión	25.		Comprensión del contenido
			26.		Amabilidad/cordialidad
			27.		Establecer una relación de confianza con participantes

Por favor, evalúe **AL GRUPO** en las siguientes dimensiones:

1-Muy mal	2-Mal	3-Ni bien ni mal	4-Bien	5-Excelente
-----------	-------	------------------	--------	-------------

28.		Participación del grupo
29.		Apoyo entre los miembros del grupo
30.		Comprensión de los contenidos entre los miembros del grupo
31.		Utilidad del tema para las necesidades del grupo
32.		Disfrute de esta sesión

MODIFICACIONES Y ADAPTACIONES DE LA SESIÓN

33. ¿Qué CAMBIOS tuvo que introducir en esta sesión?

34. ¿POR QUÉ consideró que necesitaba hacer estos cambios?

35. ¿Qué DIFICULTADES encontró durante la sesión?

36. Por favor, incluya otras RECOMENDACIONES o comentarios que considere que pueden mejorar esta sesión y/o que considere que hay que tener en cuenta para otras sesiones del programa: