

PROYECTO VIVE LA VIDA

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN BASADA
EN UN PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
POSITIVA Y MOTIVACIONAL
PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA Y
DISMINUIR EL AISLAMIENTO SOCIAL EN
MAYORES JUBILADOS

Trabajo Final de Grado:
Diseño de Intervención en
Psicología Clínica y de la Salud

Nombre del Estudiante: Georgina Burgos Gil
Plan de estudios: Grado de Psicología
Nombre del Consultor: Anna Muro Rodríguez
Fecha de entrega: 22/12/2014
Memoria Final



Aquesta obra està subjecta a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 Espanya de Creative Commons

Copyright © 2015. Georgina Burgos Gil

Permission is granted to copy, distribute and/or modify this document under the terms of the GNU Free Documentation License, Version 1.3 or any later version published by the Free Software Foundation; with no Invariant Sections, no Front-Cover Texts, and no Back-Cover Texts.

A copy of the license is included in the section entitled "GNU Free Documentation License".

© Georgina Burgos Gil

Reservats tots els drets. Està prohibit la reproducció total o parcial d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment, compresos la impressió, la reprografia, el microfilm, el tractament informàtic o qualsevol altre sistema, així com la distribució d'exemplars mitjançant lloguer i préstec, sense l'autorització escrita de l'autor o dels límits que autoritzi la Llei de Propietat Intel·lectual.

FICHA DEL TRABAJO FINAL DE GRADO DE PSICOLOGIA

Título del trabajo:	PROYECTO VIVE LA VIDA <i>Propuesta de intervención basada en un programa de psicología positiva y motivacional para mejorar la autoestima y disminuir el aislamiento social en mayores jubilados.</i>
Nombre del autor:	<i>Georgina Burgos Gil</i>
Nombre del consultor:	<i>Anna Muro Rodríguez</i>
Fecha de entrega (mm/aaaa):	<i>12/2014</i>
Ámbito del Trabajo Final:	<i>Psicología Clínica i de la Salud: Promoción del bienestar psicológico y la salud mental en los mayores jubilados.</i>
Titulación:	<i>Grado de Psicología</i>
Resumen del Trabajo (máximo 250 palabras):	
<p>La jubilación y la vejez implican la necesidad de una reorganización de los roles sociales, personales y familiares, y una adaptación al nuevo estatus social. Es una etapa crítica en la que puede aparecer un deterioro de la autoestima y el incremento del aislamiento social. Por ello, los objetivos de la presente intervención son incrementar la autoestima y disminuir el aislamiento social en el mayor jubilado.</p> <p>Se propone una intervención comunitaria con una duración de 12 meses, fundamentada en la psicología positiva y motivacional, basada en la teoría de la autodeterminación, en el modelo de servicio en modo de promoción y una metodología centrada en un programa flexible de actividades gratificantes. Los métodos serán mixtos, mediante acercamiento holístico y multifactorial al usuario del programa. El logro de los objetivos se valorará mediante el Inventario de autoestima de Coopersmith y el Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS).</p> <p>Se espera que tras el periodo de intervención, el mayor jubilado se haya familiarizado con los recursos naturales de su área, se haya empoderado de su vida, de la nueva disposición de su tiempo, así como de sus nuevos roles relacionados con el estatus de jubilado, satisfaciendo sus necesidades básicas de competencia, autonomía y relación.</p>	

Las limitaciones de la intervención son los límites humanos en el incremento del bienestar personal, la disponibilidad de instrumentos estandarizados y con baremos para la población y grupo de edad, así como los recursos naturales disponibles en la zona y las subvenciones que puedan obtenerse.

Palabras clave (entre 4 y 8):

Autoestima, aislamiento social, mayor jubilado, motivación autónoma, apoyo social

Abstract (in English, 250 words or less):

Retirement and old age imply the need for a reorganization of social, personal and family roles, and an adaptation to the new social status. It is a critical stage in which a deterioration of self-esteem and increased social isolation may appear. Therefore, the objectives of this intervention are to increase self-esteem and reduce social isolation in senior retired citizen.

Community intervention with a duration period of 12 months, based on the positive and motivational psychology, and based on the theory of self-determination, in the service model in promotion style, and a methodology focused on a flexible program of gratifying activities is proposed. The methods will be a mix of holistic and multifactorial approach to program user. Achieving the goals will be assessed by the *Coopersmith Self-Esteem Inventory* and the *Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS)*.

It is expected that after this period, the senior retired citizens will be familiar with the natural resources of their community areas, will be empowered on its life, will have a new and a satisfactory distribution of their daily-time and accepted their new roles related to retiree status, and on the way to satisfy their basic needs for competence, autonomy and relationship.

The limitations of the intervention are human limits in increasing personal well-being, availability of standardized instruments and scales for the population and age group, as well as natural resource disponibilidad in the area and subsidies obtained.

Key words (in English, 4 - 8 words):

Self-esteem, autonomous motivation, social support, social isolation, senior retired citizen.

Índice

1. Introducción	7
1.1. Contexto y justificación de la intervención	8
1.1.1. Aspectos básicos de la etapa de envejecimiento o vejez	8
1.1.2. Proceso de jubilación durante la vejez	10
1.1.3. Efectos psicosociales de la jubilación para la autoestima y el aislamiento social	12
1.1.3.1. Autoestima	12
1.1.3.2. Aislamiento social	13
1.2. Revisión teórica del enfoque de la intervención	15
1.2.1. Psicología positiva	15
1.2.2. Motivación	19
1.3. Problema que motiva la intervención	23
1.4. Objetivos de la intervención	24
1.5. Propósito de la intervención	24
2. Método	25
2.1. Diseño de la intervención	25
2.1.1. Planificación de la intervención	25
2.2. Participantes	37
2.3. Instrumentos	38
2.3.1. Instrumentos de cribaje	39
2.3.2. Instrumentos específicos	40
2.3.3. Cuestionario de preferencias del usuario	43
2.3.4. Encuesta de valoración del programa	43
2.4. Procedimiento	43
3. Resultados	48
3.1. Análisis cuantitativo	48
3.2. Análisis cualitativo	53
3.3. Tasa de abandono	55
3.4. Limitaciones de los resultados	55
4. Conclusiones	56
4.1. Antecedentes y resultados esperados	56
4.1.1. Resultados esperados pre y post intervención para la autoestima y el aislamiento social	58
4.2. Aplicabilidad y replicabilidad	58
4.3. Propuestas de futuro	59
4.3.1. Otras propuestas para el futuro	60
5. Valoración personal de mi experiencia	60

6. Bibliografía	62
7. Anexos	66
7.1. Anexo I: Cuestionarios.....	66
7.2. Anexo II: Calendario de trabajo	69
7.3. Anexo III: Fortalezas y virtudes	70

1. Introducción

El envejecimiento de la población, tanto en países desarrollados como no desarrollados, va en aumento; desde 1980 se ha duplicado el número de personas mayores de 60 años, y se espera que alcance los 2000 millones en 2050 (OMS, 2012).

En España, en concreto, según las autonomías, el porcentaje de población envejecida oscila entre el 15 y 20 por ciento, observándose un paulatino aumento en la población de mayores octogenarios (Abellán, Vilches y Pujol, 2014). Debido a que la esperanza de vida ha ido en aumento a lo largo del siglo XX, los hombres y las mujeres jubilados viven una media de 18,3 y 22,5 años tras la jubilación respectivamente (Abellán, Vilches y Pujol, 2014).

Según la OMS (2012), “los países que invierten en un envejecimiento saludable pueden esperar un beneficio social y económico significativo para toda la comunidad” y advierte que “cuanto antes actuemos, más probabilidades tendremos de lograr que esta transformación mundial beneficie a todos”. Es además indudable que se trata de un sector de la población con necesidades específicas que, a su vez, también requiere una preparación específica de los proveedores –en sentido amplio- del ámbito sanitario (OMS, 2012). Por consiguiente, el envejecimiento progresivo de la población supone una serie de retos económicos, sociales y sanitarios para la sociedad.

Con la intervención que se presenta a continuación se desea contribuir a afrontar uno de los retos señalados como importante por la Organización Mundial de la Salud (2012): “diseñar servicios y entornos adaptados a las personas de edad”.

Con este fin, se ha diseñado una intervención de tipo comunitario, basada en el modelo de servicio en modo de promoción, centrada en la salud mediante la potenciación de factores de protección, y con una orientación propia del enfoque de la psicología positiva y motivacional, basada en el modelo de la teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan (2000, 2008, y 2012). Nuestra población diana son los mayores –tanto hombres como mujeres- jubilados.

En consecuencia, siguiendo los supuestos de la psicología positiva y de la salud positiva se apuesta por un paradigma centrado en la salud más que en la enfermedad, ya que diversos estudios han mostrado que “potenciar el bienestar -atendiendo a las emociones positivas, al compromiso, al significado o propósito vital, así como a las relaciones y los logros positivos- puede ser una de nuestras mejores armas contra los trastornos mentales” (Seligman, 2008, p. 5). De los resultados de estas investigaciones se infiere que “generar salud mental previene y alivia la enfermedad mental” (Seligman, 2008, p.5). El papel beneficioso de variables como el optimismo, el bienestar emocional, las relaciones sociales satisfactorias y la satisfacción vital ha quedado documentado en numerosos estudios metaanalíticos (Vázquez, 2013).

De acuerdo con Vázquez y cols. (2006, p. 404), creemos en la necesidad actual de “construir una mirada más completa y más compleja sobre los fenómenos psicopatológicos pero también, consecuentemente, de la normalidad y la resistencia y todo ello con el objetivo de mejorar nuestra comprensión así como las intervenciones que realizamos” dando, por tanto, un mayor espacio a otros elementos que no sean meramente los síntomas, sino también lo positivo del ser humano (Vázquez y cols., 2006). Por consiguiente, el programa de intervención “Vive la vida” se propone el reto de pasar del síntoma al bienestar para mejorar la vida (Vázquez y Hervás, 2008) del mayor jubilado, e intervenir con el objetivo de favorecer el desarrollo de los factores salutógenos que causan o mantienen la salud positiva (Antonovsky, 1987; en Vázquez y Hervás, 2008). De acuerdo con estos autores el reto de la presente intervención será el de promover “buenas vidas” para los mayores jubilados de nuestra sociedad.

1.1. Contexto y justificación de la intervención

Antes de explicar la intervención que se presenta es imprescindible **contextualizar** tres aspectos relacionados con la misma y mostrar el marco de referencia por el que se guiará terminológica y conceptualmente. Aclarar estos conceptos contribuirá a evitar diversas confusiones que pueden estar asociadas a los aspectos básicos de la etapa de envejecimiento, al proceso de jubilación durante la vejez y a los efectos psicosociales de la jubilación en el mayor jubilado, en relación a la autoestima y al aislamiento social. Además, esta contextualización permitirá **justificar** la intervención de manera profunda y multidimensional.

1.1.1. Aspectos básicos de la etapa de envejecimiento o vejez

La vejez, la última etapa del ciclo vital, posee unas características propias y diferenciadas en relación a otras etapas de la vida. En esta etapa “más que la edad son las características físicas, mentales, emocionales y sociales las que identifican el periodo de la vejez” (Bravo y Caro, 2002, p. 90) y, por consiguiente, muchos autores especialistas en la materia consideran que la vejez es un fenómeno bio-psico-social, que afecta e involucra a las tres dimensiones (Barros, 1990; Domínguez, 1982; Laforest, 1991; Moragas, 1991; Redondo, 1990; en Bravo y Caro, 2002).

Si atendemos a estas tres dimensiones, se observa lo siguiente:

- En la dimensión física y biológica se dan una serie de cambios como el enlentecimiento del metabolismo, la pérdida muscular, cambios en la apariencia personal y corporal, en el vigor físico, un deterioro de las articulaciones, una disminución de la audición y de la vista, cambios a nivel cognitivo-intelectual (Bravo y Caro, 2002) entre otros. Por tanto, una intervención diseñada para mayores jubilados habrá de tener en cuenta estos cambios normativos biológicos propios de la etapa del envejecimiento.

- En la dimensión psicológica nos ubicamos en el periodo que Erikson (1985) denominó de *integridad vs desesperación*. La integridad supone encontrar un significado personal a la propia vida, sea cual sea el curso de la misma, mientras que la desesperación se manifiesta en sentir que “el tiempo que [nos] queda es demasiado corto para rehacer una nueva vida o para dar sentido al pasado” (Bravo y Caro, 2002, p. 91). Para Erikson es necesaria la integridad y la aceptación para lograr una estima del sí mismo y para alcanzar una identidad integrada durante la vejez (Lunazzi, 1989; en Bravo y Caro, 2002). Por el contrario, en la desesperación se genera una pérdida de la autoestima, al no aceptarse la persona y al percibirse como una carga para los demás (Coleman, 1992; en Bravo y Caro, 2002).

Así pues, la ansiedad, la depresión o la pérdida de autoestima son efectos psicológicos que acompañan al envejecimiento, debido al duelo no resuelto de pérdidas del presente y del pasado, tanto a nivel biológico como psicosocial (Erikson, 1985; en Bravo y Caro, 2002, p. 91). En esta dimensión, la personalidad juega un papel importante como mediador en el proceso de adaptación a la vejez (Thomae, 1970; en Bravo y Caro, 2002).

Según Thomae, (1970; en Bravo y Caro, 2002, p. 91), “la adaptación al proceso de envejecimiento implica un equilibrio entre los aspectos cognitivos y motivacionales, siendo satisfactoria en la medida en que es consistente con las motivaciones personales y la percepción de la situación”. Por consiguiente, en congruencia con estos hallazgos, en nuestra intervención pondremos especial énfasis en las motivaciones personales de cada mayor jubilado que se inscriba en el programa.

- En la dimensión social el mayor jubilado experimenta una serie de dificultades asociadas a su estatus social y al modo en que se integra a través de éste en la sociedad (Barros 1990; en Bravo y Caro, 2002). Las sociedades occidentales valoran la producción y el consumo, y ello sitúa al mayor jubilado en el nivel de persona no útil; esto, lamentablemente, lleva a una percepción devaluativa de la persona, considerada como una carga para la sociedad y un “ser que no tiene nada valioso que aportar” (Scherler, 1992; Viorst, 1990; en Bravo y Caro, 2002).

En la vejez, la persona experimenta una serie de cambios en sus roles sociales; por un lado, adquiere roles nuevos como el de jubilado, abuelo, viudo... y, por otro, abandona roles que había mantenido en la adultez, como el de trabajador en activo remunerado, padre o madre al cargo de una familia, etc... (Bloom y Monro, 1972; Hustersch y Deutsch, 1981; en Bravo y Caro, 2002). No es infrecuente que los nuevos roles asociados a la vejez sean ambiguos y estén poco definidos socialmente, y ello implicará que el anciano no cuente con un espacio propio y definido en la sociedad (Bravo y Caro, 2002, p. 91). Esta pérdida y reestructuración de roles no serán eventos banales en la vida del mayor jubilado, y requerirán

la adaptación de la persona mayor así como un apoyo social que lo favorezca.

Las condiciones sociales marcadas por estereotipos negativos sobre la vejez y el edadismo (*ageism*) tendrán un efecto negativo en la autoestima del mayor jubilado y generarán una reorganización no sólo de sus redes sociales sino también del modo en que aquél empezará a manejar sus relaciones interpersonales y su relación con el entorno. Por ello, la autoestima y el aislamiento social serán dos objetivos centrales en el planteamiento de nuestra intervención.

Finalmente, existen dos teorías para explicar la participación y la satisfacción vital en la vejez: la teoría de la desvinculación de Cumming y Henry (1965) y la teoría de la actividad (Maddox, en Lehr, 1980; en Bravo y Caro, 2002):

- la teoría de la desvinculación de Cumming y Henry (1965; en Bravo y Caro, 2002, p. 91) propone que “la persona de edad avanzada desea cierto grado de aislamiento social, lo que le haría sentir feliz y satisfecha ya que sería consistente con el ocaso de su vida”. Desde este enfoque se considera que “para una vejez plena, la sociedad debe mostrarse dispuesta a liberar a los ancianos de sus roles sociales y sus obligaciones y estos deben desear retirarse de la actividad social; el nivel de ajuste óptimo estaría dado por la simultaneidad entre la desvinculación personal y de la sociedad” (Cumming y Henry, 1965, en Hoffmann, Paris y Hell, 1996; en Bravo y Caro, 2002, p. 91).
- la teoría de la actividad “sostiene que la persona mayor sólo se siente satisfecha si es activa y se siente útil” (Maddox, en Lehr, 1980; en Bravo y Caro, 2002, p. 92). Esta teoría se contrapone a la teoría de la desvinculación.

La presente intervención se posiciona claramente en el marco de la teoría de la actividad y considera que, si bien el mayor jubilado se retira de la actividad laboral formal, no lo hace en modo alguno de la actividad social. Nuestra actuación se alinea, por tanto, con una clara apuesta por el envejecimiento activo respetuoso con la autodeterminación del mayor jubilado.

1.1.2. Proceso de jubilación durante la vejez

En España, la edad ordinaria de jubilación por vejez se ubica entorno a los 65 años, encontrándonos en la actualidad en una transición gradual hacia los 67 años que culminará en 2027 (Seguridad Social, 2014). Es interesante tener en cuenta que, como defiende el sociólogo Ricardo Moragas, director del Grupo de Investigación sobre Envejecimiento (GIE) en el Parque Científico de la Universidad de Barcelona, “la jubilación define legal y convencionalmente la vejez” (Moragas, 1991; en Bravo y Caro, 2002, p. 93).

Esta transición en el ciclo vital puede contribuir a incrementar la autopercepción negativa de sí mismo y del entorno del mayor (Bravo y Caro, 2002). Algunos

autores hablan incluso de muerte social (Maxwell y Silvermann, 1979; Patterson, 1981; Ppety, 1979; San Román, 1989; en Bravo y Caro, 2002, p. 90) para definir el proceso “que devalúa la ancianidad a ojos de otras personas y de los propios ancianos” a lo largo de la etapa de envejecimiento y, especialmente, tras la jubilación. Desde una perspectiva biopsicosocial, la entrada en el estatus de jubilado no es sencilla.

Es innegable que, en general, la pensión de jubilación supone una merma en el bienestar económico y en el poder adquisitivo de la persona jubilada. Según el estudio realizado por AVIVA, compañía líder de seguros de vida y pensiones en Europa, tras la jubilación se estima una pérdida media del poder adquisitivo de los catalanes del 43 % (AVIVA, 2013a) y de los valencianos del 41 % (AVIVA, 2013b)¹. Esta realidad dificulta que el mayor jubilado pueda disfrutar de un bienestar económico satisfactorio (Bravo y Caro, 2002).

Según Bazo (1990; en Bravo y Caro, 2002), el proceso de jubilación se articula en dos fases: la fase de desencanto y la fase de reorientación. No obstante, antes de entrar de pleno en la fase de desencanto y percibir sus consecuencias psicosociales negativas, el mayor jubilado vive una especie de *luna de miel* (Moragas, 1991; en Bravo y Caro, 2002) en la que prima la satisfacción de poder ocupar el tiempo como se desee. Esta etapa de luna de miel puede durar algunos meses y suele acabar en la etapa de desencanto propiamente dicha, cuando la persona jubilada experimenta la realidad psicosocial de su nueva situación (Bravo y Caro, 2002).

Posteriormente, en la fase de reorientación tiene lugar la toma de conciencia del estatus de jubilado y la creación de nuevos lazos sociales. A consecuencia de ello, la vida se reorganiza en nuevas actividades con el fin de encontrar el equilibrio y la estabilidad (Bazo, 1990; en Bravo y Caro, 2002).

Según Domínguez (1982; en Bravo y Caro, 2002), el mayor jubilado puede vivir el proceso de jubilación de tres maneras diferentes, que el mismo autor clasifica de este modo: desaparecer, cristalización y adaptación.

Si el mayor jubilado opta por desaparecer, se retira por completo del mundo laboral y social, potenciando con ello su entrada en la muerte social caracterizada por una de-socialización; si opta por la cristalización, intentará combinar la jubilación y la actividad laboral para mantener en la medida de lo posible su nivel de ingresos anuales; y finalmente, si opta por la adaptación, se centrará en una re-socialización mediante la programación de nuevas actividades sociales, culturales y recreativas (Bravo y Caro, 2002).

En nuestra intervención se pone el énfasis en evitar la muerte social y la de-socialización, y en potenciar y favorecer la re-socialización y la adaptación del mayor jubilado.

¹ Puede consultarse la situación en otras Comunidades Autónomas en el enlace de AVIVA: <http://www.aviva.es/es/corporativa/comunicacion/noticias/notas-prensa/listado-todas-las-noticias.html>

1.1.3. Efectos psicosociales de la jubilación para la autoestima y el aislamiento social

Como acaba de explicitarse, la jubilación afecta de forma negativa a la autoestima del mayor jubilado y a su red de apoyos sociales (Barros, 1992; en Bravo y Caro, 2002), ya que implica una pérdida de roles sociales significativos, una disminución de los contactos familiares e interpersonales, una mayor tasa de viudez y una pérdida del nivel adquisitivo; lo que a su vez contribuirá a incrementar el aislamiento social y los sentimientos de soledad (Fernández, Almuiña, Alonso y Blanco, 2001).

Los resultados de un estudio realizado en el Hospital Clínico-quirúrgico Docente “10 de octubre”, en La Habana, sobre la percepción que tiene el mayor acerca de los factores psicosociales asociados a su envejecimiento (Fernández, Almuiña, Alonso y Blanco, 2001) indican que:

- El 98% de los mayores de la muestra manifiesta la necesidad de ser escuchado, la necesidad de mayor comunicación social y la pérdida de roles sociales.
- El 97 % manifiesta sentimientos de soledad y de aislamiento social.
- El 95 % manifiesta inadaptación a la jubilación.

En general, el estatus social de jubilado o jubilada suele implicar una disminución de los ingresos económicos y genera poca satisfacción vital (Fernández, Almuiña, Alonso y Blanco, 2001).

A continuación, se definirá y contextualizará la autoestima y el aislamiento social en el mayor jubilado.

1.1.3.1. Autoestima

Según la definición presentada por Coopersmith (1967; en Lara-Cantú, Verduzco, del Acevedo y Cortés, 1993, p. 248), la autoestima es:

el juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo. Es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por informes verbales o conductas manifiestas.

Diversos estudios (Lundgren, 1978; Rosenberg, 1962; en Lara-Cantú, Verduzco, del Acevedo y Cortés, 1993, p. 248) muestran que “la baja autoestima puede llevar a sentimientos de apatía, aislamiento, poca capacidad de amar y pasividad, mientras que la alta autoestima se relaciona con personas que se encuentran involucradas en vidas más activas, con sentimientos de control sobre las circunstancias, menos ansiosas y con mejores capacidades para tolerar el estrés interno o externo, son menos sensibles a las críticas, suelen tener mejor salud física, disfrutan de sus relaciones interpersonales y valoran su independencia”.

La inadaptación a la jubilación puede generar afectos negativos que disminuyan la autoestima y el autoconcepto (Bravo y Caro, 2002), y la pérdida de la autoestima o su disminución puede afectar de manera negativa al funcionamiento autónomo (Bravo y Caro, 2002) del mayor jubilado.

Por ello, para preservar la autonomía y el bienestar psicológico se evaluarán los efectos beneficiosos del programa sobre la autoestima. Es crucial para nuestra intervención considerar la autoestima, ya que se espera que una autoestima alta correlacione de forma positiva con un talante más afín al de jubilado activo y con un mayor nivel de bienestar psicológico (Bravo y Caro, 2002).

1.1.3.2. Aislamiento social

Según los datos referidos por Abellán, Vilches y Pujol (2014), en los últimos años se ha observado “un incremento de los hogares unipersonales de personas de 65 y más años [...] debido a que la edad aumenta la probabilidad de vivir en soledad”. En 2011, el 77,9% de los varones de 65 años o más estaba casado mientras que sólo lo estaba el 47,3% de las mujeres, ya que la viudez es más común para ellas y, en general, aumenta de forma notable con la edad (Abellán, Vilches y Pujol, 2014). La viudez, la soledad y la vivienda unipersonal son situaciones bastante frecuentes en los mayores jubilados.

Es interesante destacar que el hecho de no tener hijos puede ser un factor de vulnerabilidad para padecer una situación de aislamiento social. Según los resultados de la intervención en personas mayores en aislamiento social que llevaron a cabo Santos-Olmo, Ausín, Muñoz y Serrano (2008) en la comunidad de Madrid, el 70,1% de su muestra –compuesta por ancianos frágiles con alto riesgo de aislamiento social- no tenía hijos.

El metaanálisis presentado por Holt-Lunstad y cols. (2010), basado en 148 estudios sobre el tema del “impacto de la calidad y cantidad de las relaciones sociales en el riesgo de mortalidad” indica que hay una relación directa entre la calidad de las relaciones interpersonales y la probabilidad de supervivencia; es decir, se observa que a mejor calidad en las relaciones interpersonales, mayor probabilidad de supervivencia. Además, este hallazgo “se mantiene independientemente del grupo de edad, sexo, estado de salud inicial, causa de muerte y periodo de seguimiento” (Vázquez, 2013, p. 100). A partir de estos resultados, se considera de gran relevancia atender las relaciones interpersonales del mayor jubilado en nuestra intervención.

Por otro lado, para contextualizar nuestra intervención es importante diferenciar entre exclusión social y aislamiento social, así como entre aislamiento social y soledad.

La Comisión Europea, en el *Informe conjunto sobre la Intervención Social* (2001; en Santos-Olmo, Ausín, Muñoz y Serrano, 2008, p. 307), define exclusión social como:

la situación en que se encuentran las personas que no pueden participar plenamente en la vida económica, social y civil y cuyos ingresos o recursos (personales, familiares, sociales y culturales) son tan inadecuados que no les permiten disfrutar de un nivel y una calidad de vida considerados aceptables por la sociedad en la que viven.

A diferencia de la exclusión social, el concepto de aislamiento social es de compleja definición, ya que por el momento no hay un acuerdo unánime entre los autores y se ha definido de forma muy variada en la literatura científica (Santos-Olmo, Ausín, Muñoz y Serrano, 2008). Según Santos-Olmo, Ausín, Muñoz y Serrano (2008, p. 309), se habla de aislamiento social como:

la ausencia de relaciones sociales satisfactorias y un nivel bajo de participación en la vida comunitaria. El aislamiento social implica experimentar una serie de factores como bajo nivel de participación social y niveles de actividad social que la persona percibe como inadecuados.

En esta propuesta de intervención se considera necesario distinguir entre exclusión social y aislamiento social, ya que la intervención se centra en disminuir el aislamiento social pero no se adecúa a la situación de las personas en exclusión social. Se considera, por tanto, que la exclusión social requiere intervenciones de diferente índole a la propuesta.

Es importante distinguir también entre aislamiento social y soledad, ya que se trata de conceptos diferentes. El sentimiento de soledad se centra fundamentalmente en factores psicológicos, mientras que el aislamiento social lo hace en factores relacionales y psicosociales (Santos-Olmo, Ausín, Muñoz y Serrano, 2008). Según Peplau y Perlman (1982; en Santos-Olmo, Ausín, Muñoz y Serrano, 2008), la soledad se define como:

el estado aversivo experimentado cuando existe una discrepancia entre las relaciones interpersonales deseadas y las percibidas en cada momento.

Cabe destacar también que en la intervención propuesta se considera el aislamiento social de manera amplia, atendiendo tanto a los sentimientos subjetivos como a las medidas objetivas en relación a la interacción social, y se aleja por tanto de la diferenciación propuesta por Cattan, White, Bond, y Learmouth (2005) entre soledad (o aislamiento emocional) y aislamiento social. Para estos autores, el aislamiento emocional o soledad es un sentimiento subjetivo de falta o pérdida de compañía, mientras que el aislamiento social es una medida objetiva de los contactos e interacción sociales de la persona mayor y la red social (Cattan, White, Bond, y Learmouth, 2005, p. 42-43).

En la intervención que se propone se considera el aislamiento social como una combinación interrelacionada del aspecto subjetivo y objetivo, y se incluirá por tanto el sentimiento subjetivo de soledad (o aislamiento emocional) y el aspecto objetivo en relación a la interacción social medible de manera integrada.

* * *

La jubilación por vejez es una etapa vital que implica afrontar una serie de cambios evolutivos que ponen a la persona en una situación de cambio, ya sea voluntaria o involuntariamente, y que el mayor jubilado deberá afrontar para poder llevar a cabo con éxito la tarea propia de esta etapa evolutiva: la integración.

De acuerdo con Morales (1989), para compensar la carga negativa asociada a la vejez y a la jubilación se requiere un **enfoque positivo** para intervenir en la mejora de la adaptación a este nuevo estatus social: el de mayor jubilado. Según Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez (2009, p. 23), las personas mayores, por razones culturales fundamentalmente, tienen más dificultades para sentirse bien consigo mismas y con las actividades que realizan y, por ello, la promoción del bienestar en este colectivo es un objetivo deseable tanto a nivel social como político (Diener, Lucas, Schimmack y Helliwell, 2009; Vázquez, 2009; en Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009).

Para lograr el cambio adaptativo y su mantenimiento nuestra intervención tendrá una base motivacional que se fundamentará en la **teoría de la autodeterminación**.

Por todo lo anterior se propone una intervención basada en la psicología positiva y motivacional centrada en el aumento de los factores de protección, atendiendo a la autoestima y al aislamiento social.

Creemos que intervenciones de este tipo son coherentes con el envejecimiento demográfico de nuestra sociedad y un deber ético de la misma para con sus mayores, ya que ellos son precisamente los que han posibilitado -en su vida adulta- la vida social de las nuevas generaciones.

1.2. Revisión teórica del enfoque de la intervención

1.2.1. Psicología positiva

La psicología positiva es una disciplina de la psicología rigurosamente científica y, aunque ha sufrido ataques apasionados, la evidencia científica existente sobre la relación que hay entre las emociones positivas, la salud y el bienestar psicológico proporciona una réplica a los detractores y enemigos de esta disciplina que ha florecido en este nuevo milenio, centrándose en las fortalezas de la persona y las virtudes de los afectos positivos para la felicidad (Vázquez, 2013).

En concreto, Peterson y Seligman (2004), en su libro *Character strengths and virtues: A handbook and classification* (2004; en Ruch, Proyer, Harzer, Park, y Seligman, 2010), realizan una clasificación de las 24 fortalezas para el éxito y la felicidad del ser humano, que agrupan en 6 virtudes universales. Estas

virtudes se fundamentan en la obra y pensamiento de diferentes filósofos, pero debido a que son entidades abstractas, que no pueden medirse, estos autores diseñaron una clasificación de 24 fortalezas, concretas y medibles. En esta clasificación, cada virtud requiere del desarrollo de tres a cinco fortalezas. Por ejemplo, la virtud de humanidad se concreta en el desarrollo de fortalezas interpersonales como la amabilidad, el amor y la inteligencia social.²

Debido a su énfasis en las fortalezas y virtudes del ser humano, así como en las emociones positivas, las intervenciones positivas se han convertido en un apoyo para las intervenciones tradicionales (basadas en el sufrimiento y la patología), precisamente porque han mostrado su eficacia para la salud mental (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005).

En congruencia con lo anterior, nuestra propuesta de intervención se aleja del enfoque epistemológico del modelo patogénico centrado en el sufrimiento y el trastorno, que concibe al ser humano como un sujeto pasivo, para adoptar por el contrario un modelo acorde a la psicología positiva propuesta por Martin Seligman. Por ello, la intervención se centrará en la construcción de competencias y en la prevención, con el fin de alcanzar una mejor calidad de vida y bienestar, gracias al valor adaptativo de las emociones positivas (Vera, 2006). Los resultados de gran número de estudios indican que “el bienestar no sólo está asociado a una mayor satisfacción psicológica sino que tiene importantes implicaciones para la salud física” y que, además, “parece tener un papel en la prevención y en la recuperación de condiciones y enfermedades físicas, permitiendo incluso incrementar la esperanza de vida” (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009, p. 23).

Según Fredrickson (2001; en Vera, 2006, p. 6), “experimentar emociones positivas lleva a estados mentales y modos de comportamiento que de forma indirecta preparan al individuo para enfrentar con éxito dificultades y adversidades venideras”.

A partir de la revisión anterior sobre la situación que afronta el mayor jubilado en su última etapa del ciclo vital, se considera que las emociones positivas, canalizadas hacia la prevención y el afrontamiento son un valor a considerar. En la actualidad, el cultivo de las emociones positivas se está convirtiendo en “un poderoso recurso para transformar la vida ordinaria de muchas personas en algo plenamente satisfactorio y con sentido” (Vecina, 2006, p.9), algo fundamental para el logro de la integración propuesto por Erikson (1985).

Fredrickson (1998, 2001; en Vecina, 2006, p. 10), en su *Teoría de la ampliación y construcción* sostiene que “emociones como la alegría, el entusiasmo, la satisfacción, el orgullo, la complacencia, etc, aunque fenomenológicamente son distintas entre sí, comparten la propiedad de ampliar los repertorios de pensamiento y de acción de las personas y de construir reservas de recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales disponibles para momentos

² En el *Anexo III: Fortalezas y virtudes* puede consultarse la clasificación completa de las 6 virtudes y las 24 fortalezas para el éxito y la felicidad, propuesta por Peterson y Seligman (2004).

futuros de crisis”. Para Fredrickson (2009; en Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009, p. 17), “lo que aún es más importante desde la perspectiva de la salud positiva, ese estado de bienestar va a favorecer que la persona alcance un mayor desarrollo psicológico, social y comunitario”.

A modo de ejemplo, la alegría, una emoción positiva, “anima a jugar en sentido amplio, a empujar los límites, a ser creativo” (Frijda, 1986; en Vecina, 1986, p.10). Este estado de ánimo alegre contribuye al desarrollo y entrenamiento de habilidades físicas, psicológicas e intelectuales y sociales necesarias para establecer y afianzar relaciones de amistad y de apoyo (Vecina, 2006).

El humor positivo –un rasgo de la personalidad que es una de las fortalezas de la persona- y la risa estimulan comportamientos positivos como el juego, el aprendizaje y la interacción social (Carbelo y Jáuregui, 2006). La risa y el humor, cuando se comparten, tienen una función de cohesión y producen un efecto de acercamiento e, incluso, una reducción de los conflictos y las hostilidades, y pueden fomentar lazos interpersonales y grupales (Martineau, 1972; en Carbelo y Jáuregui, 2006).

Diversos estudios muestran que las emociones positivas mejoran la forma de pensar, se asocian de forma positiva a la salud y mejoran la capacidad de afrontamiento ante la diversidad. A continuación se citan algunos de estos estudios:

- En cuanto a la mejora en la forma de pensar muestran que “el afecto positivo se relaciona con una organización cognitiva más abierta, flexible y compleja y con habilidades para integrar distintos tipos de información” (Derryberry y Tucker, 1994; Isen, 1987, 1990, 2000; Isen y Daubman, 1984; Isen, Daubman y Nowicki, 1987; Isen, Johnson, Mertz y Robinson, 1985; Isen, Roenzweig y Young, 1991; Niedenthal y Cantor, 1992; en Vecina, 2006, p. 11).

Además, se constata que “esta forma de pensar hace más creativa la solución de problemas, y más acertados y sensatos los juicios y la toma de decisiones” (Carnevale e Isen, 1986; Isen, 1993; Isen, Nygren y Ashby, 1998; Lyubomirsky, King y Diener, 2005; en Vecina, 2006, p. 11).

Se observa que las emociones negativas disminuyen repertorios de conducta para preparar a la persona, de manera más eficaz para la huida o la lucha ante un estresor, mientras que las emociones positivas amplían y construyen repertorios de conducta, tanto de pensamiento como de acción y, de este modo, “facilitan la puesta en marcha de conductas más flexibles y menos predeterminadas”, lo que favorece “la cristalización de repertorios adaptativos y un mejor funcionamiento en general” (Vázquez, Hervás y Ho, 2006, p. 405).

- En cuanto a la salud, las emociones positivas se asocian a la prevención de enfermedades y a la reducción de la duración e intensidad de las mismas, así como con el hecho de alcanzar niveles de bienestar

subjetivo más elevados (Lyubomirsky, King y Diener, 2005; en Vecina, 2006).

Las emociones positivas pueden proteger a las personas mayores “de los efectos negativos del envejecimiento y contribuyen a incrementar la expectativa de vida” (Ostir, Markides, Black y Goodwin, 2000; en Vecina, 2006, p. 12). Protegen también frente a la depresión, gracias a los sentimientos de gratitud, amor, esperanza, orgullo... (Fredrickson, Tugade, Waugh y Larkin, 2003; en Vecina, 2006, p. 13).

- En cuanto a la capacidad de afrontamiento ante la adversidad, “la presencia de emociones positivas durante los momentos de aflicción hace más probable que se desarrollen planes de futuro; y estos planes, junto con las emociones positivas, predicen un mejor ajuste psicológico tras un suceso traumático” (Stein, Folkman, Trabasso y Richards, 1997; en Vecina, 2006, p. 13). En este orden de adversidades podemos encontrar la jubilación, la pérdida de poder adquisitivo y de roles sociales significativos, la viudedad...; todas ellas, al fin y al cabo, situaciones susceptibles de acompañar al mayor jubilado.

Además, diversos estudios controlados sobre los afectos positivos muestran sus efectos significativos sobre el comportamiento humano (Aspinwall y Staudinger, 2003; Avia y Vázquez, 1998; Fredrickson, 2001; Isen, 1993, 1999; en Vázquez, Hervás y Ho, 2006, p. 405). Estos efectos son los siguientes, citados de forma literal de Vázquez, Hervás y Ho (2006, p. 405):

- El juicio hacia los demás y hacia uno mismo es más indulgente
- Hace codificar y recuperar mejor recuerdos positivos
- Amplia el campo visual
- Genera un pensamiento más flexible y creativo
- Genera más repertorios de conducta
- Permite el cambio por razones positivas, no como huida
- Reduce la duda
- Se generan conductas altruistas
- Permiten contrarrestar afectos negativos
- Se tolera mejor el dolor físico
- Favorece la resistencia ante las adversidades

En relación y en ampliación de lo anterior, un metaanálisis relevante es el realizado por Lyubomirsky, King y Diener (2005; en Vázquez, 2013, p. 100), ya que comprende 225 estudios publicados –longitudinales, transversales y experimentales- y 11 tesis doctorales sobre “el impacto bidireccional entre el bienestar psicológico (felicidad subjetiva, satisfacción vital, o bienestar eudaimónico) y diferentes áreas de funcionamiento (por ejemplo, vida laboral, relaciones sociales, salud, conducta prosocial, creatividad, resolución de conflictos) cuyos resultados indican que “el bienestar emocional (felicidad subjetiva, emociones positivas y satisfacción vital) es predictor del funcionamiento en varias áreas” (Vázquez, 2013, p. 100).

Por consiguiente, a través de nuestra intervención desde un enfoque de la psicología positiva y motivacional, se **espera** que el mayor jubilado adquiera una mayor positividad emocional y pueda beneficiarse también de estos efectos asociados a las emociones positivas, consiguiendo en consecuencia un mejor funcionamiento general en su vida, más adaptativo, y un mayor estado de bienestar psicológico. Por tanto, se espera contribuir a que el mayor jubilado pueda construir y dar un significado positivo a su nuevo estatus social de mayor jubilado.

1.2.2. Motivación

La motivación será el motor que permitirá alcanzar los objetivos planteados. Por consiguiente, nuestra intervención se fundamentará en la **teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan**, un modelo descriptivo del bienestar psicológico de “marcado carácter motivacional y con evidentes conexiones con la psicología humanista” (Vázquez, Hervás y Ho, 2006, p. 410).

Es importante destacar que al orientarnos por la teoría de la autodeterminación, nuestra intervención se enmarca en la perspectiva del bienestar eudaimónico. Esta perspectiva propone que “el bienestar no consiste en la maximización de experiencias positivas y la minimización de experiencias negativas (Ryan y Deci, 2001) sino que se refiere a vivir de forma plena o dar realización a los potenciales humanos más valiosos (Ryan, Huta y Deci, 2008)” (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009, p. 17).

Según Waterman (1993; en Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009, p. 18), “la concepción eudaimónica establece que el bienestar se encuentra en la realización de actividades congruentes con valores profundos y que suponen un compromiso pleno, con el que las personas se sienten vivas y auténticas”. En concreto, la teoría de la autodeterminación vincula la eudaimonía a la autorrealización, “como un aspecto central en la definición del bienestar” y “sostiene que el bienestar es fundamentalmente consecuencia de un funcionamiento psicológico óptimo” (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009, p. 18).

Por consiguiente, la teoría de la autodeterminación (Ryan y Deci, 2001; en Vázquez, Hervás y Ho, 2006, p. 410) propone que “el bienestar psicológico no estaría necesariamente relacionado con experimentar situaciones placenteras o con satisfacer deseos, lo cual generaría un efecto positivo pasajero, sino con un funcionamiento psicológico sano” basado en lo siguiente:

- a) “Una adecuada satisfacción de las necesidades psicológicas básicas, como son la autonomía, la vinculación y la competencia” (Ryan y Deci, 2001; en Vázquez, Hervás y Ho, 2006, p. 410). La teoría de la autodeterminación considera que estas necesidades son universales y que su satisfacción predice la presencia de un mayor bienestar psicológico en gran cantidad de culturas (Deci y Ryan, 2008).
- b) “Un sistema de metas coherente y congruente, donde las metas sean preferentemente intrínsecas en vez de extrínsecas, coherentes con los

propios valores e intereses y con las necesidades psicológicas básicas de autonomía, vinculación y competencia, y coherentes entre sí (Ryan y Deci, 2001; en Vázquez, Hervás y Ho, 2006, p. 410).

La teoría de la autodeterminación se centra en los **tipos de motivación** más que en su intensidad; y clasifica la motivación en motivación autónoma, motivación controlada y amotivación:

- La motivación autónoma se compone tanto de la motivación intrínseca como de aquellos aspectos de la motivación extrínseca que han sido internalizados de forma íntegra, en coherencia con el *self* de la persona y que se identifican con un valor genuino para aquélla (Deci y Ryan, 2008).
- La motivación controlada, en contraste con la autónoma, se basa en una motivación regulada desde el exterior de la persona y donde el comportamiento se lleva a cabo en función de contingencias de recompensa o castigo, y mediante mecanismos de introyección que permiten una internalización parcial a través de factores como la aprobación externa, la evitación de sentimientos de vergüenza, una autoestima dependiente de contingencias, etc (Deci y Ryan, 2008).

Cuando se ejerce control sobre una persona, y se le introyecta una motivación controlada, la persona se siente presionada a pensar, sentir o actuar de determinada manera, mientras que cuando la persona se guía por una motivación autónoma actúa con mayor libertad y convencimiento. Tanto la motivación autónoma como la controlada llevan a la persona a actuar, movilizan energía, pero lo hacen de modo diferente y por tanto los efectos o resultados de ambas serán también diferentes (Deci y Ryan, 2008).

Según Deci y Ryan (2008), gran cantidad de estudios muestran que en gran cantidad de ámbitos o dominios la motivación autónoma conduce a un mayor rendimiento que la motivación controlada a la hora de generar bienestar psicológico y salud mental, y conduce a un desempeño más eficaz en actividades de tipo heurístico; lo que es importante ya que éstas últimas son las actividades más habituales en la vida cotidiana. Además, la motivación autónoma conduce a una mayor perdurabilidad de los cambios en relación a los hábitos saludables (Deci y Ryan, 2008).

- Finalmente, la amotivación se refiere a la falta o ausencia de intención o motivación (Deci y Ryan, 2008) y, por tanto, no moviliza energía motivacional.

Estos tipos de motivación son predictores del bienestar psicológico, de la salud, de las relaciones y el desempeño de la persona, así como de una mayor creatividad a la hora de resolver problemas, una mayor eficacia en las acciones y planes y una mayor profundidad en el aprendizaje (Deci y Ryan, 2008).

En suma, la teoría defiende que las personas se involucran y comprometen con mayor eficacia y perseverancia cuando su motivación es autónoma en vez de controlada, y que ello no depende tanto de la cantidad de motivación sino de la calidad de la misma (Deci y Ryan, 2008).

Debido a que la teoría de la autodeterminación considera tres necesidades básicas que son universales, necesitamos abordar la **función de las diferencias individuales** para explicar por qué un comportamiento eficaz determinado puede aumentar el bienestar en unas personas mientras que no lo hace en otras. En este sentido la teoría contempla dos conceptos fundamentales: las orientaciones causales y las metas vitales.

- Las orientaciones causales son orientaciones motivacionales generales que hacen referencia al modo en que la persona se orienta hacia la información reguladora del comportamiento disponible en su entorno vital y social, así como al grado en que la persona se autodetermina en los diferentes ámbitos o dominios (Deci y Ryan, 2008).

Hay tres tipos de orientación causal: autónoma, controlada e impersonal. En general desarrollar una fuerte orientación autónoma contribuye al logro de la satisfacción de las tres necesidades básicas -competencia, vínculo y autonomía-, mientras que el desarrollo de una fuerte orientación controlada suele proporcionar cierto grado de satisfacción en competencia y vínculo, pero un fracaso en autonomía. Finalmente, el desarrollo de una fuerte orientación impersonal conlleva un fracaso en la satisfacción de las tres necesidades básicas (Deci y Ryan, 2008).

En coherencia con lo anterior se observa que la orientación autónoma se asocia de forma positiva a la salud mental y al desempeño eficaz en la vida; la orientación controlada se asocia a una regulación a través de introyectos y contingencias externas, a un funcionamiento rígido y a un menor bienestar personal, y finalmente la orientación impersonal se asocia a un funcionamiento pobre y a síntomas de malestar, como una falta de vitalidad o la infravaloración de sí mismo (Deci y Ryan, 2008).

- Las metas vitales se relacionan con las metas a largo plazo que utilizamos para guiar nuestras actividades. Estas metas se enmarcan en dos categorías: aspiraciones o ambiciones intrínsecas y aspiraciones o ambiciones extrínsecas (Kasser y Ryan, 1996; en Deci y Ryan, 2008, p. 183). Las ambiciones o aspiraciones intrínsecas incluyen metas vitales como afiliación, generatividad y desarrollo personal, mientras que las aspiraciones o ambiciones extrínsecas incluyen metas como riqueza, fama y atractivo (Deci y Ryan, 2008, p. 183).

Diversos estudios muestran que potenciar las metas intrínsecas con mayor énfasis que las extrínsecas se asocia con mejor salud, bienestar y desempeño (Vansteenkiste, Simons, Lens, Sheldon y Deci, 2004; en Deci y Ryan, 2008, p. 183).

Es importante destacar que la teoría de la autodeterminación no considera las metas vitales como necesidades o motivos, ya que considera que las necesidades son nutrientes esenciales pero no deseos aprendidos. Por tanto, los autores de esta teoría consideran que las aspiraciones o ambiciones se habrán adquirido, o no, en función del grado en que las necesidades básicas de competencia, autonomía y vínculo se hayan satisfecho o frustrado a lo largo de la vida de una persona (Deci y Ryan, 2008).

Cuando las necesidades básicas no se satisfacen, tendemos a buscar metas extrínsecas que se fundamentan en indicadores externos, en vez de en sentimientos internos de valía que resultan de la satisfacción de las necesidades básicas. En este sentido, la teoría considera que las metas extrínsecas son sustitutos o compensaciones debidas a la falta de satisfacción de las necesidades básicas y que, en consecuencia, no provocan el mismo grado de bienestar que las metas intrínsecas, ya que no fomentan la integridad de la persona (Deci y Ryan, 2008).

Se ha demostrado también que la regulación controlada merma la energía motivacional (Moller, Deci y Ryan, 2006; en Deci y Ryan, 2006), mientras que la regulación autónoma la vitaliza (Ryan y Deci, 2008), y que las acciones que se dirigen a satisfacer las necesidades básicas aumentan la energía disponible para la autorregulación (Ryan y Deci, 2008).

En la intervención propuesta se confía en las potencialidades de la teoría de la autodeterminación, ya que hay diversas revisiones de estudios que aportan evidencia empírica acerca de su éxito y utilidad en diferentes **ámbitos** de la vida humana (Deci y Ryan, 2008). Entre estos ámbitos se distinguen los siguientes:

- Educación (Guay, Ratelle y Chantal, 2008). La revisión de estos autores aporta información sobre el rol que juega la teoría de la autodeterminación en la educación óptima, basada en la motivación, y sus consecuencias para el comportamiento de los alumnos.
- Crianza parental (Joussemet, Landry y Koestner, 2008). Esta revisión muestra que la teoría de la autodeterminación es muy pertinente para la socialización y el desarrollo de los niños.
- Deporte y ejercicio (Wilson, Mack y Grattan, 2008). Esta revisión se centra en la regulación motivacional del ejercicio con fines de salud y los resultados obtenidos desde la teoría de la autodeterminación son favorables y prometedores.
- Salud y bienestar (Miquelon y Vallerand, 2008). Los autores revisan los resultados de diversos estudios que muestran que las metas autónomas se asocian a felicidad y a autorrealización en mayor medida que las metas controladas. Y se observa que buenos niveles de autorrealización

son promotores de la salud, al favorecer el uso de estrategias de afrontamiento y la reducción de los niveles de estrés.

Además, en relación al bienestar eudaimónico, diversos estudios asocian los mecanismos de regulación afectiva basados en el sentido de la experiencia, la búsqueda de lo positivo, el ajuste de objetivos vitales, etc, con menores tasas de cortisol (Lindfors y Lundberg, 2002; en Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009), así como a una menor carga alostática –el desgaste acumulativo de diversos sistemas fisiológicos- lo que se asocia a una menor probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares, deterioro cognitivo, deterioro físico y mortalidad (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009).

Según Fredrickson (2009; en Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009, p. 22), un aspecto particularmente importante del papel del bienestar eudaimónico en la biología y la salud es que parece servir como un elemento amortiguador (buffer) o protector frente a los efectos adversos de experiencias negativas”.

- Relaciones íntimas (La Guardia y Patrick, 2008). Los autores revisan los estudios existentes en los que se aplica la teoría de la autodeterminación en los procesos relacionales. Estos autores ponen de manifiesto que si bien se han estudiado ampliamente procesos relacionales como el vínculo, la intimidad, la comunicación o la interdependencia, en pocas ocasiones se ha hecho desde la perspectiva de la función que tiene la motivación en estos procesos. La teoría de la autodeterminación ofrece una amplia perspectiva sobre los mecanismos a través de los cuáles los procesos relacionales están asociados al bienestar personal y al modo de funcionar de la relaciones.

Además de los ámbitos anteriores, Deci y Ryan (2008) también citan aplicaciones de interés en el ámbito laboral, los entornos virtuales, la psicoterapia y la sostenibilidad de nuestro planeta.

Por todo lo anterior, se considera que la intervención que se propone desde el paradigma de la psicología positiva y motivacional, basada en el modelo de la teoría de la autodeterminación, permitirá obtener también buenos resultados en el ámbito de nuestra intervención: la autoestima y el aislamiento social en el mayor jubilado.

1.3. Problema que motiva la intervención

La jubilación y la vejez suponen para el **mayor jubilado sano** una necesidad de reorganización de roles sociales, personales y familiares, y una adaptación al nuevo estatus social. Se trata de una etapa crítica en la que si la adaptación no es exitosa pueden aparecer problemas relacionados con la merma del bienestar psicológico del mayor, apareciendo un deterioro de su autoestima y autoconcepto, un incremento del aislamiento social y de los sentimientos de soledad e inadecuación, así como la aparición de ansiedad, depresión y estrés,

e incluso una retirada de la vida social que puede llegar a ser devastadora para el anciano, a medio y largo plazo, ocasionando incluso su muerte social.

Si bien existen intervenciones encaminadas a paliar el déficit y a actuar en situaciones de exclusión social o de alto riesgo, o bien cuando el trastorno ha eclosionado, creemos que hay un **vacío** –o al menos una escasez– en la prevención y promoción de la salud de este sector de la población en relación a su bienestar psicológico. A modo de ejemplo, las intervenciones dirigidas a la preparación para la jubilación, en España, son puramente testimoniales (Moragas, 2000).

Se considera que actuar a tiempo, antes de que el problema se agrave, favorecerá la presencia de una población de mayores jubilados con mayor bienestar psicológico y, en consecuencia, a corto y medio plazo ello supondrá un ahorro ventajoso para la sanidad pública, ya que como se ha expuesto diversos estudios muestran evidencia empírica de la asociación entre bienestar psicológico y salud.

1.4. Objetivos de la intervención

Objetivos generales:

Mejorar la autoestima y disminuir el aislamiento social en mayores jubilados.

Pregunta:

¿El programa de intervención propuesto, basado en el modelo de la autodeterminación, desde el enfoque de la psicología positiva y motivacional, permite alcanzar con éxito los dos objetivos generales?

Se considerará que el programa permite alcanzar con éxito los objetivos generales cuando se obtengan puntuaciones superiores en autoestima e inferiores en aislamiento social, a los 3 y 12 meses con respecto a las puntuaciones iniciales en los tests referidos en el apartado de *Métodos*.

Finalidad de la pregunta:

La finalidad con la que se responde a la pregunta es saber si se puede considerar que la presente intervención mejora la autoestima y disminuye el aislamiento social en el mayor jubilado y, por tanto, saber si se trata de una intervención eficaz, efectiva y eficiente que merece la pena implementar en todo el territorio español.

1.5. Propósito de la intervención

La finalidad última del diseño de la intervención es motivar y orientar al mayor jubilado para una resocialización satisfactoria tras su jubilación, evitando con ello la muerte social -o el proceso de de-socialización tan perjudicial para la

persona mayor-, y facilitar la adaptación a la situación de jubilado en sentido amplio.

Con la re-socialización satisfactoria se espera incrementar la autoestima del mayor jubilado y disminuir su aislamiento social, lo que a su vez contribuirá también a lograr un mayor bienestar psicológico y, en definitiva, una mayor calidad de vida.

Siguiendo a Guillermand (1992; en Bravo y Caro, 2002, p. 90), se persigue la meta de favorecer la presencia de “jubilados activos deseosos de viajar, de cuidarse y de participar en la sociedad”; así como el logro de una positividad emocional que se manifieste en mayores jubilados alegres, ilusionados, creativos, esperanzados, valiosos, perseverantes, con humor, optimistas...; características positivas y fortalezas humanas asociadas al bienestar psicológico, que actúan como factores de protección frente a la aparición de trastornos mentales y la disminución de la salud (Vera, 2006).

Se espera también ayudar a los mayores jubilados a fomentar su motivación autónoma, así como una motivación extrínseca bien internalizada, para dotarles de un recurso de gran valor para su adaptación al nuevo estatus social: la regulación motivacional autónoma, un potencial positivo que contribuirá a favorecer la tendencia a buscar la novedad y el desafío, y a ejercitar las capacidades y a explorar y aprender (Ryan y Deci, 2000) del mayor jubilado.

En definitiva, la presente intervención persigue contribuir a formar mayores jubilados proactivos y comprometidos con sus metas vitales y sus ilusiones, evitando que deriven hacia la pasividad y la alienación influidos por las condiciones sociales negativas y peyorativas de su entorno.

2. Método

2.1. Diseño de la intervención

La intervención durará 12 meses. Se espera que después de este periodo el mayor jubilado pueda poner en práctica lo aprendido y sea totalmente autónomo y autosuficiente en la gestión de sus actividades, y mantener con ello los objetivos planteados de autoestima y aislamiento social mediante su propia autorregulación. No obstante, el mayor jubilado podrá acceder de nuevo al programa si así lo considera adecuado.

2.1.1. Planificación de la intervención

La planificación del programa se basará en el modelo de planificación y desarrollo de una intervención evolutiva, propuesto por Clemente (1993; en Viguer, 2014, p. 195-199).

En congruencia con el modelo, el proceso de planificación constará de las siguientes fases o etapas:

1) Fase de tareas pre-proyecto

Se llevará a cabo la selección de psicólogos a cargo de la implementación de la intervención y la obtención de subvenciones para financiar la intervención. Sin la consecución de estos dos prerequisites el proyecto no podrá iniciarse.

Por tanto, se recogerá información acerca de las **subvenciones** disponibles en la administración local, autonómica o estatal para el proyecto en diseño. Se recabará información en el ministerio de asuntos sociales y en los servicios sociales de la Generalitat a tal efecto. Se procederá a negociar la cesión de locales o espacios en centros cívicos, instalaciones de bibliotecas municipales y otros espacios que puedan ser facilitados por el Ayuntamiento de Barcelona para esta labor social a modo de ayuda indirecta en modo de facilitación de infraestructuras.

Se procederá a contratar al personal seleccionado y se realizarán una serie de reuniones con los profesionales implicados con el objetivo de “sincronizar las metas y los métodos con las normas contextuales y con los valores personales de todas las partes relevantes en la intervención” (Viguer, 2011, p. 195). En este sentido, además es imprescindible que los psicólogos en plantilla tengan formación y experiencia en aplicar la entrevista motivacional y estén alineados con las ventajas que supone para la intervención la motivación autónoma y la orientación autónoma a metas vitales para los participantes en el programa.

2) Fase de análisis y diagnóstico

El análisis y el diagnóstico se llevarán a cabo en el área en que se implementará la intervención. En el caso de la prueba piloto se hará en tres barrios de Barcelona, pero posteriormente esta intervención podrá aplicarse en cualquier otro lugar y, por ello, será necesario pasar por la fase de análisis y diagnóstico específicos para cada área de implementación de la intervención.

Se llevará a cabo un **análisis de la realidad y valoración de las necesidades**, para lo que nos centraremos en las siguientes cuestiones (Viguer, 2011, p. 195-196):

- Se definirán operativamente los conceptos clave que, para la presente intervención, serán: autoestima, aislamiento social, mayor jubilado, actividades preferentes y motivación autónoma. (Una aproximación a esta definición operativa se muestra en la “Introducción” y en el apartado “Instrumentos”).
- Se obtendrá información epidemiológica y socio-psicológica específica, que nos permita saber la magnitud de la población de mayores jubilados censados en el área de intervención y los problemas habituales que en esta población se dan, ya que se prevén diferentes condiciones en núcleos

urbanos industrializados y poblados o núcleos rurales así como otras diferencias relacionadas con factores culturales y riqueza de la zona.

Además se buscará información más específica sobre los datos referentes a la autoestima de la población de mayores jubilados y sus niveles de aislamiento social, así como una investigación sobre las actuaciones que estén llevando a cabo las administraciones locales, ONGs u otras instituciones sobre estas dos variables, autoestima y aislamiento social, en mayores jubilados, ya que no tiene sentido utilizar recursos para llevar a cabo una intervención cuyos objetivos ya estén cubiertos por otras actuaciones. En estos casos será más adecuado acudir a otra zona que tenga una mayor necesidad de beneficiarse de la presente intervención. Se trata por tanto de un análisis de las disponibilidades del ambiente en relación a la población diana.

- Se hará un análisis de las disponibilidades del ambiente en relación a los recursos disponibles para llevar a cabo la intervención; es decir, de los recursos humanos (personal contratado, etc), los recursos técnico-materiales (instalaciones y locales, como centros cívicos, imprentas para los trípticos y la publicación de la revista periódica), el material necesario en los centros, etc., y los recursos financieros (presupuesto estimado para llevar a cabo la intervención y fuentes de financiación disponibles).
- Se programarán una serie de grupos de discusión con mayores jubilados voluntarios para definir sus necesidades y metas vitales de forma cualitativa y adecuar así, de forma más ajustada, el *Cuestionario de preferencias del usuario* y la búsqueda de recursos congruentes, con la población diana, entre los recursos naturales o mediante su implementación específica por parte de la plantilla de psicólogos contratados para llevar a cabo la intervención.

Por ejemplo, se puede contar con la presencia de grupos de autoayuda en la viudedad en bibliotecas municipales, pero encontrar que falta un taller de cómo prevenir el insomnio y detectar la necesidad de implementarlo. Estos talleres o cursos que no se encuentren entre los recursos naturales serán implementados por los psicólogos en plantilla, o bien se buscará entre la oferta de los psicólogos de la zona que ya los estén impartiendo, o profesionales cualificados en el dominio, como puede ser, por ejemplo, la actividad de *mindfulness* en un centro privado de yoga.

Tras recoger y analizar la información reseñada en los párrafos anteriores, se hará una síntesis de los datos obtenidos y se procederá a tomar la decisión de si la intervención es viable (por los recursos disponibles) y aconsejable (por sus beneficios en la población diana) en la zona analizada.

3) Fase de diseño y planificación

En esta fase se llevará a cabo el diseño y planificación de la intervención, basándose éste en el marco conceptual y teórico que hemos presentado en la "Introducción" y que se fundamenta en la teoría de la autodeterminación de

Deci y Ryan desde un enfoque propio de la psicología positiva, sin olvidar las aportaciones que de la etapa del envejecimiento hace la teoría del ciclo vital. Es, a su vez, la fase en la que se traducirá la información teórico-conceptual a su implementación en una intervención específica.

Un objetivo básico será la no estigmatización de la población diana a la que se dirige la intervención, ya bastante estigmatizada, y la sincronización de los valores de los mayores jubilados con las normas de la comunidad social en la que viven.

Finalmente, se establecerán y definirán de forma operativa las funciones de los profesionales internos implicados (psicólogos especializados en psicología gerontológica, psicología positiva y entrevista motivacional) en el programa, así como la de los participantes (mayores jubilados) y profesionales externos (profesionales cualificados en diferentes dominios que impartirán cursos, talleres, conferencias... en centros cívicos y otras instalaciones seleccionadas para llevar a cabo las actividades del programa.

El diseño del programa comprenderá los siguientes apartados:

- Especificación de objetivos:

Los **objetivos generales** de la presente intervención son dos: incrementar la autoestima y disminuir el aislamiento social en el mayor jubilado.

Los **objetivos específicos** son:

a) Elaborar un programa flexible de actividades gratificantes, en función de los recursos naturales del área donde se implementa la intervención. Estas actividades serán elegidas por los mayores jubilados, atendiendo a su motivación autónoma y sus metas vitales.

b) Habilitar puntos de información y de asesoramiento psicológico donde el mayor jubilado podrá recoger información adicional del programa, seguir orientándose en su itinerario de actividades gratificantes y consultar sus problemas con un psicólogo cualificado.

c) Publicar con periodicidad mensual una revista y mantener una página web activa que contribuyan a mantener a la población diana informada, tanto del programa de intervención “Vive la vida” como de cuestiones que pueden contribuir a mejorar su calidad de vida, en concreto en relación a su bienestar psicológico y su salud, así como otras informaciones relevantes para su bienestar económico.

- Metodología:

El programa de intervención “Vive la vida” se basará en un modelo de servicio; es decir, proveerá “servicios específicos como respuesta a necesidades identificadas” (Viguer, 2011, p. 140) en los mayores jubilados. Por tanto, la metodología se concentrará en proporcionar tanto servicios

directos como la coordinación de servicios que mejoren o remedien problemas específicos del mayor jubilado. La presente intervención se centrará en los problemas relacionados con una disminución de la autoestima ocasionada por la pérdida de roles sociales significativos, la disminución del nivel de ingresos y la estigmatización que hace la sociedad de la persona jubilada y de la persona en las etapa de envejecimiento, así como el aumento del aislamiento social que se asocia al estatus social de mayor jubilado.

Por consiguiente, la intervención se centrará en las necesidades del mayor jubilado, proporcionando con ello una individualización del servicio; contará con la presencia de profesionales familiarizados con los problemas de la vejez y la jubilación, capaces de impartir los servicios directos (actividades) y de coordinar estos servicios y el tránsito por los mismos del mayor jubilado; además se dará asistencia directa al mayor jubilado integrado en el programa en los puntos de información y de asesoramiento psicológico, así como en la publicación periódica de la revista mensual y la web cuando estas queden habilitadas con posterioridad a la prueba piloto.

El estilo de servicio será de promoción según la clasificación de Rappaport (1977; en Viguer, 2011, p. 143) ya que se buscarán activamente participantes potenciales mediante trípticos en centros estratégicos del área, la web y la revista mensual así como en los puntos de información; es decir, “mediante incursiones en el territorio del cliente potencial” (Viguer, 2011, p. 144) ya que es adecuado en intervenciones preventivas y promotoras de salud. En nuestro caso se considera que la disminución del aislamiento social y la mejora de la autoestima redundarán en un beneficio para la salud y actuarán con carácter preventivo y de promoción de la misma.

Los métodos para conseguir las metas propuestas en el programa de intervención “Vive la vida” serán mixtos, y se realizará un acercamiento holístico y multifactorial, incluyendo los siguientes métodos:

a) métodos para incrementar las potencialidades individuales: educación general mediante cursos y conferencias de temas diversos: cómo cocinar adecuadamente los alimentos, nutrición a partir de los 65 años, vacunas y fármacos, cómo prevenir el insomnio...; estimulación cognitiva en cursos de idiomas, potenciación de la memoria, conferencias de historia y otros dominios...; afrontamiento del estrés mediante *mindfulness*, relajación, yoga...; instigación de la esperanza y promoción del optimismo en talleres específicos para estos dominios; entrenamiento en habilidades sociales, potenciación del ejercicio físico (senderismo, tai-chi...), talleres para mejorar la autoeficacia percibida (esta también puede incrementarse mediante voluntariados afines a la experiencia del mayor jubilado y sus motivaciones, así como en las actividades de la rama artística: escritura creativa, taller de pintura).

b) métodos para disminuir las limitaciones individuales que incluyen también los métodos relacionados con el entrenamiento en relajación para reducir el

estrés asociado a esta etapa de la vida; así como otras actividades encaminadas a la prevención de los problemas asociados al estatus social de mayor jubilado, lo que se traducirá en la búsqueda activa de los nuevos roles sociales y la ocupación diaria, facilitando este proceso los puntos de información del programa, el asesoramiento psicológico, y las actividades lúdicas donde se prevé prestar especial atención al apoyo del grupo entre sus miembros para aumentar así la autoestima individual y disminuir el aislamiento social de los participantes.

c) métodos para incrementar el apoyo social: se prestará atención a las relaciones interpersonales, los grupos primarios, los grupos de apoyo y el contexto sociocultural (Viguer, 2011). En el marco de los grupos de apoyo se prevén grupos de autoayuda en los siguientes dominios: viudedad, enfermedades (cáncer, etc), afrontar la jubilación, afrontar los retos del envejecimiento, para cuidadores..., entre otros. También se prevé el fomento de la amistad en actividades lúdicas (juegos de sobremesa...), actividades artísticas, deporte (senderismo, excursiones...) y otras actividades que fomenten los lazos de amistad.

Diversas investigaciones gerontológicas “muestran los efectos beneficiosos en el anciano de un amigo íntimo”, ya que ello es la “base para mantener una moral alta en las personas mayores” (Lowenthal y Havens, 1968; en Viguer, 2011, p. 161). Se espera que la amistad, formal e informal, sea un apoyo social que disminuya el aislamiento social del mayor jubilado, más allá de los vínculos afectivos que pueda mantener con sus familiares.

A través de los puntos de información, el asesoramiento psicológico, la web y la revista mensual se facilitará información sobre redes de ayuda natural disponibles en la zona y sobre los servicios de asistencia social. Estos últimos, si bien no forman parte directa del programa “Vive al vida”, se tendrán en cuenta para derivar al mayor jubilado en caso de que así lo necesitara.

- Diseño de la evaluación del programa y seguimiento:

Se llevará a cabo una evaluación tanto del proceso como de los resultados. Según Espinoza (1983; en Viguer 2011, p. 182), los dos objetivos fundamentales de la evaluación serán los siguientes:

a) Medir la eficacia o grado de idoneidad del programa, así como la efectividad y la eficiencia del mismo.

El grado de idoneidad es la “capacidad que tiene el programa para resolver el problema que lo originó o potenciar la habilidad requerida”; la efectividad es la “capacidad que tienen las actividades y tareas del programa para alcanzar los objetivos y metas que el mismo programa define”; y la eficiencia es “el índice de productividad del programa; es decir, la relación entre los bienes y servicios finales y los costos requeridos para su producción” (Espinoza, 1983; en Viguer 2011, p. 182).

b) “Facilitar el proceso de toma de decisiones” para modificar estrategias, mejorar procedimientos, interrumpir o continuar determinados pasos del programa (Espinoza, 1983; en Viguer 2011, p. 182).

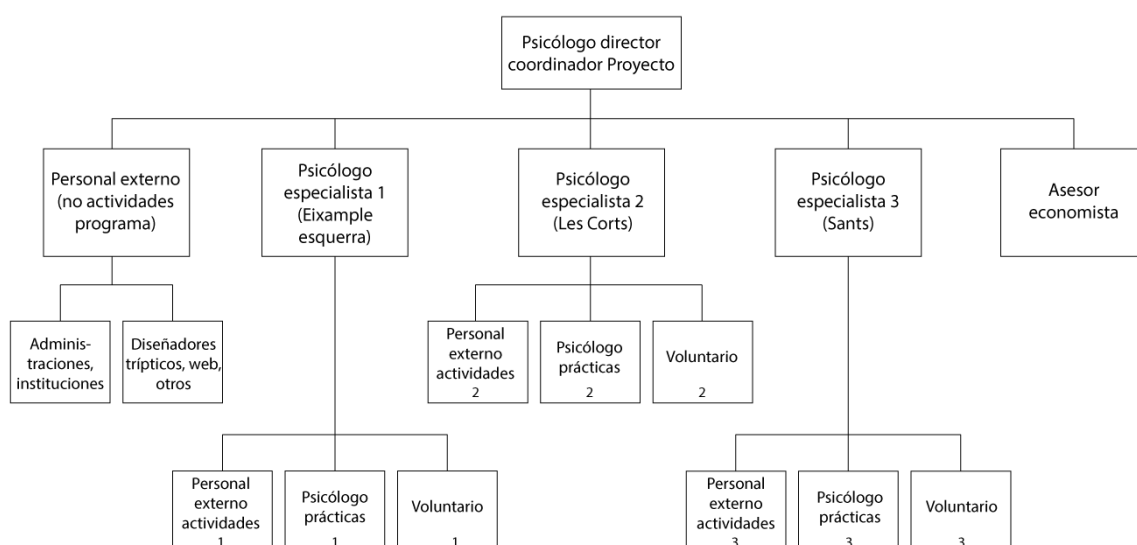
La **evaluación del proceso** se centrará en detectar los puntos fuertes y débiles o críticos del proceso de intervención en sus diferentes fases para detectar qué falla o es deficiente y cuáles son los cambios necesarios para una mejora del proceso e incrementar así su calidad. Se llevará por tanto una evaluación que valore cada paso, así como la intervención global; de este modo, cuando se detecte que no se consigue la meta deseada, podrán implementarse los cambios y modificaciones adecuadas (Viguer, 2011). Esta evaluación no sólo se llevará a cabo al final de la intervención global, sino también al finalizar cada una de las fases del programa. Su meta es evaluar el funcionamiento de la intervención para buscar soluciones durante el proceso y, por tanto, se realizará a lo largo de todas las etapas y pasos de la intervención (Viguer, 2011).

En la **evaluación de los resultados** el objetivo será verificar que se consiguen los objetivos generales de mejora de la autoestima y la disminución del aislamiento social en los mayores jubilados inscritos en el programa. La evaluación de los resultados se realizará al final del programa de intervención a modo de evaluación final (Viguer, 2011, p. 183) y se tendrá en cuenta también la tasa de abandono así como los resultados de la *Encuesta de satisfacción*.

- Planificación del programa y presupuesto:

A continuación se presenta el organigrama de los profesionales del equipo, el cronograma, los recursos necesarios y el presupuesto de la intervención.

a) Organigrama de los profesionales de la intervención:



Los profesionales del equipo del programa “Vive la vida” tendrán las siguientes funciones:

- un **director coordinador**, psicólogo, que se encargará de la coordinación de todo el equipo, así como de la dirección del programa, además tendrá las funciones de conseguir y negociar las subvenciones con las administraciones, la cesión de locales gratuitos, encargar a profesionales externos el diseño de la web, la maquetación de la revista (ambas cosas previstas para intervenciones posteriores a la prueba piloto), contratar al personal interno y externo y convocar la reuniones periódicas con el equipo y autorizar la formación adicional que requieran los profesionales que intervienen en al programa.
- 3 **psicólogos especialistas** en psicogerontología, psicología positiva y entrevista motivacional. Se implementará un psicólogo por barrio, que tendrá a su cargo a un psicólogo en prácticas y un voluntario para cada barrio. Se encargarán de la selección de los usuarios participantes que cumplan los criterios de inclusión y de realizar la entrevista motivacional para la selección de actividades de los mayores jubilados al inicio del programa, con la asistencia del psicólogo en prácticas que se le haya asignado. Durante la intervención se encargarán del asesoramiento psicológico de los usuarios que lo requieran en los puntos habilitados para tal función.
- 3 **psicólogos en prácticas**, que serán recién graduados o licenciados en psicología y que puedan acogerse a un contrato en prácticas. Se encargarán de asistir al psicólogo especialista en las diferentes tareas y llevarán a cabo una labor de supervisión de las actividades del programa así como el contacto directo con los usuarios del mismo para saber el estado de su integración. Esta supervisión y contacto se llevará a cabo en los puntos y horarios en que los usuarios realicen las actividades. Orientarán, si procede, o derivarán al usuario al punto de asesoramiento psicológico de la zona. Además, llevarán a cabo la aplicación y corrección de los instrumentos psicométricos e informarán de los resultados al psicólogo especialista.
- 3 **voluntarios**. Serán estudiantes de psicología y estarán al cargo de los puntos de información. Cada voluntario cubrirá el área de uno de los tres barrios, en la prueba piloto. Cada barrio tendrá tres puntos de información itinerante en horario establecido, ya sea en locales cedidos gratuitamente o bien en carpas en la calle para las que se habrá pedido la autorización pertinente.

Además, el programa contará con **profesionales externos al equipo de psicólogos del programa**, relacionados con diferentes áreas de actuación:

- Profesionales externos que impartirán las actividades del programa “Vive la vida”: profesores de idiomas, conferenciantes especialistas en dominio, talleristas en cursos de cocina, yoga, tai-chí, etc.

- Diseñador gráfico e informático para el diseño y mantenimiento de la web (se implementaría tras la prueba piloto, si ésta es exitosa).
- Profesionales de diseño y producción editorial para la edición de la revista de publicación mensual y la elaboración de los trípticos (la revista se implementaría tras la prueba piloto, si ésta es exitosa).
- Si procede, y en una fase posterior a la prueba piloto, se contratarán los servicios de un especialista en cálculos estadísticos.
- **Asesor economista**, imprescindible para llevar el control financiero y fiscal del programa, así como todo lo referente a la contratación de los trabajadores y las responsabilidades laborales y de gestión que de ello se derive. Se contará con este profesional desde el inicio del programa, cuya función será llevar al día la contabilidad del mismo así como tener al día las responsabilidades fiscales y financieras en Hacienda, bancos y otras entidades. Se prevé contratación a tiempo parcial por las mañanas.

b) Cronograma de la intervención:

ETAPA DE LA INTERVENCIÓN	TAREAS	TEMPORALIZACIÓN												RECURSOS (Persona encargada)
		Jul	Ag	Sep	Oc	Nov	Dic	En	Fe	Ma	Ab	My	Jun	
Pre-proyecto	Petición de subvenciones y contratación de los profesionales	Estas tareas se realizarán previamente al periodo de la intervención, ya que son un requisito imprescindible para la implementación de la misma.												Psicólogo coordinador del proyecto
Análisis y diagnóstico	1. Definición operativa de los conceptos													Todos (*)
	2. Búsqueda de información epidémica y sociodemográfica													Psicólogos en prácticas
	3. Análisis de la disponibilidad de recursos naturales de la zona (humanos y técnico-materiales)													Coordinador, psicólogos especialistas y en practicas
	4. Análisis y evaluación de recursos financieros													Coordinador y psicólogos especialistas
	5. Diagnóstico													Coordinador y psicólogos especialistas
Diseño y planificación	6. Establecimiento puntos información y asesoramiento psicológico													Coordinador, voluntarios para puntos de información, y psicólogos especialistas para puntos de asesoramiento psicológico
	7. Diseño, impresión y distribución de trípticos													Personal externo y voluntarios
	8. Elaboración actividades no disponibles entre los recursos naturales zona			A lo largo de la intervención se diseñarán nuevas actividades específicas si fuera necesario.										Psicólogos especialistas y psicólogos en prácticas, en función de la complejidad
	9. Coordinación de todas las actividades del programa													Coordinador y psicólogos especialistas
Intervención y seguimiento	10. Entrevista motivacional y aplicación instrumentos a participantes-optantes													Psicólogos especialistas con el soporte de los psicólogos en prácticas
	11. Selección definitiva participantes y distribución de los													Psicólogos especialistas con el soporte de los psicólogos en prácticas

	mismos en las actividades													
	12. Seguimiento de los participantes durante toda la intervención													Psicólogos especialistas y psicólogos en prácticas.
	13. Aplicación instrumentos a los 3 y 12 meses													Psicólogos especialistas con el soporte de los psicólogos en prácticas
	14. Valoración de la intervención													Coordinador y psicólogos especialistas
Evaluación del programa	Evaluación de proceso , en cada uno de los pasos especificados en los ítems anteriores													Todos
	Evaluación de los resultados durante la intervención y evaluación final													Coordinador y psicólogos especialistas
Post-proyecto	Elaboración de Informes y análisis de los puntos de mejora	Se realizarán durante el mes siguiente de haber finalizado el periodo de 12 meses de la intervención.											Coordinador y psicólogos especialistas	

(*) En este paso participarán el director-coordinador del programa, los psicólogos especialistas en gerontología, entrevista motivacional y psicología positiva, los psicólogos en prácticas (recién licenciados) y los voluntarios (estudiantes de psicología).

c) Recursos necesarios para la intervención:

RECURSOS	
Recursos naturales	-Actividades del programa a disposición en la zona, en centros cívicos, centros de mayores, ONGs y otras instituciones públicas. -Locales o espacios: para puntos de asesoramiento psicológico (1 por barrio) y puntos de información (1 por barrio, itinerante en dos puntos); para reuniones del equipo y para otras actividades relevantes para el programa no incluidas entre los recursos naturales.
Recursos de personal	-Equipo de psicólogos de la intervención (véase organigrama). -Profesionales externos: asesor economista, diseñador web, profesores de actividades, personal cualificado en cálculos estadísticos (si procede) y otros (véase organigrama).
Recursos a elaborar	-Cursos, talleres y conferencias, así como otras actividades relevantes para el programa, no disponibles en la zona. -Revista, web y trípticos
Recursos financieros	-Subvenciones financieras de las administraciones locales, autonómicas o estatales, así como cesión del uso de locales de forma gratuita por parte del ayuntamiento y otras instituciones (subvención en material) -Donaciones y ayuda de ONGs -Pago de las actividades por parte de los usuarios
Otros	Por determinar tras la prueba piloto, con fines de mejora de la intervención.

d) Presupuesto de la intervención:

PRESUPUESTO PRUEBA PILOTO DEL PROGRAMA "VIVE LA VIDA"				
	Concepto	Nº personas	Coste por persona para el periodo de la	Coste global

			intervención	
PERSONAL	Salario coordinador general	1	1200 euros x 14 meses(*)	16.800 euros
	Salario psicólogo especialista en gerontología y entrevista motivacional, entrenado en psicología positiva	3	1200 euros x 13 meses(*)	46.800 euros
	Salario psicólogo en prácticas (recién licenciado o graduado)	3	400 euros x 13 meses(*)	15.600 euros
	Remuneración voluntarios (estudiantes de psicología)	3	100 euros x 12 meses en concepto de desplazamientos	3.600 euros
	Salario asesor contable economista	1	700 euros x 14 meses(*)	9.800 euros
	Salario personal externo (especialistas de dominio)	Por determinar: retribuible a través del pago de las actividades realizadas. A pagar por el usuario.		
SUBVENCIÓN PARTICIPANTE	Subvención de actividades para participantes con ingresos insuficientes			10.000 euros
MATERIAL	Alquiler de locales	Se espera que el Ayuntamiento de Barcelona ceda una serie de locales de forma gratuita para esta labor social.		
	Producción y distribución de la revista mensual, diseño y mantenimiento de la web.	No se presenta presupuesto de este ítem para la prueba piloto, ya que sólo se implementará en futuras intervenciones si se verifica el éxito de la intervención.		
	Coste puntos de información	3	Esperamos que el Ayuntamientos nos ceda los locales de forma gratuita para esta labor social. El coste de los profesionales se contabiliza en el ítem personal-salario.	
	Coste de los puntos de asesoramiento psicológico	3	Esperamos que el Ayuntamiento de Barcelona nos ceda los locales de forma gratuita para esta labor social. El coste de los profesionales se contabiliza en el ítem personal-salario.	
	Material fungible (fotocopias, cañón de proyección, etc) y trípticos publicitarios del programa.			4.000 euros
	Imprevistos			3.000 euros
ACTIVIDADES	Cursos, talleres, conferencias, excursiones, etc, integradas en el programa	Se espera financiar el coste de las actividades mediante el pago de las cuotas de inscripción en cada actividad por parte del usuario, y la subvención para participantes con ingresos anuales insuficientes para integrarse en el programa. Se prevé que una parte de las actividades puede ser gratuita y otra a coste bajo, ya que excepcionalmente serán a precio de mercado.		
			TOTAL	109.600 euros

(*) Se contabilizan dos meses extra a sumar a los 12 meses de la intervención para las tareas pre y post proyecto en el caso del director coordinador del programa, y un mes extra para las tareas post proyecto de los psicólogos especialistas y los psicólogos en prácticas.

En relación al presupuesto presentado nos gustaría incidir en el hecho de que existe una amplia evidencia documentada con respecto a la función beneficiosa y preventiva de la salud, asociada a las intervenciones en el bienestar psicológico de las personas. Los afectos positivos contribuyen a una mejora de la salud física y mental, incrementan la longevidad y la prognosis y, por tanto, contribuyen a reducir los costes en el ámbito de la salud mental y física de los servicios sanitarios (Seligman, 2008). Por ello, consideramos que invertir en la salud de los mayores jubilados es un beneficio para la sanidad pública, debido a la reducción de costes que este tipo de intervenciones pueden promover a corto, medio y largo plazo.

4) Fase de intervención y seguimiento

En esta fase se procederá a implementar el programa en el contexto elegido para conseguir los objetivos mediante la metodología propuesta (Viguer, 2011). Es imprescindible que la aplicación del programa se lleve a cabo con la aquiescencia de los mayores jubilados que en él participan.

Además, se llevará a cabo un **seguimiento** de los resultados que se vayan obteniendo a lo largo de todo el proceso de intervención. Con ello, en caso de ser necesario podremos reformular nuestras acciones y mejorar así el proceso mediante diversas adaptaciones oportunas que mejoren la calidad de la intervención. No debe confundirse esta valoración del seguimiento con la valoración que se muestra más adelante, la que se realizará al finalizar la intervención y que puede denominar valoración definitiva.

5) Fase de valoración

Una vez finalizada la intervención se realizará la **valoración definitiva** de la intervención. Para ello será necesario contar con los resultados que provengan del análisis de los datos, así como de los resultados de la encuesta de satisfacción y la tasa de abandono del programa, y de las mejoras y cambios propuestos durante la propia intervención por el equipo de psicólogos. Se hará una valoración tanto del proceso como de los resultados en cuanto al logro de los objetivos. Esta valoración estará abierta a la creatividad, las nuevas propuestas y la visión global de los diferentes miembros que componen el equipo, y a la información y valoración que se recoja del asesor economista para poder mejorar también la cuestión financiera de la intervención.

6) Fase de tareas post-proyecto

Se elaborará la realización de un informe científico, sin vulnerar el principio de confidencialidad de los participantes, para exponer los resultados y para presentar un análisis de los puntos de mejora para que se incorporen en el protocolo de futuras intervenciones, y conseguir así una mayor excelencia en la implementación del programa "Vive la vida". Este informe se presentará a los organismos pertinentes.

Durante las tareas post-proyecto se valorará la posibilidad de tener entrevistas con usuarios, que por los resultados así se crea conveniente, para ofrecerles el

asesoramiento psicológico adecuado y derivar si así procede. Se considera que, aunque haya terminado la intervención, es un deber ético cerrar los casos de los usuarios para contribuir a mantener su bienestar psicológico, así como el logro de los objetivos fundamentales del programa.

En cuanto a las responsabilidades cívicas se evaluará el estado de los locales cedidos en préstamo y se devolverán las llaves a quien corresponda.

2.2. Participantes

Los participantes cumplirán los siguientes **criterios de inclusión**:

1. Serán hombres y mujeres jubilados de 65 años, que se encuentren por tanto en la etapa del envejecimiento.
2. Es necesario que los participantes presenten un envejecimiento normal y no patológico y sean autónomos para poder inscribirse en el programa.
3. Estarán en posesión de la acreditación de pensionista o cónyuge beneficiario, expedido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Los **criterios de exclusión** serán los siguientes:

- Padecer algún tipo de enfermedad neurodegenerativa y/o estar en situación de dependencia. En este caso serán remitidos a otro programa, adaptado a su situación.
- No estar en posesión de la acreditación de jubilado o jubilada. En este caso serán remitidos a programas adaptados a su situación.

Entendemos por personas mayores de 65 años autónomas aquellas que “no presentan enfermedad o que aun padeciéndola de manera aguda o crónica, mantienen su autonomía o independencia, estando sus características físicas, mentales y sociales de acuerdo con su edad cronológica” (Alguacil y cols., 2008, p.17).

Las **variables sociodemográficas** que se tendrán en consideración y sobre las que se recogerán datos son las siguientes:

- Sexo (hombre, mujer)
- Edad
- Estado civil (casado o en pareja de hecho, soltero, divorciado o separado, viudo)
- Nivel de estudios (enseñanza básica, formación profesional, estudios universitarios y postgrado o doctorado).
- Número de hijos

- Personas con las que convive en el domicilio habitual (hijo, cónyuge, cuidador, otro familiar, amigo, residencia, otros)
- Ingresos.

La **selección de los participantes** se realizará mediante entrevista personal realizada por psicólogos adiestrados para la selección.

En la entrevista:

- se valorarán los criterios de inclusión y exclusión para formar parte del programa
- se realizará el *Cuestionario de preferencias del usuario*
- se informará a la persona de en qué consiste el programa “Vive la vida” y de sus objetivos
- y se le facilitará el acceso a los recursos del mismo, en caso de que se inscriba.

Los aspectos éticos a tener en cuenta se basarán en los principios propuestos por el código deontológico publicado por el COP (1989), prestando especial atención al artículo 6 que contempla los principios éticos generales del desempeño del profesional de la psicología y que podemos mencionar de forma literal, según consta en el propio código (COP, 1989): respeto a la persona, protección de los derechos humanos, sentido de la responsabilidad y honestidad, sinceridad con los clientes, competencia profesional, prudencia en la aplicación de los instrumentos y las técnicas, así como la solidez en la fundamentación científica de sus actividades profesionales.

Por consiguiente, se prestará especial atención a no causar daño, a promover un beneficio en el intento de maximizar los logros positivos a través de la intervención, además se preservará la dignidad de las personas que participen, su autonomía y autodeterminación, y se potenciará la igualdad de oportunidades, evitando en todo momento todo tipo de discriminación ajena a los criterios de inclusión y/o exclusión del programa. Se trata por tanto de ser fiel a los principios éticos fundamentales: el principio de beneficencia, el principio de no maledicencia, el principio de justicia y el principio de autonomía (Chamarro, 2011).

Finalmente, es imprescindible destacar que los psicólogos encargados de implementar la intervención serán los responsables de la custodia y confidencialidad de la información obtenida en las entrevistas personales (Chamarro, 2011) y en todo momento velarán por no perjudicar a terceras personas con su actuación (Chamarro, 2011) en las diferentes fases de la intervención.

2.3. Instrumentos

Se utilizarán tres tipos de instrumentos: instrumentos de cribaje para verificar los criterios de inclusión y exclusión referidos a las dimensiones autonomía-dependencia y envejecimiento normal-patológico; instrumentos específicos que medirán las variables dependientes de la intervención asociadas a los objetivos: autoestima y aislamiento social; y, finalmente, el *Cuestionario de preferencias del usuario* que recogerá datos personales, variables demográficas y las preferencias del usuario, así como la *Encuesta de Satisfacción*, una encuesta elaborada para la valoración del programa y la experiencia del usuario.

2.3.1. Instrumentos de cribaje

Su función es la de determinar claves indicativas de envejecimiento normal y no patológico de los usuarios potenciales del programa, así como asegurar que el funcionamiento global de los mismos es autónomo y adecuado a los requerimientos básicos para formar parte activa del programa.

- *Examen Cognoscitivo Minimental* (MMSE, Folstein, Folstein, McHugh y Fanjiang, 1975). Adaptación a la población española de Lobo, Saz, Marcos y el grupo de trabajo ZARADEMP (2002), o en su caso a la población en que se implemente la intervención.

El objetivo es detectar la presencia en el usuario potencial de déficit cognitivo no compatible con el programa de intervención. La línea de corte se situará en una puntuación mayor a 23, punto de corte recomendado para la población mayor de 65 años ya que indica que probablemente no hay deterioro (Alguacil y cols., 2008).

Se trata de un test de aplicación individual, aplicable en todas las edades, con una duración de aplicación entre cinco y diez minutos.

- *Functional Status Questionnaire* (FSQ; Jette, Davies, Cleary, Calkins, Rubenstein, Fink, Kosecoff, Young, Brook y Delbanco, 1986; adaptación para la población española o, en su caso a la población en que se implemente la intervención).

Se trata de un cuestionario breve y autoadministrado que mide la **calidad de vida**, y evalúa el funcionamiento de la persona en las seis áreas siguientes (Souetre y cols., 1993; en González, Bousoño, González-Quiros, Pérez de Albéniz y Bobes, 1993):

- funcionamiento físico (actividades básicas e intermedias de la vida diaria)
- funcionamiento psicológico
- funcionamiento social (rol, actividad social, frecuencia de contactos y calidad de las interacciones)
- relaciones sexuales
- días de discapacidad (días en cama y días con limitaciones)
- y sentimientos acerca de la salud

El FSQ tiene buenas propiedades psicométricas ya que presenta una buena fiabilidad así como una validez aceptable de los constructos que mide (Jette y cols., 1986).

Se considerará una puntuación de corte adecuada a los mayores de 65 años, congruente con un funcionamiento acorde con la etapa del envejecimiento normativo, y por tanto que no implique una alteración grave en el funcionamiento cotidiano ni en las relaciones sociales. En el caso de detectarse alteraciones graves en el funcionamiento físico, psicológico o social se derivará a la persona a los servicios socio-sanitarios pertinentes para que pueda acceder al tratamiento más adecuado para su caso.

Se admitirán en el programa a mayores jubilados que muestren dificultades moderadas en su actividad social y en el desempeño de sus actividades cotidianas, con síntomas moderados de ansiedad o estado moderado de depresión -lo que es congruente con la finalidad del programa- para que puedan mejorar su calidad de vida, al mejorar su autoestima y al disminuir su aislamiento social, lo que redundará en una mejor construcción tanto de sus redes sociales como del bienestar psicológico y emocional.

2.3.2. Instrumentos específicos

- *Autoestima:*

Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos (IAC). (En la presente propuesta de intervención nos basamos en la versión adaptada a la población chilena por Brinkmann (2000); no obstante, como en el caso de los instrumentos anteriores se requiere contar con versiones adaptadas a la población en que se aplique la intervención, con baremos para la misma).

El test se compone de 6 escalas y 58 ítems, que miden lo siguiente (Bravo y Caro, 2002):

Escala Social: mide la valoración que hace la persona de las relaciones con amigos o colegas y demás personas fuera del grupo familiar.

Escala Laboral: mide la valoración que hace la persona de las labores o actividades que realiza.

Escala Familiar: mide la valoración que hace la persona de las relaciones con las personas pertenecientes al grupo familiar.

Escala General: mide la valoración de la propia personalidad en general.

Escala Total: mide la valoración total de la propia personalidad.

Escala Mentira: mide los niveles de mentira, y nos indica la calidad de veracidad de las respuestas del sujeto.

Se trata de un test adecuado para medir la autoestima en mayores jubilados (Bravo y Caro, 2002). No obstante, la medición de esta variable se realizará con la versión adaptada por Brinkmann (2000) a la población chilena lo que supone una limitación del estudio para la implementación de esta intervención en población española. (Por el momento no se dispone de la adaptación a población española).

Se considerará que se cumple el objetivo de incrementar la autoestima del mayor jubilado cuando las puntuaciones obtenidas al inicio sean inferiores a las puntuaciones obtenidas al finalizar la intervención.

- *Aislamiento social:*

Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS, Barrera, 1980, 1981; Barrera et al., 1981, 1985).

Esta escala evalúa el apoyo social de la persona y se administra mediante una entrevista semiestructurada, de forma individual y con un tiempo de administración de 15-20 minutos.

Ofrece indicadores acerca del tamaño y composición de la red social del sujeto evaluado, incluyendo la red social conflictiva, el grado de necesidad de apoyo, la utilización de la red para obtenerlo, y la satisfacción en relación al apoyo recibido por la red social de la que dispone (López y cols., 2007).

La escala ASSIS consta de 7 categorías (Bravo y Caro, 2002):

Participación Social: evaluará la red social del mayor jubilado, teniendo en cuenta familiares, amigos y otras personas.

Retroalimentación positiva: evaluará el refuerzo que el mayor jubilado recibe de la familia y los amigos para emprender proyectos o poner en marcha sus ideas.

Interacciones negativas: evaluará las relaciones interpersonales desagradables para el mayor jubilado.

Interacción de Intimidad psicológica: evaluará el consejo o apoyo que puede recibir el mayor jubilado de las personas significativas para él en relación a sus problemas íntimos.

Orientación: evaluará el consejo o apoyo que puede recibir el mayor jubilado de amigos en relación a sus problemas.

Ayuda Material: evaluará la prestación en dinero o bienes materiales que aportan las personas cercanas al mayor jubilado.

Asistencia Física: evaluará la posibilidad de que el mayor jubilado pueda ser acompañado al médico, o profesionales de la salud pertinentes, si así lo necesitara.

Estas categorías nos aportan información sobre aspectos objetivos y subjetivos del aislamiento social tal como quedó definido este concepto en el apartado “Contexto y justificación de la intervención”.

Además, permite la clasificación del apoyo que recibe el mayor jubilado en tres tipos: apoyo emocional, apoyo tangible y apoyo informativo. El apoyo emocional hace referencia a los sentimientos personales y a la participación social; el apoyo tangible hace referencia a la ayuda material y del acompañamiento; y el apoyo informativo hace referencia a las categorías de consejo y refuerzo positivo (López y cols., 2007).

Por el momento no se ha encontrado un instrumento específico validado que evalúe el constructo aislamiento social, pero consideramos que la escala ASISS puede aportar la información adecuada para valorar si se cumple el segundo objetivo de nuestra intervención: disminuir el aislamiento social del mayor jubilado, ya que permitirá comparar los valores antes de iniciar el programa y los valores obtenidos durante la intervención y al finalizar la misma. Para que se cumpla el objetivo será necesario que los valores de inicio sean inferiores a los valores tras la intervención. Se considera que una mejora en las puntuaciones de apoyo social correlaciona positivamente con una disminución del aislamiento social.

- *Fortalezas del carácter:*

Values in Action Inventory of Strengths (VIA-IS; Peterson, Park, y Seligman, 2005; adaptación española)³.

Este test se compone de 240 ítems que evalúan las 24 fortalezas del carácter (10 ítems por fortaleza) según la clasificación propuesta por Peterson y Seligman (2004; en Ruch, Proyer, Harzer, Park, y Seligman, 2010). Utiliza una escala Likert de cinco puntos de semejanza o desemejanza con uno mismo. Por ejemplo, el ítem “Nunca dejo una tarea hasta que está acabada”, para evaluar el rasgo de carácter *persistencia* (Ruch, Proyer, Harzer, Park, y Seligman, 2010), con las opciones de respuesta: a) muy parecido a mí, b) algo parecido a mí, c) neutral, d) algo diferente a mí, y e) muy diferente a mí. Las fortalezas y virtudes propuestas por Peterson y Seligman (2004) pueden consultarse en el *Anexo III: Fortalezas y virtudes*.

Se considera imprescindible aplicar este instrumento ya que durante la selección de actividades y el asesoramiento se tendrán en cuenta las fortalezas y virtudes del usuario para orientarle en su itinerario por el programa “Vive la vida”, así como en la resolución de sus conflictos. Fieles

³ La versión española del *Cuestionario VIA de fortalezas personales* (así como otros cuestionarios adecuados para el enfoque de la psicología positiva) puede consultarse y realizarse, previo registro, a través de la web *Authentic Happiness*, de la Universidad de Pensilvania, en <https://www.authentichappiness.sas.upenn.edu/es/testcenter>

al enfoque de la psicología positiva nos centraremos en todo momento en las fortalezas de cada usuario del programa y no en sus debilidades o deficiencias.

Finalmente, a pesar de que existe una versión abreviada de 24 ítems de este cuestionario, dada la relevancia de la información que aporta, tanto para el asesoramiento psicológico del usuario como para su orientación a través de las actividades del programa desde la motivación autónoma, se descarta su uso ya que, aunque sería más cómodo para los mayores jubilados, no se considera una elección adecuada por la pérdida de información relevante para la calidad de la intervención.

2.3.3. Cuestionario de preferencias del usuario

En este cuestionario se recogerán los datos personales del usuario -que permitirán contactar con él-, datos relacionados con las variables sociodemográficas, mencionadas en el apartado “Participantes”, así como las preferencias de actividades y los motivos de la selección de las actividades deseadas.

Es importante aclarar que este cuestionario puede variar en función del barrio de intervención y los recursos naturales de que disponga, así como de los recursos económicos y subvenciones obtenidas para implementar nuevas actividades.

Por consiguiente, para elaborar las versiones definitivas para cada barrio será necesario haber hecho un estudio prospectivo de los recursos naturales afines a las actividades propuestas en el *Cuestionario de preferencias del usuario*. En el *Anexo I: Cuestionarios* se presenta un modelo orientativo de este cuestionario.

2.3.4. Encuesta de valoración del programa y de la experiencia del usuario

La encuesta de valoración del programa se aplicará poco antes de finalizar la intervención y se repartirá y recogerá por los psicólogos en prácticas en los centros en los que se desarrollan las actividades del programa “Vive la vida”. En el *Anexo I: Cuestionarios* se presenta la encuesta de valoración completa.

2.4. Procedimiento

La intervención se iniciará con una prospección para **recoger información y evaluar los recursos naturales** de la zona, así como las necesidades de la población diana: los mayores jubilados.

La **prueba piloto** se realizará en los barrios de Les Corts, Eixample Esquerra y Sants de BARCELONA, considerando los tres barrios como una zona unitaria.

Entre los **recursos económicos** será necesario recibir **subvenciones de la administración local** para poder subvencionar las actividades de aquellos

mayores jubilados que por su nivel de ingresos no pudieran acceder al programa, así como para pagar a los profesionales que implementarán la intervención, los trípticos informativos, la web y la revista (las dos últimas no previstas en la prueba piloto), además del alquiler de las instalaciones que se usen por cuenta propia y el material accesorio (cañones de Powerpoint, material requerido en las actividades...). Estas tareas **pre-proyecto** son esenciales para la viabilidad del programa “Vive la vida” y sin la resolución de estos pasos previos no podrá iniciarse la intervención.

Se llevarán a cabo grupos de discusión con los mayores jubilados en los barrios para determinar las necesidades y preferencias de este sector de la población.

Se encargará el diseño e impresión de los trípticos informativos que, posteriormente, distribuirán los voluntarios por centros cívicos, farmacias, bibliotecas municipales y lugares de acceso frecuente para el mayor jubilado para iniciar el reclutamiento de los participantes (o usuarios). Al mismo tiempo se habilitarán los puntos de información, a cuyo cargo estarán los voluntarios. Se prevé que estos puntos de información sean itinerantes y que se implementen en cada barrio al menos dos puntos de información diferente en días alternos. El tiempo de dedicación previsto para los voluntarios es de dos horas diarias al inicio y de dos horas dos días a la semana posteriormente, a lo largo de toda la intervención; preferentemente un día en cada uno de los dos puntos de información habilitados para cada barrio. Se espera que estos puntos de información no tengan coste, ya que se prevé que sea una cesión gratuita por parte del ayuntamiento, ONG u otra institución pública.

El **asesor economista** y el director-coordinador del proyecto se reunirán mensualmente. El asesor economista presentará un informe del estado financiero y de las gestiones realizadas, en relación a las obligaciones fiscales cuando proceda, las laborales relacionadas con los profesionales contratados y los que reciban honorarios por su trabajo, y todo aquello que pueda interesar en lo referente a la financiación y gestión económico-laboral de la intervención.

El **equipo de psicólogos** en esta prueba piloto se compondrá de 3 voluntarios, 3 psicólogos en prácticas, 3 psicólogos especialistas y un psicólogo director-coordinador del proyecto. Si la prueba piloto es exitosa, la intervención será extensible a todo el territorio español, ya que por el modo en que se ha diseñado puede adaptarse al mismo. En tal caso, para dotar de mayor estabilidad y sostenibilidad al proyecto, el equipo constará además de un psicólogo coordinador de área, por cada área en que se implemente el programa, que estará bajo la dirección del coordinador general, y varios psicólogos en plantilla que se calcularán en función del número de participantes por zona.

El equipo se reunirá con una periodicidad mensual, en formato de grupo de discusión dirigido y moderado por el coordinador. En estas reuniones se expondrán logros, conflictos y puntos críticos del programa y se llevará a cabo una evaluación del proceso para implementar los cambios necesarios para su mejora durante el tiempo de intervención. Además, se llevarán a cabo

reuniones quincenales por barrio, con la participación del psicólogo especialista, el psicólogo en prácticas y el voluntario de cada barrio para analizar las incidencias y mejorar el proceso de forma local, así como para recoger información para la reunión mensual de todo el equipo.

El **reclutamiento** de los participantes se realizará mediante trípticos informativos en los centros cívicos, las bibliotecas municipales, las farmacias y diversos establecimientos de alimentación como supermercados, ubicados en los barrios incluidos en el programa. Por tanto el **tipo de muestreo** será no probabilístico y accidental, ya que los mayores jubilados tendrán un acceso de tipo casual a los trípticos informativos. No obstante, el **sesgo de representatividad** de la muestra que ello comporta no afecta negativamente a nuestro programa, ya que estamos ante un diseño de intervención y, por tanto, estamos interesados en evaluar la eficacia del programa en las personas jubiladas que participan, sin pretensión de hacer generalizables los resultados a la población española (o en su caso a la población donde se aplique la intervención).

La **muestra** de la prueba piloto se compondrá de 100 mayores jubilados (N=100) que cumplan los criterios de inclusión, mencionados en el apartado "Participantes". Se intentará hacer un reparto equitativo entre los sexos. Por tanto se espera tender a una muestra compuesta por 50 mujeres y 50 hombres.

Los **criterios de inclusión y exclusión** que se han establecido tienen como objetivo garantizar la mayor eficacia, efectividad y eficiencia del programa. Los anteriores índices de éxito de la intervención se verían disminuidos, ya que no es efectivo para los objetivos de la intervención reunir a mayores jubilados en envejecimiento normativo y mayores jubilados en situación de exclusión, dependencia o enfermedad mental. Para estos otros casos sería necesario adaptar la intervención a sus situaciones de discapacidad y dependencia, pérdida de facultades, etc, mediante la ayuda de los servicios sociales y ayudas de otra índole que no son abarcables por nuestra intervención. Por consiguiente, destacamos que en caso alguno se trata de una cuestión de discriminación, ya que ello atentaría contra el principio de justicia y de igualdad de oportunidades. Es más, si este programa es exitoso será recomendable diseñar nuevas intervenciones para otras poblaciones que no entren en el presente criterio de inclusión y que podrían beneficiarse de una intervención de este tipo.

Las personas que no cumplan con los criterios de inclusión, por dependencia o envejecimiento patológico, y que no superen la línea de corte, se **derivarán a los servicios** de neuropsicología pertinentes para una evaluación más exhaustiva de las funciones cognitivas. Si los resultados de esta evaluación son compatibles con el envejecimiento normal, podrá considerarse que el usuario potencial no cumple con estos criterios de exclusión y será admitido en el programa. El resto serán derivados a otros programas más adecuados a sus requerimientos personales.

En esta fase de reclutamiento y selección de usuarios se llevará a cabo una **entrevista motivacional** a cada usuario potencial del programa y **se aplicarán**

los tests y cuestionarios que se refieren en el apartado “Instrumentos”; en concreto, el MMSE, el FSQ, el IAC, el ASSIS y el *Cuestionario de preferencias del usuario*. La entrevista motivacional es esencial en el proceso, y los psicólogos al cargo de la misma estarán adecuadamente entrenados para realizarla correctamente, ya que se potenciará la motivación autónoma para favorecer el éxito en los logros relacionados con la mejora de la autoestima, la disminución del aislamiento social y la persistencia en el tiempo del logro de estos objetivos.

Tras la evaluación se seleccionará a los participantes que entrarán en el programa de actividades. Estos participantes tendrán una reunión con el psicólogo especialista para que, mediante una entrevista motivacional, puedan decidir cómo se integran en el programa “Vive la vida” y a través de qué actividades lo hacen, siguiendo el *Cuestionario de preferencias del usuario*.

Es una cuestión fundamental para el éxito de esta intervención formar a los psicólogos en prácticas del programa para que potencien y favorezcan tanto la motivación como las orientaciones autónomas de los mayores jubilados que se inscriban en el programa. Se requiere que los psicólogos especialistas en psicogerontología ya cuenten con esta formación y experiencia. La formación de cada psicólogo en prácticas se llevará a cabo por el psicólogo especialista, en cada uno de los tres barrios seleccionados para la prueba piloto.

Siguiendo las directrices de Deci y Ryan (2012), **el asesoramiento que impartirán los psicólogos en el marco de la presente intervención no será directivo**, ya que éste promueve la motivación controlada, sino que se basará en un apoyo genuino de la iniciativa, la volición y la integridad de la persona para que ésta pueda satisfacer sus necesidades psicológicas básicas. Por ello, se potenciará la regulación autónoma del mayor jubilado, ya que ésta vitalizará la motivación y le ayudará a satisfacer sus necesidades básicas de competencia, relación y autonomía.

Por consiguiente, no se trata de decir a los usuarios qué han de hacer y esperar que lo hagan, ya que este modo de proceder sería un tipo de asesoramiento controlado (Ryan y Deci 2012) contrario a las directrices de la intervención. Por el contrario, las entrevistas motivacionales se centrarán en la persona, se aportará información adecuada a lo que el mayor jubilado necesita, y estará guiada por una aceptación incondicional del mayor, libre de juicios. El psicólogo mostrará en todo momento una actitud de comprensión y empatía. Así pues, se trata de crear un clima y un estilo de asesoramiento que permita al mayor jubilado entrar en contacto profundo con sus propias experiencias y motivaciones (Ryan y Deci 2012). Se valorará además si el candidato necesita seguir un asesoramiento psicológico con el psicólogo especialista, ya sea de forma puntual o periódica. Este asesoramiento psicológico adicional se llevará a cabo en los puntos de asesoramiento habilitados a tal efecto en locales prestados por el Ayuntamiento, ONGs o instituciones públicas, por el psicólogo especializado psicogerontología y enfoque de la psicología positiva y motivacional.

Una vez que el mayor jubilado haya elegido las actividades que mejor encajan con la satisfacción de sus necesidades básicas, será orientado por el psicólogo en prácticas en la inscripción y su asistencia a las mismas. El psicólogo en prácticas hará un seguimiento en los centros y locales en que se lleven a cabo las actividades para seguir con su labor de orientación y guía, y derivar al servicio de asesoramiento psicológico en caso de detectar que ello sea necesario.

En los puntos de asesoramiento psicológico el psicólogo especialista podrá encargarse de resolver dudas e informar sobre cuestiones relacionadas con la etapa del envejecimiento, la motivación autónoma, la satisfacción de las necesidades básicas, así como la orientación en la integración vital del mayor jubilado y otras cuestiones relacionadas con la salud mental. En caso de detectar la conveniencia de un tratamiento terapéutico de mayor duración para el mayor jubilado, éste, sin abandonar el programa, será derivado al profesional pertinente, en función de si se trata de un problema de salud física, psicológica o social.

En la evaluación del proceso se prevé un seguimiento de las bajas o abandono del programa por parte de los usuarios, que se llevará a cabo por los psicólogos en prácticas, para averiguar el motivo de abandono del programa y mejorar así los posibles puntos críticos de la intervención, vinculados con el abandono, e intentar el renganche del usuario que abandona en caso de causa debida a pérdida de motivación. Aquellos mayores jubilados que abandonen por causas de salud o dependencia serán derivados a otros servicios más acordes a sus necesidades situacionales. Por consiguiente, se considera que el seguimiento de los usuarios es esencial a lo largo de toda la intervención.

A los tres meses de iniciarse la intervención, se llevará a cabo la aplicación del *Inventario de autoestima de Coopersmith (IAC)* y el *Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS)*, así como una entrevista semiestructurada, para saber cómo se integra el mayor jubilado en el programa y su relación con las actividades, por parte del psicólogo en prácticas. En caso de considerarlo oportuno será remitido al psicólogo especialista para recibir asesoramiento psicológico.

En el duodécimo mes de la intervención se llevará a cabo la última aplicación de los instrumentos, en concreto el *Inventario de autoestima de Coopersmith (IAC)*, el *Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS)* y el *Cuestionario de Satisfacción* por parte del psicólogo en prácticas y, posteriormente, tras la evaluación de los resultados para cada participante, el psicólogo especialista realizará una entrevista de cierre. El psicólogo especialista emitirá un informe de valoración al usuario y le hará una devolución de los resultados, dándole además las orientaciones necesarias para continuar en el camino de crecimiento personal que ha iniciado en el programa y favorecer con ello el mantenimiento de los logros.

Está previsto que la intervención dure un periodo de un año. Se espera que tras este periodo, el mayor jubilado se haya familiarizado con los recursos naturales de su área, se haya empoderado de su vida, de la nueva disposición

de su tiempo, así como de sus nuevos roles relacionados con el estatus de jubilado, satisfaciendo sus necesidades básicas de competencia, autonomía y relación con otros. En caso de que el mayor jubilado considere oportuno volver a entrar en el programa, tendrá acceso a iniciar de nuevo el proceso de selección y seguir inscrito en el programa “Vive la vida”.

Tras finalizar la intervención, en el marco de las **tareas post-proyecto**, los psicólogos especialistas se reunirán con los psicólogos en prácticas y los voluntarios para recabar la información global sobre los puntos de intervención y las actividades, así como el funcionamiento, guía y orientación de los mayores jubilados en los centros y las actividades, en los puntos de información y de asesoramiento psicológico.

Posteriormente los psicólogos especialistas se reunirán con el psicólogo director y se elaborará un **informe** que incluirá la valoración de los resultados obtenidos y si estos indican el logro o no de los objetivos fundamentales de la intervención, así como la valoración final del proceso, incluyendo los puntos fuertes y débiles y los cambios adecuados para una mejora de la intervención para aplicaciones futuras.

Finalmente, se remitirá este informe a las administraciones locales y las instituciones que hayan subvencionado la intervención, ya fuera mediante financiación, préstamo de bienes o cesión de locales gratuitos para actividades. A su vez se iniciarán las gestiones pertinentes para volver a iniciar el proceso. Si la prueba piloto tiene éxito, en las futuras intervenciones se desarrollará una página web y se editará la revista “Vive la vida” con periodicidad mensual.

3. Resultados

3.1. Análisis cuantitativo

Se llevará a cabo un **análisis descriptivo** de los datos obtenidos para verificar el logro de los objetivos. Para realizar este análisis se utilizará el software *IBM SPSS Statistics Base*. No se realizará un análisis inferencial ya que, debido al tipo de muestreo efectuado, accidental no probabilístico, no será posible extrapolar los resultados a la población diana. Nuestro objetivo pues, a la hora de presentar y analizar los resultados, es comprobar si se han logrado los objetivos de la intervención: mejorar la autoestima y disminuir el aislamiento social de los mayores jubilados que participan en el programa “Vive la vida”.

Por consiguiente, nos centraremos en el **estudio de la muestra** –no de la población diana- y por tanto nuestro objetivo, en el marco de la estadística descriptiva será tabular, representar gráficamente y presentar valores de síntesis de los datos obtenidos (Vicente y Galindo, 2014).

En primer lugar se presentará una tabla de distribución para las variables sociodemográficas de la muestra. Es importante destacar que entre los datos demográficos tenemos variables de diferentes tipos, según se muestra en la tabla siguiente:

Variables cualitativas		Variables cuantitativas	
Nominales	Ordinales	Discretas	Continuas
Sexo (hombre o mujer)	Nivel de estudios (Enseñanza básica, formación profesional, universitarios y postgrado)	Número de hijos	Edad
Estado civil (casado o en pareja de hecho, soltero, viudo, divorciado o separado)		Número de personas con las que convive en el domicilio familiar	Ingresos anuales en euros
Tipo de personas con las que convive en el domicilio familiar (hijo, cónyuge, cuidador, otro familiar, amigo...)		Rango de edad (65-70, 71-75, 76-80 y >80)	
		Rango de ingresos (euros/año): <8000, 8000-12000, 12000-18000 y >18000.	

Los datos de las variables sociodemográficas se presentarán en tablas con los valores de la frecuencia absoluta y las frecuencias relativas expresadas estas en porcentajes.

A modo de ejemplo, se presentan los valores referidos para el sexo con las dos categorías nominales hombre y mujer. El objetivo es tender a que la participación de ambos sexos sea equitativa y por tanto se esperan valores cercanos al 50% para cada sexo. A continuación se muestra un caso hipotético para ilustrar la representación, en tablas y gráficos, que acompañará al análisis de los datos de la muestra.

Sexo	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Hombre	45	45%
Mujer	55	55%
Total	100	100%

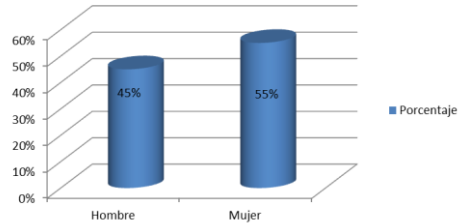
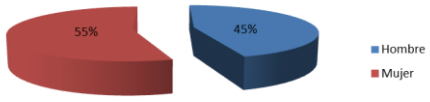
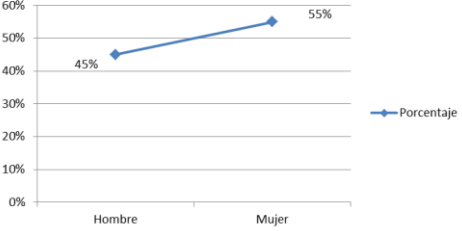
En este caso el 45 % de los participantes son hombres y el 55% son mujeres.

Se realizará el mismo tratamiento para el resto de las variables sociodemográficas recogidas y por tanto se presentarán en sus correspondientes tablas de distribución para que la información sea manejable.

En aquellos casos en los que resulte útil, para determinadas variables, la información se presentará acompañando la tabla de distribución de un diagrama de barras o un diagrama de sectores, ya que ello permitirá tener de un vistazo una primera idea de la distribución en la muestra de esa variable en concreto.

Cuando se pretenda comparar dos o más variables sociodemográficas en una misma representación gráfica se utilizará un polígono de frecuencias.

A modo de ejemplo se muestra cómo quedarían estas representaciones gráficas propuestas para la variable sexo en nuestra muestra hipotética:

<p style="text-align: center;">Diagrama de barras</p> 	<p>En el eje de abscisas se representarán los valores de la variable, y en el eje de coordenadas los porcentajes (o en su caso la medida de frecuencia que se considere más adecuada).</p>
<p style="text-align: center;">Diagrama de sectores</p> 	
<p style="text-align: center;">Polígono de frecuencias</p> 	<p>Como en el caso del diagrama de barras, en el eje de abscisas se representarán los valores de la variable, y en el eje de coordenadas los porcentajes (o en su caso la medida de frecuencia que se considere más adecuada).</p>

Tras presentar un análisis de las variables sociodemográficas de la muestra se realizará el análisis de los dos objetivos generales del programa. Se presentará, como en el caso de las variables demográficas, mediante tablas de distribución y su representación gráfica, ya sea en diagrama de barras, de sectores o polígono de frecuencias, para facilitar el análisis.

El incremento de la autoestima se medirá comparando los resultados obtenidos en el *Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos (IAC)*, adaptado a la población chilena por Brinkmann (2000), al inicio de la intervención, a los 3 meses y a los 12 meses de la misma, coincidiendo en este caso con la finalización de la misma.

Se espera proceder del siguiente modo: Se partirá de un tamaño muestral de $N = 100$. Por tanto, se espera tener los valores para los 100 participantes, en tres momentos diferentes de la intervención y para cada una de las cinco dimensiones de autoestima medidas: autoestima social, autoestima laboral, autoestima hogar, autoestima general y autoestima total, tal como quedaron definidas y operativizadas en el apartado “Instrumentos”.

Para llevar a cabo el análisis de los resultados se calculará la media (\bar{X}) de cada uno de los valores obtenidos para cada participante en cada una de las cinco dimensiones de autoestima. Como la media es una medida de síntesis, de tendencia central, necesitaremos acompañar este valor de una medida de

dispersión, que en nuestro caso será la desviación típica o desviación estándar (S_x).

Cuando la desviación estándar presente un valor pequeño, indicará que los valores que se evalúan están concentrados en torno al valor que sintetiza la media. Si los valores de la desviación estándar son elevados, se prevé la presencia de *outliers* o puntuaciones discordantes; es decir valores que se salen del patrón general (Vicente y Galindo, 2014). *(En caso de encontrar patrones discordantes será importante contactar con los participantes correspondientes y hacer una evaluación personalizada de lo que ha ocurrido en esos casos concretos).*

Para el cálculo de la media (\bar{X}) se utilizará la siguiente fórmula:

$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n a_i = \frac{a_1 + a_2 + \dots + a_n}{n}$$

Donde n será el tamaño muestral, que esperamos sea igual a 100 en la prueba piloto pero que irá variando en las futuras intervenciones, y a_1, a_2, \dots, a_n serán los valores de cada participante en la dimensión de autoestima que se esté calculando. (La media se calculará para cada una de las cinco dimensiones de autoestima).

Para el cálculo de la desviación estándar (S_x) –la raíz cuadrada de la varianza siempre en signo positivo- se utilizará la siguiente fórmula:

$$S = \sqrt{\frac{\sum_i (X_i - \bar{X})^2}{n}}$$

La desviación típica presenta las mismas unidades que la variable en estudio (Vicente y Galindo, 2014). En este caso X_i será la puntuación de cada participante para la dimensión de autoestima que se esté calculando.

Para la tabla de distribución que a continuación se propone como ejemplo de los posibles resultados esperables, se tomarán los valores obtenidos por Bravo y Caro (2002) para una muestra de 80 jubilados por vejez, mayores de 65 años, expresados en puntuaciones t (tipo de puntuación típica derivada) para ilustrar unos valores hipotéticos esperables al inicio del programa (t_0).

En este caso se parte de una muestra en la que se detecta una autoestima alta para las dimensiones laboral y hogar, indicando una satisfacción acerca de las tareas que la persona realiza en su vida familiar o de forma informal al margen del mercado laboral formal; mientras que la puntuación más baja se detecta en la dimensión social, lo que indicaría que “la valoración de sí desde la perspectiva de las relaciones con personas de fuera del grupo familiar, esencialmente con amigos o ex colegas” (Bravo y Caro, 2002, p. 98) es la más

deficitaria; una dimensión en la que nuestra propuesta de intervención incide especialmente.

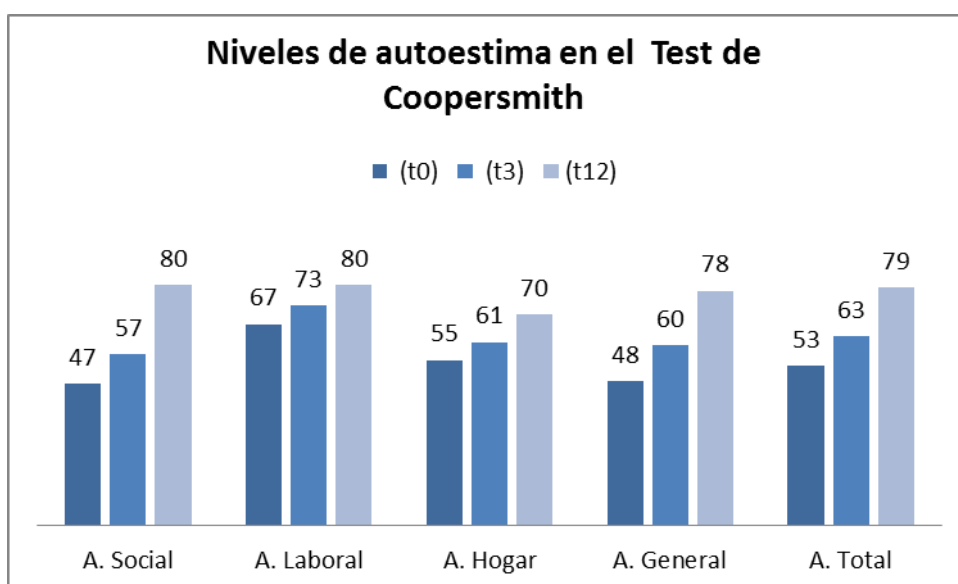
La autoestima se considerará alta o baja en base a las puntuaciones t , estandarizadas para la población en la que se interviene. El caso del ejemplo proviene de una muestra de jubilados por vejez en la población chilena y los baremos que se utilizan son los propuestos por Lara-Cantú y cols. (1993; en Bravo y Caro, 2002) para t_0 , por el contrario, t_3 y t_{12} son una extrapolación hipotética de los resultados esperados a los 3 y 12 meses:

Variable	$N(t_0)$	$\bar{X}(t_0)$	$S_x(t_0)$	$N(t_3)$	$\bar{X}(t_3)$	$S_x(t_3)$	$N(t_{12})$	$\bar{X}(t_{12})$	$S_x(t_{12})$
A. Social	100	47.02	10.09	95	57		89	80	
A. Laboral	100	67.10	11.0	95	73		89	80	
A. Hogar	100	55.01	19.40	95	61		89	70	
A. General	100	48.71	12.60	95	60		89	78	
A. Total	100	53.15	14.45	95	63		89	79	

(Obsérvese que no se aportan los datos de la desviación típica ya que es imposible calcularlos sin una base real; no obstante, se prestará especial atención a que sus valores sean bajos y a detectar la posible presencia, en caso contrario, de puntuaciones discordantes con la media).

Se considerará que un incremento > 5 puntos en la puntuación t inicial implicará una mejora de la autoestima y que una disminución < 5 puntos implicará una disminución de la autoestima, mientras que una puntuación de ± 5 con respecto a las puntuaciones t inicial indicará que la autoestima permanece en los mismos niveles que al inicio del programa.

Estos resultados se presentarán en un gráfico que permita comparar de forma visual cada una de las dimensiones al inicio (t_0), a los 3 meses (t_3) y a los 12 meses (t_{12}) de la intervención.



Se espera una mejora en las cinco dimensiones de la autoestima medidas con el *Inventario de autoestima de Coopersmith (IAC)*, con un incremento más elevado en autoestima social, en autoestima general y en autoestima total.

En la devolución de los resultados al usuario del programa, se emplearán los percentiles según baremos de la población, utilizando la siguiente clasificación:

Autoestima	Percentil
Muy baja	1-5
Moderadamente baja	10-25
Promedio	30-75
Moderadamente alta	80-90
Muy alta	95-100

La disminución del aislamiento social se medirá comparando los resultados obtenidos en el *Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS, Barrera, 1980, 1981; Barrera et al., 1981, 1985)*, al inicio de la intervención, a los 3 meses y a los 12 meses de la misma, coincidiendo con la finalización de la misma. En este caso se utilizará el mismo procedimiento para calcular las medias para las diferentes dimensiones que mide el ASSIS (y que quedaron explicadas en el apartado “Instrumentos”), así como sus desviaciones típicas para obtener una medida de dispersión. Los resultados se presentarán mediante una tabla de distribución y el correspondiente diagrama de barras como se explicitó para la autoestima.

Se considerará que se ha conseguido el logro del objetivo de disminución del aislamiento social cuando los valores obtenidos al final de la intervención sean superiores a los de inicio, prestando especial importancia a cada escala.

Si se detectara una puntuación muy baja en alguna de las dimensiones se llevará a cabo un asesoramiento psicológico del participante y, si procediera, se le derivará al servicio pertinente, ya sea de tratamiento psicológico o servicios sociales.

Finalmente, se llevará a cabo un análisis cuantitativo de los valores obtenidos para la *Encuesta de satisfacción*.

El **objetivo del análisis cuantitativo** es verificar que los objetivos generales del programa de intervención “Vive la vida” se alcanzan, así como valorar el grado de satisfacción de los participantes.

3.2. Análisis cualitativo (Riba, 2010)

Se llevará a cabo un **análisis cualitativo** de los motivos referidos en el *Cuestionario de preferencias del usuario*. El objetivo es saber si los usuarios del programa eligen en función de su motivación autónoma, controlada o desde la amotivación.

En la fase de codificación abierta elaboraremos una tabla que incluya la lista de frases que definan los motivos y las categorías o códigos. En concreto, serán las tres categorías relacionadas con los tipos de motivación propuestos en la teoría de la autodeterminación, tal como quedan definidos por la misma.

A continuación se muestra un ejemplo -muy sintético- de los resultados que podrían obtenerse en esta fase de codificación abierta:

Segmentos o frases	Códigos o categorías provisionales de motivación
Mi hija me dice que me inscriba en este programa ya que está harta de verme en casa sin hacer nada	Motivación controlada
Me encanta el yoga	Motivación autónoma
No sé, la verdad es que me da igual cualquier actividad	Amotivación
Me siento llena de vitalidad y quiero probar cosas nuevas y embarcarme en nuevos retos vitales	Motivación autónoma
Por elegir algo, es que me da igual, nada me apetece	Amotivación
Todos mis amigos hacen algo y me presionan para que yo también lo haga.	Motivación controlada
No voy a contestar	Otros
...	...

El objetivo es lograr un sistema de categorías exhaustivo, ya que hemos incluido la categoría “Otros” que es una categoría de cajón de sastre, y que el sistema además cumpla la condición de exclusividad, para lo que es necesario que definamos de forma clara y precisa qué criterios de asignación, a partir de la significación semántica de las frases o segmentos obtenidos, rigen para cada categoría, de tal modo que no haya ambigüedad en los criterios de asignación.

La definición exhaustiva de los criterios de asignación se podrá determinar de manera definitiva y válida para las implementaciones posteriores a la prueba piloto, tras la primera recogida de datos. A partir de estos datos, organizados en la fase de codificación abierta, se depurarán y ajustarán las categorías en la fase de codificación axial; y las categorías definitivas se definirán en un plano funcional y de forma consistente.

Finalmente se procederá a calcular la **frecuencia relativa para cada categoría**. Como cada usuario puede elegir un número variable de actividades y la motivación para cada una de ellas puede ser diferente, se procederá a calcular la **frecuencia relativa ponderada** en función del número de actividades elegidas por cada usuario y las categorías de motivación asociadas; luego, a partir de estos datos individuales se podrá calcular la frecuencia relativa para cada categoría con respecto a la globalidad de la muestra (los usuarios participantes en el programa). Los resultados se presentarán en una tabla o gráfico.

Si la entrevista motivacional y la orientación en la selección de actividades integradas en el programa “Vive la vida” es eficaz y efectiva, se espera obtener una mayor frecuencia en la elección por motivación autónoma. Si bien el usuario puede acceder al programa por algún tipo de presión de familiares o

amigos, o por desmotivación con la vida, el objetivo será sacar a la luz la motivación autónoma del usuario y guiarle a través de ésta en su elección, favoreciendo con ello la realización de metas vitales importantes y gratificantes.

Por consiguiente, se prevé un análisis cualitativo de los datos individuales por usuario, ya que será útil tanto en la orientación y seguimiento de cada usuario como en el posible asesoramiento psicológico que pueda requerir durante el periodo de la intervención, así como para el análisis de la muestra.

3.3. Tasa de abandono

Se espera que haya una **tasa de abandono del programa** baja; aunque se considera inevitable que haya bajas, ya sea por defunción o enfermedad, por descontento o falta de motivación, cambio de residencia, etc. En nuestro ejemplo anterior, en la tabla referente a la autoestima, hemos supuesto un número hipotético de abandono de 5 participantes a los 3 meses y un total de 11 al finalizar el periodo de 12 meses. Por consiguiente, la tasa de abandono del programa, en ese caso hipotético, sería del 5% a los 3 meses y del 11% a los 12 meses.

Si la tasa de abandono es elevada deberemos plantearnos qué falla, ya que puede ser un indicio de que no se potencia la motivación autónoma de los participantes o que las actividades no satisfacen las expectativas originales con las que se acerca el mayor jubilado al programa. Una tasa de abandono baja es admisible ya que, dada la edad de los participantes, aquélla puede deberse a enfermedad, dependencia o defunción, entre otras posibilidades normativas para los mayores jubilados como se exponía anteriormente. En congruencia con lo anterior, en el proceso de evaluación se prevé un seguimiento de las bajas para averiguar el motivo de abandono del programa para mejorar posibles puntos críticos de intervención vinculados al abandono.

3.4. Limitaciones de los resultados

Las limitaciones de los resultados están relacionadas con los instrumentos de medida utilizados en esta propuesta de intervención. Es imprescindible contar con estandarizaciones, baremos y adaptaciones para el país en que se lleve a cabo la intervención y, aunque se trata de una propuesta que admite una implementación amplia en cuanto a las zonas de actuación, los tests que valoran el aislamiento social y la autoestima pueden no tener disponibles estandarizaciones, baremos y adaptaciones validadas para la población a la que pertenecen los usuarios del programa. En la presente propuesta de intervención se han utilizado baremos y la adaptación para la población chilena en el *Inventario de autoestima de Coopersmith (IAC, adaptación de Brinkmann, 2000)*.

En el caso de considerar que la prueba piloto es exitosa, cuando no haya validación para el país en que se implemente la intervención será necesario anteponer una fase de estudio previa con el fin de validar los instrumentos en la población general en el país de aplicación de la intervención.

4. Conclusiones

La disminución de la autoestima por la pérdida de roles sociales significativos (Bloom y Monro, 1972; Hustsch y Deutsch, 1981; en Bravo y Caro, 2002), la desesperación (Coleman, 1982; Erikson, 1985; en Caro y Bravo, 2002) y el sentimiento de ser una carga para la familia y la sociedad (Scherler, 1992; Viorst, 1990; en Bravo y Caro, 2002), así como el incremento del aislamiento social que se deriva de la pérdida del contacto con el mundo laboral y la tendencia a la desvinculación de la vida social (Cumming y Henry, 1965; en Bravo y Caro, 2002) son factores asociados al proceso de jubilación, en la etapa del envejecimiento, que influyen y modulan la autoestima y el nivel de aislamiento social del mayor jubilado.

La baja autoestima (Lundgren, 1978; Rosenberg, 1962; en Lara-Cantú, Verduzco, del Acevedo y Cortés, 1993) y el aislamiento social (Fernández, Almuña, Alonso, y Blanco, 2001) se asocian a la disminución del bienestar psicológico y a la aparición de afectos negativos.

4.1. Antecedentes y resultados esperados

Con anterioridad a la presente propuesta de intervención se han realizado diversas intervenciones en el bienestar psicológico que pueden considerarse eficaces a la hora de conseguir el objetivo de una mejora en el bienestar emocional de las personas (Vázquez, Hervás, Ho, 2006). En nuestra propuesta de intervención se considera que una mejora de la autoestima y una disminución del aislamiento social en el mayor jubilado potenciará una mejora de los afectos positivos y por tanto un incremento en el bienestar psicológico del mayor jubilado.

Según Lyubomirsky, Sheldon y Schkade (2005; en Vázquez, Hervás y Ho, 2006), los tres factores principales relacionados con el nivel crónico del bienestar son el *set-point* (o punto de anclaje) del individuo, la actividad intencional y las circunstancias, cuya influencia estimada sobre el bienestar de la persona es aproximadamente del 50%, 40% y 10% respectivamente. Por tanto, siguiendo a Vázquez, Hervás y Ho (2006, p. 416), “al menos un 40% de la varianza del bienestar parece deberse a elementos modificables como por ejemplo, actitudes, actividades intencionales y hábitos cotidianos que contribuyen a mejorar consistentemente el estado emocional (Lyubomirsky y cols., 2005; Lyubomirsky, King y Diener, 2005), siempre que se pueda dar significado personal a dichos elementos (Deci y Ryan, 2000)”.

La presente propuesta de intervención pone el énfasis en la actividad intencional y en los cambios de actitud y de comportamiento, por tanto se espera, según la estimación de los autores citados, contar con un margen de maniobra del 40 % para obtener cambios de actitud y de comportamiento que permitan al mayor jubilado mejorar su autoestima y reducir su aislamiento social y, en consecuencia, incrementar su bienestar psicológico y favorecer una

etapa de envejecimiento más plena y acorde con la meta de la integración propuesta por Erikson (1985).

En relación al tiempo de duración del incremento del bienestar psicológico por efecto de la intervención, se espera que aquellos mayores jubilados que hayan obtenido una mejora en autoestima, una disminución del aislamiento social y que hayan adquirido las habilidades necesarias para la autorregulación de su tiempo tras la jubilación, o que se inscriban de nuevo en el programa en su siguiente edición, habrán modificado actitudes y comportamientos que producirán cambios sostenibles y favorables al incremento sostenido del bienestar psicológico. No obstante, parece razonable inferir que los mayores jubilados que no logren autorregularse de forma autónoma, según los principios aprendidos durante la intervención, tras la finalización del programa volverán a su punto de anclaje de bienestar. Para corroborar estos supuestos, será necesario realizar un estudio longitudinal del efecto de esta intervención a medio plazo en los mayores jubilados, a los 3, los 6 y 12 meses tras finalizar la intervención.

Nuestra **predicción a medio y largo plazo de los efectos de la intervención** propuesta se basa en los resultados de estudios longitudinales que “muestran que aunque la estabilidad es la norma, quizás para un 25% o más de personas hay cambios sustanciales en el transcurso del tiempo en cuanto a su punto de anclaje”(Fujita y Diener, 2005; en Vázquez, Hervás y Ho, 2006), así como en la existencia de intervenciones que mejoran el estado de ánimo (Jacobson y cols., 1996; en Vázquez, Hervás y Ho, 2006) e intervenciones que modifican aspectos actitudinales y motivacionales (Avia y Vázquez, 1998; Seligman, 1991; Taylor y Brown, 1988; DeNeve y Cooper, 1998; en Vázquez, Hervás y Ho, 2006) que producen cambios sostenibles. En adición a lo anterior, se cuenta con el hecho ventajoso de que “las personas mayores muestran un menor afecto negativo y un mayor afecto positivo que los jóvenes”, lo que implica la existencia de cambios evolutivos significativos en el afecto positivo y negativo de las personas (Vázquez, Hervás y Ho, 2006, p. 415).

Otras intervenciones muestran que las intervenciones positivas basadas en el desarrollo personal mediante actividades adecuadas para mayores jubilados, contribuyen a favorecer el envejecimiento activo, a mejorar el bienestar psicológico y la calidad de vida del mayor jubilado (Moragas, 2000). Por otro lado, este tipo de intervenciones no solo son beneficiosas para el mayor jubilado, sino que también producen un beneficio social ya que reducen costes sanitarios y mejoran la calidad de las relaciones afectivo familiares de la población (Moragas, 2000). Además, dado que contribuyen a deconstruir mitos y estereotipos negativos sobre el mayor jubilado se asocian también a una mejora en la autoestima (Moragas, 2000). En este sentido, intervenciones para la promoción del envejecimiento activo basadas en la información como es el programa “Vivir con Vitalidad”® muestran resultados favorables al incremento de la actividad de todo tipo del mayor jubilado, la reducción de estereotipos negativos y mayor satisfacción global con la vida (Fernández-Ballesteros, Caprara, Íñiguez y García, 2005). Nuestra propuesta combina una intervención que contempla tanto la información al mayor jubilado como su desarrollo personal.

4.1.1. Resultados esperados pre y post intervención para la autoestima y el aislamiento social

De acuerdo con los resultados obtenidos por (Bravo y Caro, 2002) se espera encontrar en las **medidas pre intervención** una disminución significativa de la autoestima de los mayores jubilados, así como un incremento en sus niveles de aislamiento social (Bravo y Caro, 2002; Fernández, Almuiña, Alonso y Blanco, 2001) con respecto a la población no jubilada por vejez, ya que la jubilación afecta de forma negativa a la autoestima y a la red de apoyos de la persona mayor jubilada, debido a la pérdida de roles significativos, del poder económico y la disminución de las relaciones familiares e interpersonales (viudez, pérdida de contacto con los compañeros del trabajo, etc).

Tras la intervención, y por efecto de la misma, en las **medidas post** de la intervención, de acuerdo con los resultados obtenidos en diversos estudios (Avia y Vázquez, 1998; DeNeve y Cooper, 1998; Fujita y Diener, 2005; Jacobson y cols., 1996; Seligman, 1991; Taylor y Browun, 1988; en Vázquez, Hervás y Ho, 2006) se espera una mejora de la autoestima y una disminución del aislamiento social significativas en los mayores jubilados, tanto en los hombres como las mujeres, que participen en el programa.

No obstante, en los resultados obtenidos se espera encontrar las **limitaciones** propias de las intervenciones en el bienestar psicológico. Si bien el objetivo último de una intervención positiva es mejorar la felicidad y el bienestar personal de las personas -en nuestra intervención, de los mayores jubilados-, las posibilidades de ello no son ilimitadas ni sostenidas en el tiempo (Vázquez, Hervás y Ho, 2006). Los límites en el incremento del bienestar personal se asocian a la heredabilidad genética y, en consecuencia, “la capacidad de disfrute, la emocionalidad positiva y otros elementos relacionados con el afecto positivo pueden estar limitados por elementos difícilmente cambiables” (Vázquez, Hervás y Ho, 2006). Además, el hecho de que determinados rasgos de la personalidad, como la extraversión o el neuroticismo, que están ligados al bienestar psicológico, sean bastante estables en el tiempo (McCrae y Costa, 1990; en Vázquez, Hervás y Ho, 2006) lleva a algunos autores como Diener y Lucas (1999; en Vázquez, Hervás y Ho, 2006) a concluir que el bienestar psicológico será también estable.

En conclusión, esperamos conseguir los objetivos propuestos en la intervención y mejorar con ello la calidad de vida de los mayores jubilados que participen en el programa.

4.2. Aplicabilidad y replicabilidad

Para evaluar la aplicabilidad y replicabilidad de este proyecto se considera imprescindible haber realizado al menos una primera intervención con la correspondiente evaluación del proceso y los resultados, para estimar estos parámetros mediante una primera valoración que compare las diferencias observadas en los tres barrios objeto de la intervención piloto.

No obstante, *a priori* se espera lo siguiente:

- En cuanto a la aplicabilidad habrá diferencias en función de si la intervención se implementa en núcleos rurales, o núcleos urbanos pequeños o de mayor extensión y población, ya que variarán los recursos naturales disponibles en la zona, así como las subvenciones requeridas y las preferencias y necesidades de los usuarios.
- En cuanto a su replicabilidad, debido a que se trata de un diseño de medida pre-post, cuasi-experimental de un solo grupo, se espera una replicabilidad menor que en un diseño experimental, pero una validez interna aceptable que será dependiente de la disponibilidad de las adaptaciones de los instrumentos psicométricos a la población en la que se implemente la intervención.

Por todo ello, se concluye que el análisis de los resultados de la intervención deberá realizarse con la prudencia que requiere el método utilizado, teniendo en consideración el tipo de amenazas a la validez interna y la validez externa o ecológica que se derivan del mismo, a la hora de establecer la causalidad de los fenómenos estudiados.

4.3. Propuestas de futuro

En un futuro se puede proceder a un estudio estadístico más avanzado, donde se estudie la posible significación estadística entre la autoestima y el aislamiento social, mediante un estudio correlacional; o bien hacer un contraste de medidas de tendencia central para los sexos (hombre, mujer) en relación al efecto del programa con relación a los objetivos, para determinar si hay diferencias significativas entre hombres y mujeres mediante el estadístico Chi-cuadrado, dado que estudiamos en este caso dos variables cualitativas.

Por tanto, a partir de un estudio estadístico más detallado se podría aportar un mayor conocimiento de las variables psicológicas de autoestima y aislamiento social en el mayor jubilado, lo que redundaría en un beneficio para las intervenciones psicoeducativas y terapéuticas en relación a este colectivo.

Un estudio estadístico más amplio daría también la posibilidad de obtener información relevante para la mejora del programa, así como para la mejor comprensión del efecto del mismo en la mejora de la autoestima y el aislamiento social, en el mayor jubilado y en relación a las variables sociodemográficas. Estos nuevos datos permitirían también implementar cambios en la coordinación de actividades si se considerase oportuno.

En esta fase de ampliación del estudio estadístico de los resultados se requerirá el asesoramiento de un especialista en estadística.

4.3.1. Otras propuestas para el futuro

Se considera que el tipo de intervención positiva propuesto permite la recogida de datos de manera multidimensional y que, por tanto, en futuras aplicaciones de la intervención, además de la autoestima y el aislamiento social se podrían evaluar otras variables, como son el bienestar psicológico, el optimismo, la satisfacción vital, la resiliencia, la felicidad, etc –todas ellas variables relacionadas con el enfoque de la psicología positiva y motivacional-, y perseguir, en consecuencia, objetivos adicionales como la mejora de la creatividad, de los niveles de optimismo o resiliencia, por citar algunos, adecuando, no obstante, la aplicación de los instrumentos de evaluación para medir de forma fiable y válida los nuevos constructos en estudio. Lo anterior permitiría realizar estudios sobre el bienestar psicológico de los mayores jubilados desde una perspectiva holística y multidimensional.

Otra propuesta para el futuro consiste en ampliar la evaluación del diseño pre y post de los resultados de la intervención, e incluir además un diseño cuasi-experimental que se componga de un grupo cuasi-control y un grupo cuasi-experimental para evaluar el efecto de la intervención en la autoestima y el aislamiento social. Esto es también extensible a la ampliación del estudio de constructos propuesta en el párrafo anterior.

En conclusión, se considera que si bien se ha propuesto una intervención positiva y motivacional cuyos objetivos son la mejora de la autoestima y la disminución del aislamiento social, el diseño de intervención propuesto permite diversas posibilidades de ampliación de interés para el estudio del bienestar psicológico y sus componentes en los mayores jubilados.

5. Valoración personal de mi experiencia

En este *Trabajo de Final de Grado* he consolidado el aprendizaje de dos cuestiones que han sido nucleares a lo largo del Grado de Psicología, y que han estado presentes en todas las asignaturas: la importancia de revisar qué han aportado otros autores con anterioridad sobre el tema que se quiere abordar, y en especial no olvidar a los autores relevantes para que esta revisión sea válida y fundamentada; y la importancia de basarse en modelos y teorías establecidas a la hora de diseñar y orientar una intervención (o investigación), ya que es una guía además de una garantía de mayor viabilidad y éxito en el logro de los objetivos y las metas que se persiguen. Los trabajos de otros investigadores, con sus resultados, conclusiones y revisiones, pueden darnos, a su vez, pautas importantes de cómo enfocar la intervención.

Este trabajo ha supuesto para mí un reto personal inesperado, ya que lo que en un inicio iba a ser un grupo de autoayuda para mayores jubilados se convirtió en una intervención de mayor extensión y envergadura. Ello ha hecho que mi TFG sea más complejo de lo que había previsto y planeado en un inicio, pero mucho más enriquecedor. Por otro lado, este nuevo proyecto me permitía satisfacer otro de mis retos: intentar emplear el máximo número de conocimientos adquiridos en la carrera, abarcando gran número de

asignaturas. En consecuencia, el nuevo plan para mi TFG, si bien ha sido mucho más laborioso que el primero, también me ha aportado mucho más en cuanto al aprendizaje significativo de los contenidos del Grado. La plantilla que se proporciona como guía para el TFG ha tenido gran relevancia para estos cambios y logros que acabo de exponer, así como la ayuda y orientación de mi consultora. Al inicio, me sentí un tanto pérdida sin saber muy bien cómo abordar este trabajo.

En general me he ceñido bastante a la planificación propuesta, acabando con antelación a los plazos límite que me había asignado en el calendario.

Para mí, una de las grandes limitaciones a la hora de abordar este TFG ha sido el poco material que hemos tenido a lo largo del grado en relación a la psicología positiva y motivacional, y por tanto mi escaso conocimiento al respecto. En nuestro Grado -y creo que es algo que puede extenderse a los Grados de Psicología que se imparten en la actualidad en diferentes universidades- el enfoque es mayoritariamente cognitivo-conductual, centrado en los factores de vulnerabilidad, la patología y la disminución de los síntomas. Este ha sido uno de los motivos por los que me he decantado por esta opción, para ampliar en cierto grado mis conocimientos en el otro enfoque epistemológico, ya que considero que es esencial abrir nuevos horizontes hacia el bienestar psicológico, favorecer los factores de protección y potenciar los afectos positivos para una mejora de la salud de las personas.

Otras dos dificultades que he encontrado han sido el hecho de aplicar los conocimientos teóricos a un caso práctico, partiendo de cero, y la búsqueda bibliográfica de calidad. Encontrar bibliografía en sí no es difícil, pero encontrar la bibliografía adecuada es ya un asunto mucho más complejo.

En mi opinión, la intervención que he propuesto podría ser de utilidad para el bienestar psicológico de los mayores jubilados y, en consecuencia, potenciaría su *salud positiva* que, según Seligman (2008), está muy asociada a la psicología positiva. Hay evidencia científica de que el bienestar psicológico supone una mejora en la calidad de vida, de la salud, de la longevidad de las personas y la prognosis, lo que implicaría a su vez una reducción de los costes en la sanidad pública.

En adición a lo anterior, considero que es una propuesta de intervención muy acorde a los tiempos actuales en que se espera un envejecimiento de la población de grandes magnitudes. En mi opinión se invierte poco en el anciano y se le merma su poder adquisitivo, lo que considero una gran equivocación cuando en un futuro próximo los mayores podrían ser un sector de la población que podría contribuir al sostenimiento de la sociedad a través del uso de servicios adecuados a sus necesidades vitales. Mi intervención es un granito de arena para intentar paliar estas carencias sociales.

A pesar de mi optimismo en los resultados favorables que pueden obtenerse mediante el programa "Vive la vida", tengo plena conciencia de que ello no es más que una predicción –quizás incluso sólo una suposición o deseo-, y que sería necesaria una implementación real y una valoración de los resultados

para sacar conclusiones fiables y basadas en la evidencia. Por último, con relación a la implementación de la intervención que se propone tengo la duda de su viabilidad en cuanto a su financiación, ya que vivimos tiempos de crisis económica y se destinan pocos recursos a los mayores jubilados.

Para terminar, simplemente deseo dejar constancia de que este trabajo ha sido de gran utilidad para mi formación como psicóloga. Es arduo, largo y laborioso, pero por la recompensa en aprendizaje significativo ha merecido la pena el esfuerzo y la dedicación que le he destinado.

6. Bibliografía

Abellán, A., Vilches, J., y Pujol, R. (2014). Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos. *Informes envejecimiento en red*, 6. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Recuperado el 20 de octubre de 2014 del enlace: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/101819/1/enred-indicadoresbasicos14.pdf>

Alguacil, M. A., y cols. (2008). *Examen de salud para mayores de 65 años*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado el 14 de octubre de 2014 del enlace: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documento/s/c_2_c_13_examen_de_salud_a_mayores_de_65/e_salud_mayores_65.pdf

AVIVA (2013a). *La pérdida del poder adquisitivo de los catalanes tras la jubilación se sitúa en el 43 %*. Grupo AVIVA España. Recuperado el 13 de octubre de 2014 del enlace: <http://www.aviva.es/es/corporativa/comunicacion/noticias/notas-prensa/la-perdida-de-poder-adquisitivo-de-los-catalanes-tras-la-jubilacion-se-situa-en-torno-al-43-por-ciento.html>

AVIVA (2013b). *La pérdida del poder adquisitivo de los valencianos tras la jubilación se sitúa en el 41 %*. Grupo AVIVA España. Recuperado el 13 de octubre de 2014 del enlace: <http://www.aviva.es/es/corporativa/comunicacion/noticias/notas-prensa/la-perdida-de-poder-adquisitivo-de-los-valencianos-tras-la-jubilacion-se-situa-en-torno-al-41-por-ciento.html>

Bravo, C., y Caro, M. (2002). Efectos psicosociales de la jubilación por vejez en las variables de autoestima y apoyo social en el adulto mayor afiliado al Instituto de Normalización Previsional (INP) de la región metropolitana. *Psykhé*, 11(2), pp. 89-108.

Carbelo, B., y Jáuregui, E. (2006). Emociones positivas: humor positivo. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 18-30.

- Cattan, M., White, M., Bond, J., y Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25(1), 41–67.
- COPC (1989). *Codi deontològic*. COPC.
- Chamarro, A. (2011). Ética y deontología en psicología. La definición de ética y sus limitaciones En A. Chamarro (Coord.) y cols. *Ética del psicólogo* (pp.12-126). Barcelona: Editorial UOC.
- Deci, E., y Ryan, R. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian psychology*, 49(3), 182–185.
- (2012). Self-determination theory in health care and its relations to motivational interviewing: a few comments. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 9(24). Recuperado el 17 de octubre de 2014 del enlace <http://www.ijbnpa.org/content/9/1/24>
- Erikson, E. H. (1985). *El ciclo de la vida completado*. Barcelona: Paidós.
- Fernández, S., Almuiña, M., Alonso, O., y Blanco, B. (2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Revista cubana de higiene y epidemiología*, 39(2), 77-81.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M. G., Íñiguez, J., y García, L. F. (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa “Vivir con vitalidad”®. *Revista española de geriatría y gerontología*, 40(2), 92-102.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion. *American psychologist*, 56(3), 218-226. Recuperado el 16 de octubre de 2014 del enlace: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3122271>
- González, P., Bousoño, M., González-Quiros, M., Pérez de Albéniz, C., y Bobes, J. (1993) Evaluación de la calidad de vida. *Psiquiatría*, 5(69), 20-32.
- Guay, F., Ratelle, C. F., y Chanal, J. (2008). Optimal learning in optimal contexts: The role of self-determination in education. *Canadian psychology*, 49(3), 233-240.
- Jette, A. M., Davies, A. R., Cleary, P. D., Calkins, D. R., Rubenstein, L. V., Fink, A., Kosecoff, J., Young, R. T., Brook, R. H., Delbanco, Th. L. (1986). The functional status questionnaire. *Journal of general internal medicine*, 1(3), 143-149.
- Joussemet, M., Landry, R., y Koestner, R. (2008). A self-determination theory perspective on parenting. *Canadian psychology*, 49(3), 194-200.
- La Guardia, J. G., y Patrick, H. (2008). Self-determination theory as a fundamental theory of close relationships. *Canadian psychology*, 49(3), 201-209.

- Lara-Cantú, M., Verduzco, M., del Acevedo, M., y Cortés, J. (1993). Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith, para adultos en la población mexicana. *Revista latinoamericana de psicología*, 25(2), 247-255.
- López, I., Menéndez, S., Lorence, B., Jiménez, L., Hidalgo, M. V., y Sánchez, J. (2007). Evaluación del apoyo social mediante la escala ASSIS: descripción y resultados en una muestra de madres en situación de riesgo psicosocial. *Intervención psicosocial*, 16(3), 323–337.
- Miquelon, P., y Vallerand, R. J. (2008). Goal motives, well-being, and physical health: An integrative model. *Canadian psychology*, 49(3), 241-249.
- Morales, R. (1989). *La jubilación. Un enfoque positivo*. Buenos Aires: Ediciones Grijalbo.
- Moragas, R. (2000). Preparación para la jubilación. En R. Fernández-Ballesteros. *Gerontología social* (pp. 453-471). Madrid: Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *10 datos sobre el envejecimiento de la población*. Recuperado el 20 de octubre de 2014 del enlace: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- Riba, C.E. (2010). *Tècniques d'anàlisis de dades qualitatives*. Barcelona: FUOC.
- Ruch, W., Proyer, R. T., Harzer, C., Park, N., y Seligman, M.E.P. (2010), Values in action inventory of strengths (VIA-IS). Adaptation and validation of the german version and the development of a peer-rating form. *Journal of individual differences*, 31(3), pp.138–149.
- Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68-78.
- (2008). From ego-depletion to vitality: Theory and findings concerning facilitation of energy available to the self. *Social and personality psychology compass*, 2(2), 702-717.
- Sánchez, M., y Díaz, P. (2005). Los programas intergeneracionales. En S. Pinazo y M. Sánchez. *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas* (pp. 393-430). Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- Santos-Olmo, A. B., Ausín, B., Muñoz, M., y Serrano, P. (2008). Personas mayores en aislamiento social en la ciudad de Madrid: experiencia de una intervención a través de la estrategia psicológica de búsqueda activa. *Intervención psicosocial*, 17(3), 307-319.
- Seguridad Social (2014). *Jubilación ordinaria: requisitos*. Recuperado el 13 de octubre de 2014 del enlace: http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Jubilacion/RegimenGeneral/Jubilacionordinaria/Requisitos/6156#6157

- Seligman, M. E. P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American psychologist*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N., y Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Seligman, M. E. P. (2008). Positive health. *Applied psychology: An international review*, 57, 3-18.
- Vázquez, C., Hervás, G., y Ho, S. M. Y. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología conductual*, 14(3), 401-432.
- Vázquez, C., y Hervás, G. (2008). Salud positiva: Del síntoma al bienestar. En C. Vázquez, y G. Hervás (Eds.). *Psicología positiva aplicada* (pp. 17-39). Bilbao: Desclee de Brower.
- 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.
- Vázquez, C. (2013). La psicología positiva y sus enemigos: una réplica en base a la evidencia científica. *Papeles del psicólogo*, 34(2), 91-115.
- Vecina, M. L. (2006). Emociones positivas. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 9-17.
- Vera, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 3-8.
- Vicente, M. P., y Galindo, M. P. (2014). Estadística para investigadores: Todo lo que siempre quiso saber (2^o edición). Curso online en Miriada X. Campus para la Excelencia Internacional: Universidad de Salamanca.
- Wilson, P. M., Mack, D. E., y Grattan, K. P. (2008). Understanding motivation for exercise: A self-determination theory perspective. *Canadian psychology*, 49(3), 250-256.

7. Anexos

7.1. Anexo I: Cuestionarios

a) Cuestionario de preferencias del usuario (modelo orientativo):

CUESTIONARIO DE PREFERENCIAS DEL USUARIO PARA EL PROGRAMA “VIVE LA VIDA”	
Datos personales de contacto:	
Nombre y apellidos:	
Dirección:	
Teléfono preferente de contacto:	
Cuenta de correo electrónico:	
Datos sociodemográficos	
Sexo:	
Edad:	
Estado civil (viudo/a, casado/a o pareja de hecho, soltero/a, divorciado/a-separado/a):	
Estudios (enseñanza básica, formación profesional, universitario, postgrado):	
Nº de hijos:	
Personas con las que convive (número y parentesco: hijo, cónyuge, cuidador, otro familiar, amigo...):	
Ingresos anuales:	
Actividades que <u>deseo</u> realizar:	
<i>Rodee con un círculo las actividades que desea realizar. Si no encuentra sus actividades preferidas en la lista, por favor, indíquelas en el apartado “Otros” en el área correspondiente.</i>	
<u>Deporte y naturaleza</u>	
Yoga	
Tai-chi	
Senderismo y paseos por la ciudad	
Ciclismo	
Aquagym	
Otros:	
<u>Actividades artísticas para estimular la creatividad:</u>	
Grupos de lectura	
Escritura creativa	
Pintura	
Visitas guiadas a museos	
Tertulias literarias	
Teatro	
Otros:	
<u>Cursos formativos:</u>	
Ciclos de conferencias	
Cursos de idiomas	
Cursos de cocina	
Cursos de informática para usuarios y TIC.	
Otros:	
<u>Viajes (Estos viajes estarán organizados por el IMSERSO):</u>	
Programa de termalismo	
Programa de turismo social para mayores	
Otros:	

Voluntariado, ayuda a jóvenes y labor social:

Seniors Españoles para la Cooperación Técnica (SECOT)
Voluntariado en ONGs, servicios sociales, educacionales y sanitarios, CONEX...
Participación en programas intergeneracionales (GYRO, Los mayores también cuentan...)(*)
Otros:

Actividades lúdicas

Juegos de sobremesa (dominó, cartas...)
Juegos al aire libre: petanca...
Otros:

Salud y nutrición:

Taller de vida saludable
Cómo prevenir el insomnio
Alimentación equilibrada a partir de los 65 años
Vacunación y fármacos en la tercera edad
Otros:

Crecimiento personal:

Entrenamiento en habilidades sociales
Taller de emociones positivas
Taller de esperanza y optimismo
Talleres para mejorar la autoeficacia percibida
Taller de Asertividad y resistencia a la presión social
Risoterapia
Mindfulness
Taller de resiliencia
Otros:

Grupos de autoayuda:

Grupo de apoyo en la viudedad
Grupo de apoyo para enfermedades crónicas (cáncer, etc)
Grupo de apoyo para afrontar la jubilación
Grupo de apoyo para afrontar los retos del envejecimiento
Grupo de apoyo para cuidadores
Otros:

Explique los motivos que le llevan a elegir las actividades anteriores:

Observaciones personales:

(*) Sánchez y Díaz (2005)

b) Encuesta de valoración del programa y de la experiencia del usuario:

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Para poder valorar su percepción de la experiencia en el programa “Vive la vida” le rogamos responda a las preguntas siguientes valorando cada punto según la escala que le indicamos a continuación:

1. Totalmente en desacuerdo
2. Bastante en desacuerdo
3. De acuerdo
4. Totalmente de acuerdo
- NC- No sabe qué contestar

Valoración global de la experiencia:	1	2	3	4	NC
La experiencia le ha resultado satisfactoria					
Recomendaría el programa “Vive la vida” a otras personas					
Las actividades le han parecido adecuadas a sus inquietudes y deseos					
Se ha sentido guiado y orientado a lo largo de todo el periodo del programa					
Considera que durante el programa ha mejorado su bienestar personal					
Valoración de los profesionales					
Ha recibido información adecuada en los puntos de información					
Los psicólogos le han atendido y orientado adecuadamente en los centros donde se imparten las actividades					
Los psicólogos le han dado un asesoramiento psicológico útil					
Los profesionales al cargo de las actividades le han parecido competentes					
En general los profesionales con los que ha tratado han sido agradables					
Valoración de las actividades					
Las actividades han satisfecho sus expectativas					
Le han resultado enriquecedoras y entretenidas					
Cree que han contribuido a mejorar su autoestima					
Cree que han contribuido a disminuir su nivel inicial de aislamiento social					
Observaciones personales: (Le rogamos que añada qué cree que podría ser útil para la mejora del programa “Vive la vida”.)					

7.2. Anexo II: Calendario de trabajo

Etapas i Tasques/ Activitats de seguiment (PACs)	Setembre		Octubre				Novembre				Desembre			Observacions/ Comentaris estudiants	Observacions/ Comentaris consultor
	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3		
0. Acordar conjuntament amb el consultor quina temàtica s'abordarà i la organització del procés de desenvolupament del TFG	17		1			S1 26/10				S2 23/11			MF 22/12	Les dates proposades indiquen el dia límit per finalitzar la tasca.	
1. Elecció del tema															
....1.1. Identificar un tema			1											S1	
... 1.2. Portar a terme una cerca documental sobre el tema escollit				15										S1	
....1.3. Establir objectius i plantejar hipòtesis de treball					18									S1	
2. Planificació del treball															
....2.1. Identificar els elements fonamentals del TFG						21								S1	
....2.2. Organitzar elements fonamentals del treball								5						S2	
....2.3. Temporalitzar les diferents fases del treball								1						S2	
3. Desenvolupament del treball															
....3.1. Seleccionar les fonts fonamentals per a la construcció del marc teòric de referència del TFG						21								S1	
....3.2. Integrar el coneixement per construir el marc teòric						23								S1	
....3.3. Recollir, analitzar i interpretar les dades obtingudes (només és aplicable en cas que es disposin o estigui previst recollir dades, i quan el projecte sigui empíric-aplicat i alhora que el temps disponible permeti recollir dades)														(S2) No és possible la implementació de la intervenció, Es tracta d'una proposta.	
....3.4. Expressar-se correctament amb domini del llenguatge del camp científic en català, castellà o en una tercera llengua											23			S2	
4. Lliurament de la memòria													22	Memòria final	
....4.1. Comunicar de forma correcta la informació													22	Memòria Final	

7.3. Anexo III: Fortalezas y virtudes

Classificació de les 6 virtuds i les 24 fortalezes de l'èxit i la felicitat (Peterson i Seligman, 2004, traduït per Muro, 2012)	
<p>1. Coneixement i sabiduria Fortalezes cognitives-mentals que s'obren a l'adquisició i us del coneixement i l'aprenentatge</p>	<p>1. Creativitat: Pensar de forma nova, alternativa i en maneres productives i diferents de fer les coses. 2. Curiositat i interès: explorar i conèixer les coses i les persones. 3. Obertura: explorar, obrir i analitzar els fenòmens des de tots els punts de vista possibles. 4. Estimar el coneixement: aprendre noves eines, temes i àrees de coneixement per al creixement personal vital. 5. Perspectiva: Ser capaç de donar bon consell als altres quan ens el demanen.</p>
<p>2. Coratge Fortalezes emocionals que inclouen l'exercici de la voluntat per a assolir objectius, afrontant obstacles interns o externs.</p>	<p>6. Autenticitat: Dir la veritat i presentar-se a un mateix de forma genuïna. 7. Valentia: Afrontrar i no ofegar-se davant les amenaces, desafiaments, dificultats o dolor. 8. Persistència: Acabar el què es comença, continuar els camins cap als objectius personals. 9. Entusiasme: Viure la vida amb energia i emoció.</p>
<p>3. Humanitat Fortalezes interpersonals que impliquen tenir cura i donar amistat als altres.</p>	<p>10. Amabilitat: fer favors i bones accions pels altres. 11. Amor: Valorar les relacions íntimes i la proximitat amb els altres. 12. Intel·ligència social: Estar alerta dels motius i sentiments dels altres i d'un mateix cap als altres.</p>
<p>4. Justícia Fortalezes cíviqes que sostenen una vida comunitària saludable</p>	<p>13. Imparcialitat: Tractar a tothom igual d'acord amb criteris bàsics d'objectivitat i justícia. 14. Lideratge: Organitzar activitats grupals per a dinamitzar la comunitat i veure què en surt. 15. Treball en equip: Treball adequadament com a membre d'un grup o equip.</p>
<p>5. Temprança Fortalezes de caràcter que protegeixen dels excessos.</p>	<p>16. Perdó: Perdonar aquells que s'han equivocat, perdonar a qui estimem, perdonar el nostre passat 17. Modèstia: Deixar que les pròpies virtuds i bones accions parlin per elles mateixes. 18. Prudència: Tenir cura de les pròpies decisions. Pensar bé les paraules o coses de les que més tard en podriem penedir. 19. Auto-control: Regular-se a un mateix, tant en el què pensa, com el que sent i fa.</p>

6. Trascendència

Fortaleses espirituals que forgen connexions amb la natura i donen significat a la pròpia vida.

20. **Apreciació de la bellesa i l'excel·lència:** Adonar-se de la bellesa i l'excel·lència en tots els dominis de la vida.

21. **Gratitud:** Estar alerta i agraït de les coses que ens passen i de les persones que tenim al voltant. Tenir present i agrair que de tot s'aprèn.

22. **Esperança:** Esperar el millor i treballar perquè succeixi.

23. **Humor:** Riure, fer broma i saber riure's de les situacions difícils i d'un mateix. Fer somriure als altres.

24. **Espiritualitat:** Tenir creences coherents sobre el nostre propòsit i significat vital. Buscar el sentit superior de les nostres accions

La versión original puede consultarse en Ruch, Proyer, Harzer, Park, y Seligman (2010).