

Centro Universitario
Cardenal Cisneros

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Aspectos sociales del envejecimiento cognitivo.
Propuesta de intervención psicosocial basada en las
viviendas colaborativas (*cohousing*).**

Laura Baño López

Director: Pablo Medrano Martínez

Máster en Psicología General Sanitaria
Centro Universitario Cardenal Cisneros
Universidad de Alcalá

Año 2020

Índice

Resumen.....	4
1. Introducción.....	5
2. Objetivos.....	6
2.1. Objetivos generales:	6
2.2. Objetivos específicos:	6
3. Marco teórico.	6
Método de búsqueda de información.....	6
3.1. Aspectos sociales del envejecimiento.	7
3.1.1. Teorías explicativas del envejecimiento.....	7
3.2. Envejecimiento cognitivo.....	8
3.2.1. Procesos cognitivos del envejecimiento normal.	9
3.2.2. Reserva cognitiva.	11
3.2.3. Factores de protección en el envejecimiento cognitivo.	12
3.3. Viviendas colaborativas (<i>cohousing</i>).	13
3.3.1. Características de las viviendas colaborativas.....	14
3.3.2. Modelo de las viviendas colaborativas.	14
3.3.3. Beneficios de las viviendas colaborativas.....	15
3.4. Justificación de la propuesta.	16
3.5. Programas.	17
4. Propuesta de intervención.	19
4.1. Presentación de la propuesta.....	19
4.2. Objetivos concretos que persigue la propuesta.....	19
4.3. Contexto en el que se aplica o podría aplicarse.....	20
4.4. Metodología.....	20
4.4.1. Participantes.....	20
4.4.2. Instrumentos y recursos.....	21
4.4.3. Procedimiento.	23
4.5. Actividades.....	25
BLOQUE 1:	27
4.5.1. Presentación del programa y normas del grupo.	27
4.5.2. Psicoeducación del envejecimiento.....	28
4.5.3. Entrenamiento cognitivo.....	29
4.5.4. Relaciones interpersonales.	31

4.5.5.	Desarrollo personal.....	34
	BLOQUE 2:	36
4.5.6.	Fomentar la autonomía y la toma de decisiones.....	36
4.5.7.	Participación social.	38
4.5.8.	Prevención de respuesta.....	40
4.6.	Cronograma de actividades.....	41
4.7.	Evaluación de la propuesta.	42
5.	Conclusiones.....	44
6.	Referencias.	45
7.	Anexos.....	54
	Anexo 1.....	54
	Anexo 2.....	55
	Anexo 3.....	56
	Anexo 4.....	58
	Anexo 5.....	58
	Anexo 6.....	59

Resumen.

Los adultos mayores de 65 años representan casi el 20% de la población total. Actualmente, aún están presentes algunos de los problemas que más influyen en el bienestar y calidad de vida en la vejez, como la soledad, el aislamiento o dificultad para involucrarse en nuevos proyectos. Así mismo, estos problemas repercuten en el envejecimiento cognitivo y en la autonomía del adulto mayor. Diversas investigaciones han demostrado que es posible optimizar los recursos cognitivos gracias a la plasticidad cerebral, mediante intervenciones psicosociales.

Es habitual recurrir a residencias convencionales para dar solución a estos problemas, por ello esta propuesta de intervención se basa en las características sociales de las viviendas colaborativas, tales como el apoyo mutuo, colaboración y cooperación, autonomía, autogestión y participación social, lo que favorece la confianza y seguridad necesarias para el adulto mayor. El objetivo de la propuesta es fomentar un estilo de vida comunitario y favorecer estas características, para mantener o retrasar el envejecimiento cognitivo de los adultos mayores en residencias convencionales.

Palabras clave: “viviendas colaborativas”, “cohousing”, “envejecimiento cognitivo”, “adultos mayores”.

Abstract.

The elderly over 65 years old represents almost 20% of the total population. Nowadays, are still present some of the problems that more interfere on the wellbeing and life quality in elderly, such as loneliness, isolation or difficulty to involve in new projects. Likewise, these problems affect cognitive aging and autonomy of the senior citizen. Different investigations have shown that is possible to optimize cognitive resources thanks to our brain plasticity, through psychosocial interventions.

Is usual to resort to conventional residences for the elderly in order to find a solution to our daily problems, therefore this design of intervention is based on collaborative homes social characteristics such as mutual support, collaboration and cooperation, autonomy, autogestion and social participation, increasing confidence and security necessary for the elderly. The aim of this proposal is to foment a community life style and favor these characteristics, to keep or delay cognitive ageing of elderly in a conventional nursing home.

Key words: “collaborative homes”, “cohousing”, “cognitive aging”, “senior citizen”.

1. Introducción.

En las últimas décadas, se está viviendo un considerable aumento de la población adulta mayor (AM) gracias al incremento en la esperanza de vida y un descenso de la natalidad (Organización Mundial de la Salud, 2015). Esta población ha aumentado su representación social, según el Instituto Nacional de Estadística (2019), las personas mayores de 65 años han pasado de representar el 5'2% en 1900, a un 19'4% en 2019 (Fundación BBVA, 2007). La previsión para el año 2050 es una representación del 29%, siendo el doble de la población infantil (Abellán y Pujol, 2015). De forma gráfica, representa una pirámide poblacional social invertida (Instituto de Política Familiar, 2019).

Estos datos demográficos se están viviendo como un problema por la repercusión que tiene sobre el sistema sanitario, económico, laboral y social (Herce, 2016). La percepción que tiene la población sobre el envejecimiento suele estar relacionada con deterioro, incapacidad, dependencia, demencia, aislamiento, etc. (Carbó, 2017). Pero principalmente, quienes lo viven como un problema son los AM, que sufren las consecuencias en todas sus áreas (Llamas, 2011), aunque no toda la población vive esta situación de tránsito y adaptación de una manera desagradable (Higuera, 2016).

Esta distinción se debe a que el envejecimiento es multicausal y se presenta de formas muy variadas (López, Hernández y García-Pérez, 2018). Aunque los AM son más susceptibles de sufrir patologías físicas y mentales debido a la fragilidad neurocognitiva, no existe una relación causal entre edad y estado general, sino que existen múltiples factores que influyen a lo largo de los años. Esta evidencia manifiesta que hay múltiples factores relacionados con el envejecimiento, susceptibles de ser modificados, y por tanto de mejorar la calidad de vida de una población que tiende a aumentar.

En el año 2002, la OMS aborda la problemática del envejecimiento y define una nueva perspectiva de futuro para el AM, el envejecimiento activo (EA) que promueve la salud, la participación y la seguridad (WHO, 2002). El objetivo del EA es mejorar la calidad de vida del AM mediante la optimización de un bienestar general, que incluya la salud física, mental y social, durante toda la vida (García, 2010). Este concepto pretende cambiar la consideración social que existe sobre el envejecimiento, así como mejorar la calidad de vida de los AM y su productividad. La OMS propone la década de 2020-2030 como "Década del Envejecimiento Saludable".

Pioneros en entender y abordar el envejecimiento de una forma más integradora son las viviendas colaborativas o *cohousing*. Tienen su origen en la demanda social en la década de 1970

en Dinamarca, desde donde se extienden rápidamente por Europa, EEUU y Canadá, hasta Asia y Australia. Las viviendas colaborativas parten de la idea de comunidad, donde además de disponer de una vivienda privada, comparten espacios y servicios comunes, organizan tareas y actividades autogestionadas que responden a los intereses y necesidades de los integrantes, y establecen redes de apoyo mutuo, todo ello basado en los principios de la colaboración (Serra y Mora, 2017).

De esta idea surgen las viviendas colaborativas para personas mayores, las *senior cohousing* enfocadas en la población AM.

2. Objetivos.

2.1. Objetivos generales:

Diseñar un programa de intervención psicosocial mediante el modelo de Atención Integral Centrado en la Persona, basado en las características comunitarias de las viviendas colaborativas, dirigido a personas mayores de 65 años.

2.2. Objetivos específicos:

- Conocer los procesos cognitivos del envejecimiento normal.
- Identificar los factores sociales asociados al envejecimiento cognitivo.
- Describir las características de las viviendas colaborativas y los beneficios que promueve sobre los AM.

3. Marco teórico.

Método de búsqueda de información.

Para justificar la propuesta mediante una revisión bibliográfica se han utilizado los siguientes descriptores: "envejecimiento cognitivo", "adultos mayores", "programas de intervención", "aspectos sociales", "viviendas colaborativas" y "*cohousing*".

La información se ha obtenido de distintas áreas, desde la psicología (psicogerontología, psicología social, neuropsicología, psicología cognitiva, psicología educativa), el trabajo social, medicina, etc. Las fuentes utilizadas para la búsqueda bibliográfica han sido: Pubmed, Google Scholar, Scopus, Psycinfo, Psycodoc, Bibliopsiquis, etc. Bases de datos como el INE, Teseo,

Dialnet, Google Books. Bibliotecas: Cisne (Universidad Complutense de Madrid), Alcalá (Universidad de Alcalá).

También se ha consultado la bibliografía de distintos artículos encontrados durante la búsqueda de información.

Los criterios de inclusión han sido la relación y utilidad del contenido con la propuesta, mayoritariamente artículos posteriores al año 2000, preferiblemente a partir de 2010, y artículos redactados en español o en inglés.

Los criterios de exclusión han sido la fecha de publicación de la referencia procurando que en su mayoría fuera posteriores al 2010, en algunos casos la procedencia del artículo ya que puede haber diferencias socio-culturales significativas.

3.1. Aspectos sociales del envejecimiento.

El envejecimiento es un fenómeno natural, influenciado por factores personales, cognitivos, sociales, culturales, económicos, políticos, etc., que ha evolucionado con los años. De ser considerado un proceso que refleja sabiduría y experiencia, a deterioro y enfermedad, desde la divinidad a la debilidad (Durán, 2013). En la sociedad actual se entiende como declive, agotamiento, decrepitud o caducidad, términos que hacen referencia a la pérdida de capacidad, mostrando una visión sesgada.

La investigación científica sobre envejecimiento, gerontología y geriatría, pretende aclarar y aportar veracidad al este fenómeno desde distintos enfoques, entre ellos la psicogerontología que busca conocer el envejecimiento desde los procesos psicológicos.

3.1.1. Teorías explicativas del envejecimiento.

A partir de los años 70, se reconoce la influencia de factores psicológicos, sociales y culturales en el envejecimiento, y su interrelación, desarrollando teorías explicativas desde la psicología social.

La teoría de la desvinculación señala el envejecimiento como un periodo que afecta a la relación entre el individuo, las vivencias subjetivas personales y la sociedad (Cumming y Henry, 1971, citado por Aguerre, Bouffard y Curcio, 2008). Manifiesta la reducción de roles activos y relaciones significativas, centrando la satisfacción del AM en el pasado. Como resultado, acepta la impotencia, las limitaciones, y se va desplazando de la sociedad, así como la sociedad libera

al AM de su participación. Esta teoría suscitó mucha polémica por considerar que no representaba de forma universal a la población AM (Belando, 2006).

Como continuación, la teoría de la desvinculación – vinculación selectiva (Belando, 2006) incluye la desvinculación entre individuo y sociedad, aportando que la reducción de algunos roles puede suponer el incremento en otros.

La teoría de la actividad propone que el AM busca comprometerse con roles activos más adecuados a sus capacidades, siendo la sociedad quien excluye su participación. Establece la correlación entre una vida activa y satisfacción personal (Williamson, 2002, citado por Aguerre, Bouffard y Curcio, 2008).

La teoría de los roles refleja el envejecimiento como la pérdida progresiva de roles sociales a nivel laboral, social, familiar, en el ocio, etc. Asigna al AM la adaptación a nuevos roles acordes a la edad y situación (Rosow, 1974, citado por Aguerre, Bouffard y Curcio, 2008).

La teoría de la continuidad se enfoca en la trayectoria de vida como un proceso, condicionado por acciones y experiencias, pasadas y presentes. Esta continuidad se representa de forma multifactorial, influenciada por factores intrínsecos y extrínsecos. Limita la vida como un proceso individual de envejecimiento (Bazo, 1900, citado por Belando, 2006).

Estas teorías psicosociales del envejecimiento tienen en común la relación que mantiene el individuo con la sociedad, la influencia bidireccional y sus consecuencias. Otras teorías sobre el envejecimiento destacan las necesidades psicológicas individuales como la teoría de la autodeterminación (Ryan y Deci, 2000) que propone potenciar las características internas para el desarrollo personal y la regulación conductual. Destaca tres necesidades psicológicas esenciales: la competencia personal, relaciones sociales y la autonomía, siendo necesarias para la satisfacción y el crecimiento personal.

3.2. Envejecimiento cognitivo.

La neuropsicología del envejecimiento estudia los procesos psicológicos complejos y los cambios a nivel cerebral. El objetivo es conocer los mecanismos neurales y procesos psicológicos afectados por el envejecimiento y el desarrollo de estrategias e intervenciones dirigidas a mejorar los recursos cognitivos (Grandi y Ustárroz, 2017).

En función de cómo se desarrolla el envejecimiento, si sigue un curso natural ausente de enfermedades significativas o si presenta enfermedades neurodegenerativas y mayor deterioro

al esperable, se diferencia entre el envejecimiento normal o patológico. En el presente trabajo el objetivo de estudio será el envejecimiento cognitivo normal.

3.2.1. Procesos cognitivos del envejecimiento normal.

Dado que los procesos cognitivos funcionan de forma integrada, es habitual encontrar que la alteración de uno, pueda tener relación con la afectación de otro o más procesos, así como la influencia por diversos factores y hábitos biológicos, funcionales y sociales.

A continuación se desarrollan los aspectos neuropsicológicos más destacados en el envejecimiento cognitivo normal (Correia, 2012):

Velocidad de procesamiento.

En el envejecimiento cognitivo normal se observa un enlentecimiento en el procesamiento de la información de forma generalizada. Esta alteración tiene relación con dificultades encontradas en otros procesos cognitivos como la memoria, funciones ejecutivas y procesos atencionales (Añari, Vásquez y Ortiz, 2011).

Memoria.

El déficit de memoria en actividades de la vida diaria (AVD) es una de las quejas cognitivas más frecuentes en la población AM (Bataller y Mora, 2006). La memoria es una capacidad compleja que engloba el funcionamiento de todos los procesos cognitivos, ya que se refiere a la capacidad de mantener y almacenar información basada en experiencias aprendidas, y su posterior utilización (Casanova-Sotolongo, Casanova-Carrillo y Casanova-Carrillo, 2004).

En el envejecimiento cognitivo normal, uno de los principales procesos de memoria que se ven afectada es la memoria a corto plazo, ya que requiere mantener información almacenada de forma activa y su procesamiento simultáneo, relacionado con el enlentecimiento de las funciones (Palacios y Morales, 2011). También se ve afectada la memoria a largo plazo, como capacidad de almacenamiento y recuperación de información del aprendizaje, habilidades y capacidades (Fernández-Ballesteros, 2004). Los dos tipos de memoria muestran mejores resultados con tareas familiares que no exigen una alta demanda atencional, flexibilidad mental y procesos de reorganización (Vega y Bueno, 1996, citado por Bataller y Moral, 2006). Así, muestran mejores resultados en tareas de recuerdos con claves y reconocimiento que en tareas de recuerdo libre.

A nivel de contenido, en el envejecimiento cognitivo se ve afectada la memoria episódica, que requiere la evocación consciente e intencionada de recuerdos de la experiencia personal,

estrechamente relacionados a un tiempo y lugar, lo que supone un mayor esfuerzo de procesamiento (Loubon y Franco, 2010).

Funciones sensoriales.

Las funciones sensoriales permiten el reconocimiento, interpretación y manipulación de la información sensorial. En el envejecimiento cognitivo normal parecen verse afectadas las funciones visoespaciales debido a dificultades en la orientación y navegación (Iachini et al., 2009, citado por Correia, 2012), y las funciones visoconstructivas, debido a que se encarga de funciones más complejas de coordinación e integración de la información sensorial con las destrezas motoras. Las funciones sensoriales están muy relacionadas con funciones ejecutivas (Jefferson et al., 2006, citado por Correia, 2012).

Lenguaje.

Es evidente que el lenguaje como proceso cognitivo es una habilidad fundamental para el ser humano. Es un proceso muy relacionado con distintas funciones que subyacen al lenguaje, además del valor personal y social en las relaciones sociales (Véliz, Riffo y Arancibia, 2010).

En el envejecimiento cognitivo normal, hay procesos lingüísticos que se mantienen, como los procesos ortográficos y fonético-fonológicos, incluso pueden incrementarse, como el léxico semántico (Labos, Del Río y Zabala, 2009). Se han encontrado dificultades en los procesos de acceso y recuperación, así como en la producción, lo que da lugar al efecto “punta de la lengua”, muy presente en población AM. En la comprensión de oraciones complejas se han encontrado dificultades (López, Rubio, Prados y Galindo, 2013), muy relacionado con las dificultades encontradas en el discurso narrativo y fluidez verbal (Salazar, 2007, citado por Sánchez, González, Jimeno y Mendizábal, 2019).

Muchos autores coinciden en que las dificultades del lenguaje se deben a problemas en otros procesos cognitivos como el atencional, de memoria, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas (Sánchez, González, Jimeno y Mendizábal, 2019).

Atención.

Es un proceso cognitivo de control que tiene la capacidad de orientar, seleccionar, discriminar y mantener un estímulo demandado para una operación. Está altamente relacionada con los demás procesos cognitivos, ya que de la atención depende la activación de los otros (Sosa, 2016).

La atención se ve afectada en el envejecimiento cognitivo normal, desde distintos subsistemas. La capacidad de alerta, influenciada por las funciones sensoriales (Correia, 2012), hasta procesos más complejos como la atención selectiva, siendo una capacidad que muestra una afectación variable, aunque parece haber evidencia de la afectación en el componente inhibitorio de la atención selectiva (Kramer y Madde, 2008, citado por Correia, 2012). También la capacidad de mantener la atención en el tiempo, la atención sostenida, íntimamente relacionada con la motivación, se ve afectada cuando se trata de tareas de larga duración (Navarro, Gutiérrez, Curz, Alvarado y Funes, 2018). Por último, la atención dividida y alternante, muestra dificultades en el rendimiento de tareas simultáneas en AM (Correia, 2012).

Funciones ejecutivas.

Se entienden como un centro de coordinación de las funciones cognitivas dirigido a la planificación, ejecución, adaptación y organización orientado a tareas complejas (Binotti, Spina, Barrera y Danolo, 2009). Las funciones ejecutivas están presentes en el control emocional y la conducta social (Lapuente y Navarro, 1998).

Las destrezas que subyacen a las funciones ejecutivas son el establecimiento de metas, planificación, solución de problemas, flexibilidad cognitiva, procesamiento inhibitorio, fluidez verbal y regulación del comportamiento (Cock, Matute y Jurado, 2008).

En el envejecimiento cognitivo normal se han observado una rigidez mental excesiva, dificultad en la toma de decisiones, en el establecimiento de metas y planificación, y afectación en el control inhibitorio. Estos cambios están relacionados con el enlentecimiento del procesamiento, dificultades en memoria a corto plazo y procesos de recuperación de la memoria, problemas en la atención dividida y la inhibición de la atención selectiva (Herreras, 2007).

3.2.2. Reserva cognitiva.

Es un constructo que se refiere a la capacidad cerebral de reorganización para reestablecer el funcionamiento mental y facilitar la adaptación al medio (Ballesteros et al., 2016). Facilita el establecimiento de nuevas redes neurales, incluso en avanzada edad, y favorece el mantenimiento y optimización del funcionamiento cognitivo, así como compensar o retrasar alteraciones del envejecimiento cognitivo normal o tras daño cerebral (Binotti, Spina, Barrera y Danolo, 2009).

La reserva cognitiva es posible debido a la neuroplasticidad, siendo una habilidad cerebral que permite realizar cambios neurales en función de las demandas ambientales o experiencias.

Se entiende como la flexibilidad neural, capacidad de modificación y adaptación al contexto (Ballesteros et al., 2016).

Esta capacidad explica la diversidad funcional en AM, y rompe con el modelo lineal de envejecimiento basado en el declive cognitivo asociado a la edad (Muiños, 2014). Demuestra la capacidad del AM de seguir aprendiendo mediante la adaptación y compensación de sus funciones.

3.2.3. Factores de protección en el envejecimiento cognitivo.

Existen diversos factores presentes a lo largo de la vida de una persona que influirán en la calidad de vida del AM, al reducir o retrasar la aparición de enfermedades neuropatológicas. Son factores genéticos y biológicos, en interacción con factores contextuales y ambientales (Ballesteros et al., 2016):

- Educación.
- Ocupación y desempeño laboral.
- Nivel intelectual.
- Actividades sociales y de ocio.
- Actividad cognitiva.
- Actividad física.
- Relaciones sociales.

Como muestran distintas investigaciones, estos factores son predictores de un mejor envejecimiento cognitivo, ya que facilitan la estimulación de distintos procesos cognitivos. La educación mejora los procesos lingüísticos de denominación, comprensión y vocabulario (López-Higes et al, 2013, citado por Sánchez, González, Jimeno y Mendizábal, 2019), la actividad intelectual los procesos de memoria y velocidad de procesamiento (Wilson et al., 2005, citado por Ballesteros, 2016), la exposición a actividad social y de ocio favorece la memoria, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas (Ballesteros, 2016), y en relación a la actividad física, supone una mejora de la velocidad de procesamiento y el funcionamiento cognitivo general (Lautenschlager, 2008, citado por Ballesteros, 2016).

Destacan las actividades sociales y de ocio de carácter intelectual, como la lectura, participación cultural, participación en organizaciones, viajar, etc., como uno de los mejores predictores en rendimiento cognitivo, por delante del nivel educativo (Reed et al., 2011, citado por Ballesteros, 2016). La integración social, compromiso social y el mantenimiento de

relaciones sociales actuarán como factores de protección en el envejecimiento cognitivo (Zunzunegui et al., 2013 citado por Ballesteros, 2016).

Muchos de estos factores son susceptibles de cambio al tratarse de factores contextuales y ambientales, por lo que el estilo de vida y las propias acciones del individuo serán determinantes en el envejecimiento, incluso en edades avanzadas. Por lo que, dirigir los programas de intervención a potenciar estos factores favorecerá la calidad de vida del AM (Ballesteros et al., 2016).

Algunos programas de intervención tienen el objetivo mejorar la calidad de vida del AM y el funcionamiento cognitivo general, mediante estrategias de carácter social y personal (Mogollón-González, 2014).

3.3. Viviendas colaborativas (*cohousing*).

Las viviendas colaborativas surgen de la necesidad de fomentar el estilo de vida comunitario. Nace de la autogestión y destaca la participación de los individuos como agentes de cambio, fomenta estructuras organizativas de cooperación y colaboración, basado en la solidaridad, la interdependencia y las redes de apoyo mutuo (López, Hernández y García-Pérez, 2018). Promueve el compromiso social, la creación de proyectos y retos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida (Del Monte, 2017).

Cada cooperativa vecinal establece su estilo de vida comunitario, fomentando el envejecimiento como etapa vital con posibilidades y productividad. El *senior cohousing*, de carácter enriquecedor y participativo, vence el aislamiento social y sentimiento de soledad, el aburrimiento, la improductividad y sentimiento de inutilidad que muchos AM sufren en otros contextos (López, Hernández y García-Pérez, 2018). Además, promueve el modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (AICP) que tiene como objetivo atender y cubrir los cuidados y necesidades, mediante el fomento de la dignidad y autonomía, autodeterminación y participación del AM (Rodríguez, 2013).

El término *cohousing* hace referencia a la estructura con diseño intencional, mientras que vivienda colaborativa fomenta el mutualismo y colaboración (Mogollón y Fernández, 2016), aunque en términos generales, ambos términos se usan de forma indiscriminada.

3.3.1. Características de las viviendas colaborativas.

Las viviendas colaborativas son espacios que comienzan desde el diseño de vivienda de forma autogestionada por el propio grupo de residentes. Mediante la participación, gestionan los sistemas de organización, normas de funcionamiento hasta la gestión de la vida comunitaria durante la cual, desarrollan una visión compartida e identidad colectiva (Fernández-Cubero, 2015). Tal y como definen McCamant y Durrett (2009), citado por Mogollón y Fernández (2016), la estructura de las viviendas colaborativas tienen cuatro pilares: el proceso participativo, el diseño de comunidad intencional, equipamientos y servicios, y la gestión y soberanía vecinal.

Hellen Jarvis (2015), citado por Mogollón y Fernández (2016), diferencia entre infraestructura dura, referida a las cualidades materiales, y la infraestructura blanda, referida a la estructura social interna de colectividad, donde surgen las relaciones interpersonales, el apoyo mutuo, proyectos comunes, y ésta se compone de dos fenómenos: compartir y el mutualismo.

Ahrentzen (1996), citado por Fernández-Cubero (2015) identifica tres tipos de compartir que se relacionan con la colaboración. El primero se refiere al espacio físico común, que promueve encuentros habituales, que sería la co-presencia. El segundo es la ética de valores comunes, cuidados y apoyo mutuo, vejez activa, conciencia y compromiso social, etc., siendo la afiliación, que además fomenta la creación de identidad de grupo. El último el cometido, que pone en común el espacio físico con los valores de cuidado, dando sentido y significado.

La vivienda colaborativa, propone un enfoque “cuatro en uno” para dar forma a la infraestructura blanda. Sus componentes son: la intención, las relaciones interpersonales, la gobernanza compartida y el trabajo colectivo (Mogollón y Fernández, 2016). La intención compartida es fundamentales en un proyecto común proporcionando consistencia al grupo. Las relaciones interpersonales saludables y significativas, basadas en los cuidados y el apoyo, implican la participación, permiten la consolidación del grupo y favorece la solución de conflictos y la comunicación. La gobernanza compartida representa la organización interna y distribución de poderes. Y el trabajo colectivo como medio de cooperación y colaboración.

Como resultado de la infraestructura blanda, basada en la solidaridad y reciprocidad de los cuidados, ofrece protección y seguridad (Del Monte, 2017).

3.3.2. Modelo de las viviendas colaborativas.

El modelo de referencia en las viviendas colaborativas es un enfoque interdisciplinar de Atención Integral Centrada en la Persona (AICP), adaptado a distintos grados de dependencia, que tiene como objetivo el bienestar y calidad de vida del AM. Es un modelo que cubre el ámbito

sanitario-fisiológico, psicológico, social y ambiental. Centrado en la persona porque ofrece una visión personalizada para fomentar la autonomía y dignidad, respetando los derechos de la persona y por el entorno físico y social, fomenta que sea significativo y positivo (Rodríguez, 2013). Este modelo requiere de la implicación de la persona, comunidad, profesionales y familias, teniendo efectos en todas ellas.

Pilar Rodríguez (2010) resume en siete los principios interrelacionados que sustentan el modelo AICP. El primero es la autonomía, como capacidad de mantener el control de su propia vida y la toma de decisiones, respeta y pone en valor la dignidad. El segundo, la participación en la comunidad como un derecho, independientemente del grado de dependencia. En tercer lugar la integralidad, una visión global desde aspectos personales, sanitarios, sociales, psicológicos, sociales y ambientales. En cuarto lugar, la individualidad de cada persona como seres únicos con necesidades específicas. En quinto la inclusión social, fundamental en la vida comunitaria donde cada individuo forma parte de forma activa. Independencia en sexto lugar, respeta la vida y actividades de la persona. Por último la continuidad en la atención, pudiendo realizar ajustes cuando sea necesario, adaptándose a los diferentes momentos y circunstancias de cada individuo.

Para la persona, crea una red de cuidados basada en la atención personalizada respetando sus valores y preferencias, gestión de la vida cotidiana al otorgarle un rol activo. El centro de atención es la persona, su dignidad, bienestar, sus derechos y decisiones (Martínez-Rodríguez, 2016).

3.3.3. Beneficios de las viviendas colaborativas.

Existe evidencia empírica en cuando a los beneficios de las viviendas colaborativas. A nivel individual, favorece las relaciones sociales y el sentimiento de comunidad, genera redes de apoyo mutuo, social y emocional, genera espacios de aprendizaje, conocimiento y desarrollo mediante la participación, fortalecimiento de valores y la autonomía dentro de una comunidad, lo que proporciona seguridad y estabilidad (Lezaun, 2020).

Especialmente destaca el apoyo mutuo y la cohesión, lo que correlaciona con un clima familiar de apoyo emocional y social. Los resultados de un estudio longitudinales mostraron que el sentimiento de comunidad y los valores compartidos son un factor de protección frente a la morbilidad (Wolf y Bruhn, 1998, citado por Del Monte, 2017). Define el sentimiento de comunidad como interdependencia reconocida al formar parte de un conjunto de personas, generando estabilidad y confianza.

La participación social correlaciona con el sentimiento de comunidad y apoyo social, fomenta la resiliencia, el bienestar y el compromiso social, fundamental en AM vulnerables al aislamiento. A su vez, la participación correlaciona con mayor toma de decisiones, control personal, activación física y cognitiva, lo que proporciona mayor autonomía y autodeterminación (Del Monte, 2017).

Alguno de los factores más influyentes del bienestar social, presentes en las viviendas colaborativas son la adaptación social, apoyo social, contribución, actualización social y coherencia social. Otros indicadores de calidad de vida son la inclusión social, la autodeterminación y autonomía, el bienestar físico, apoyo social y emocional, y el respeto por la dignidad y los derechos (Serra y Mora, 2017).

Las *senior cohousing* establecen un modo alternativo de vivienda que influye en el entorno comunitario y la transformación social, mediante la participación e integración social lo que establece nuevas relaciones y rompe con estereotipos (Lezaun, 2020).

3.4. Justificación de la propuesta.

Distintas investigaciones muestran la necesidad de intervenir en los sistemas asistenciales actuales. Aunque la documentación es escasa, refleja una visión importante de considerar. Un estudio sobre bienestar psicológico en la vejez, compara dos poblaciones de AM en residencias y hogares particulares. Los resultados indican que las personas que viven en el hogar particular presentan mayor bienestar psicológico que aquellos que viven en residencias (Calcaterra, 2015). Otra investigación con AM institucionalizados, compara la prevalencia de deterioro cognitivo en los mayores de la residencia con población general anciana. Los resultados muestran un 27% de prevalencia de deterioro cognitivo en la residencia frente al 15-20% en población general anciana que no vive en residencias (Vallejo y Rodríguez, 2010).

Rojas, et al., (2006), habla del síndrome específico de institucionalización. Este estudio compara dos puntuaciones en autonomía y deterioro en AM institucionalizados, al ingreso y tras año y medio de residencia. Los resultados muestran un descenso significativo en autonomía y mayor deterioro, poniendo de manifiesto el síndrome específico de institucionalización, que consiste en una disminución de la capacidad cognitiva, mayor sintomatología apática y disminución de la autoestima.

Otro estudio en residencias de la Comunidad de Madrid, (Damián, Valderrama-Gama, Rodríguez Artalejo y Martín-Moreno, 2004) analiza el estado de salud y capacidad funcional y

cognitiva de los residentes. El 44% presentaba algún grado de deterioro cognitivo y un 31% sintomatología depresiva. Según refieren los autores, en comparación con datos de residencias europeas son favorables. En conclusión, cerca de la mitad de los residentes mostraban deterioro cognitivo y 1/3 síntomas de depresión.

Los resultados de las investigaciones manifiestan la necesidad de desarrollar nuevos marcos asistenciales que se centren en el bienestar social y personal del AM.

Esta propuesta va dirigida a AM de residencias convencionales, mediante la aplicación de una intervención psicosocial que tiene como objetivo mejorar el funcionamiento cognitivo y la calidad de vida de los AM, fomentando las características de las viviendas colaborativas.

3.5. Programas.

Con el objetivo de mejorar el bienestar y calidad de vida de los AM se han desarrollado múltiples programas destinados a ello. La propuesta de intervención psicosocial basada en características de las viviendas colaborativas que se propone en este TFM, se ha desarrollado principalmente a partir de la revisión de los programas que se exponen en la Tabla 1:

Tabla 1.

Resumen de los Programas de Envejecimiento Activo, Comunitario y Cognitivo.

Programa	Título	En qué consiste
Envejecimiento activo	Vivir con vitalidad (Fernández-Ballesteros, Caprara y García, 2004).	Promueve la salud física, cognitiva, emocional y la participación.
	Vivir en positivo (Obra Social la Caixa, 2016).	Pretende desarrollar una visión positiva hacia el futuro y bienestar personal, a través del desarrollo personal y emocional.
	Programa de Envejecimiento Activo y Saludable (Centro de	Retrasar la discapacidad y dependencia mediante la

	Prevención del Deterioro salud física, personal y Cognitivo, 2018).	mental.
Envejecimiento comunitario.	Rompiendo distancias (Gobierno del Principado de Asturias, 2011).	Promueve la participación e integración comunitaria mediante la atención a la dependencia y el compromiso social.
	Ciudades y Comunidades Amigables con Personas Mayores (Instituto de mayores y Servicios Sociales, 2013).	Desarrollo de entornos que favorezcan la integración y participación social, la toma de decisiones, empoderamiento y autonomía.
Envejecimiento cognitivo	Estimulación y mantenimiento cognitivo (Maroto-Serrano, 2006).	Estrategias de estimulación cognitiva, entrenamiento y mantenimiento de la memoria.

Para el diseño de esta propuesta, también se han tenido en cuenta los siguientes **proyectos comunitarios** que se establecen como viviendas colaborativas:

Trabensol es un centro social de convivencia que fomenta características del *cohousing* como el apoyo mutuo, autonomía e independencia, participación e integración en el contexto residencial comunitario.

El Proyecto Convivir es una cooperativa vecinal que promueve el la convivencia comunitaria, comparte proyectos sociales y la construcción personal y social de los residentes.

El centro Profuturo es un complejo residencial y asistencial de *cohousing* que busca mejorar la vida de sus residentes mediante la autonomía, libertad y desarrollo personal con una atención integral centrada en la persona.

4. Propuesta de intervención.

4.1. Presentación de la propuesta.

Las últimas líneas de intervención en el envejecimiento saludable y con éxito comprenden la salud de forma global, desde la valoración subjetiva de satisfacción con la vida que implica el afecto positivo, actividad y productividad social (Fernández-Ballesteros, et al., 2010).

Las viviendas colaborativas son modelos residencias alternativos que promueven un estilo de vida comunitario, de colaboración, apoyo mutuo y participación, siguiendo el modelo de Atención Integral Centrada en la Persona. Los residentes de viviendas colaborativas muestran resultados positivos en el área social y emocional, autonomía, participación, que correlacionan con mayor activación física y cognitiva, siendo estos factores de protección en el envejecimiento saludable.

Esta propuesta de intervención psicosocial pretende integrar las características de las viviendas colaborativas: apoyo mutuo, colaboración, autonomía y participación, con el objetivo de mejorar el bienestar y la calidad de vida personal y social del AM.

4.2. Objetivos concretos que persigue la propuesta.

Objetivos generales:

- Fomentar el desarrollo de aspectos sociales de las viviendas colaborativas en residencias.
- Mejorar el funcionamiento cognitivo general.
- Mejorar el bienestar y la calidad de vida.

Objetivos específicos sociales:

- Promover la cohesión de grupo, el establecimiento de una red de apoyo y colaboración.
- Psicoeducación del envejecimiento y promoción del envejecimiento saludable.
- Mejorar las relaciones interpersonales y las habilidades sociales y de comunicación.
- Fortalecer el desarrollo personal, fortalezas psicológicas y habilidades de solución de conflictos.
- Fomentar la autonomía, autogestión y autodeterminación.
- Promover el compromiso y competencia personal y social.

Objetivos específicos cognitivos:

- Mejorar la orientación espacio-temporal.
- Psicoeducación del envejecimiento cognitivo y promoción de la salud cognitiva.
- Entrenamiento de la memoria y dotar de estrategias para su mantenimiento.
- Estimular el lenguaje a través de las relaciones interpersonales.
- Mejorar la velocidad de procesamiento mediante la activación física.
- Mejorar las funciones ejecutivas mediante ejercicios de solución de problemas, toma de decisiones y participación.

4.3. Contexto en el que se aplica o podría aplicarse.

El programa de intervención psicosocial está dirigido al contexto residencial. Para su desarrollo, se considerará una residencia que sus características e infraestructura dura sean compatibles con el programa. Como referencia, se toma la Residencia de la Tercera Edad Río salud de Las Rozas, ubicada al noroeste de la Comunidad de Madrid. Se trata de una residencia de tipo privado. Consta de instalaciones comunes y privadas, espacios exteriores, biblioteca y comedor común, habitaciones con utensilios básicos de cocina y baño privado. Está en una ubicación que dispone de restaurantes, centros educativos y otros comercios de vida local. Además, está situada cerca del Embalse del Río Guadarrama, destaca por su riqueza natural como la Presa de El Gasco o el Embalse de Valmayor. Disponible transporte público desde Madrid-Moncloa y San Lorenzo de El Escorial.

4.4. Metodología.

4.4.1. Participantes.

Esta propuesta está diseñada para intervenir con población mayor de 65 años que vive en residencias convencionales. Los participantes se seleccionarán de la muestra de residentes que quieran participar de forma voluntaria, y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión hasta formar dos grupos n=8.

Las actividades se desarrollarán de forma grupal. Las sesiones y objetivos se adaptarán a las necesidades y experiencias de sus integrantes.

Criterios de inclusión:

- Funcionamiento cognitivo normal o deterioro cognitivo leve.
- Ausencia de trastornos del estado del ánimo o clínicos, o sintomatología leve.

- Funcionalidad independiente o dependiente leve.

Criterios de exclusión:

- Presencia de deterioro cognitivo moderado o grave, puntuaciones por debajo de 22 en el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) e inferiores al percentil 20 en el test de los 7 minutos.
- Presencia de trastornos del estado del ánimo o clínicos, graves o moderados, con una puntuación mayor a 9 en la Escala de Depresión Geriátrica (GDS).
- Personas totalmente dependientes o sin movilidad, con una puntuación por debajo de 60 en el Índice de Barthel y de 10 en el Cuestionario VIDA.
- Alteraciones sensoriales auditivas o visuales incapacitantes.

4.4.2. Instrumentos y recursos.

Se utilizarán pruebas que evalúen el funcionamiento cognitivo general, actividad funcional, estado de ánimo y calidad de vida, además de una entrevista personal no estructurada. La duración será aproximadamente de una hora, pudiendo dividirse en dos partes para evitar la fatiga de los participantes.

La **entrevista personal** no estructurada consiste en recoger información sobre distintas áreas personal y la experiencia subjetiva en la residencia, con el objetivo de identificar necesidades específicas y valorar posibles alteraciones sensoriales. La entrevista tendrá una duración de 15-20 minutos.

Para la evaluación cognitiva se aplicará el **Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)** como herramienta de cribado para el deterioro cognitivo, y el **test de los 7 minutos** para establecer una evaluación más completa de las capacidades cognitivas.

El MEC (Lobo et al., 1979), consta de 30 ítems y explora cinco áreas cognitivas. Una puntuación de 22-26 indica deterioro cognitivo leve y entre 27-30 ausencia de deterioro. Tiempo de aplicación de 10-15 minutos.

El test de los 7 minutos (Del Ser, Sánchez y Yebenes, 2004) es una batería pruebas diagnósticas que evalúa orientación, lenguaje, fluidez verbal, memoria libre y con claves, funciones ejecutivas, cálculo, praxias y funciones sensoriales. Puntuaciones por debajo del percentil 20 es indicador de demencia. Tiempo de aplicación de 10 minutos.

Se incluye un cuestionario de evaluación de la memoria subjetiva, mediante el “**Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana (MFE)**”, diseñado por Sunderland et al. (1984). Consta de 28 ítems, con opción de respuesta de 0 a 2.

La evaluación funcional se realizará mediante la valoración de Actividades Básicas de la Vida Diaria, con el **índice de Barthel (IB)**, y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, con el **Cuestionario de Vida Diaria del Anciano (VIDA)**.

El IB (Mahoney y Barthel, 1965) evalúa el nivel de dependencia/independencia a través de 10 áreas. El rango de puntuaciones es de 0 – 100, estableciendo el punto de corte en 60 o más, como indicador de independencia. Tiempo de aplicación de 10-12 minutos.

El Cuestionario VIDA (Lesende et al., 2012) valora la autonomía e independencia del AM. Evalúa 10 áreas entre las que incluye Actividades Avanzadas de la Vida Diaria como el transporte, activación física, relaciones sociales, toma de decisiones y planificación. El rango de puntuaciones varía entre 10-38, donde el 10 indica dependencia total. Tiempo de aplicación de 4 minutos.

Para evaluar el estado de ánimo se utilizará **Escala de Depresión Geriátrica (GDS)** (Aguado et al., 2000). Herramienta de cribado que consta de 15 ítems. Puntuaciones por encima de 9 es indicativo de síntomas depresivos. Tiempo de aplicación entre 5-7 minutos.

Por último, la evaluación de la calidad de vida mediante la **Escala FUMAT** (Verduro, Gómez y Arias, 2009), es una evaluación integral objetiva de indicadores de calidad de vida como el bienestar físico y emocional, desarrollo personal, relaciones interpersonales, autodeterminación e inclusión social. Tiempo de aplicación de 10 minutos.

Recursos humanos.

La implantación del programa será realizada por el equipo de dos psicólogas, con conocimiento y experiencia previa en envejecimiento social y cognitivo. Ambas psicólogas realizarán las mismas funciones en las distintas fases del programa: evaluación e intervención.

Por otro lado, esta propuesta requiere la colaboración de los recursos humanos de la residencia, los profesionales con un contacto más directo hacia los participantes (auxiliares de enfermería o geriatría, terapeutas ocupacionales, médicos y dirección), con la función de establecer vías de comunicación bidireccional para facilitar la accesibilidad, flexibilidad y apoyo.

Recursos materiales e infraestructura.

Los materiales requeridos para las sesiones corresponden con los objetivos propuestos en cada una. De carácter general, se requerirá:

- Una sala donde puedan tener lugar las sesiones de forma continua. Preferiblemente con pocos elementos distractores.
- Mobiliario adecuados para los participantes.

4.4.3. Procedimiento.

El desarrollo del programa se realiza desde un abordaje funcional que integre las capacidades y necesidades de los participantes, para facilitar la adaptación y desenvolvimiento exitoso en el entorno. La metodología de trabajo será activa, mediante la aplicación de dinámicas e intervenciones prácticas, interactivas y reflexivas, para facilitar la interiorización y el aprendizaje. Para mejorar la eficacia y adquisición de las competencias, se empleará el reforzamiento, reconocimiento hacia los participantes, el modelado y simplificación de las tareas. Estas pautas actuarán como guía en el desarrollo de la propuesta.

La estructura del programa consta de dos bloques:

El primer bloque está diseñado para intervenir en el área personal, físico, psicológico, emocional y social de los participantes. Estas sesiones pretenden enriquecer y fomentar un estilo de vida activo y comunitario, y dotar a los participantes de recursos para afrontar de forma eficaz los objetivos del bloque 2.

El segundo bloque involucra a los participantes en la toma de decisiones de la residencia y el desarrollo autogestionado de la participación. Requiere de la implicación activa de los residentes, desde la autonomía, autodeterminación y el compromiso social. Este bloque se desarrolla en colaboración con los recursos humanos de la residencia.

Los objetivos que persigue cada bloque se muestran en la Tabla 2:

Tabla 2.

Objetivos Específicos por Bloque.

Bloques	Objetivos
Bloque 1	<ul style="list-style-type: none">- Promover la cohesión de grupo, el establecimiento de una red de apoyo y colaboración.- Mejorar la orientación espacio-temporal.

- Psicoeducación del envejecimiento y promoción del envejecimiento saludable.
- Psicoeducación del envejecimiento cognitivo y promoción de la salud cognitiva.
- Mejorar la velocidad de procesamiento mediante la activación física.
- Entrenamiento de la memoria y dotar de estrategias para su mantenimiento.
- Mejorar las relaciones interpersonales y las habilidades sociales y de comunicación.
- Estimular el lenguaje a través de las relaciones interpersonales.
- Fortalecer el desarrollo personal, fortalezas psicológicas y habilidades de solución de conflictos.
- Fomentar el desarrollo personal del AM dotándole de estrategias de regulación emocional y solución de conflictos.

Bloque 2

- Fomentar la autonomía, autogestión y autodeterminación.
 - Promover el compromiso y competencia personal y social.
 - Mejorar las funciones ejecutivas mediante ejercicios de solución de problemas, toma de decisiones y participación.
 - Favorecer el mantenimiento de los resultados del programa.
-

El programa se desarrolla en cuatro fases: evaluación previa a la intervención, implantación de los bloques de intervención, evaluación posterior y seguimiento. De forma transversal, se realizarán reuniones de evaluación continua durante las distintas fases, por el equipo de psicólogas para evaluar y analizar los objetivos, y adaptación de las sesiones.

En la evaluación previa a la intervención, se seleccionarán los participantes que cumplan los requisitos de inclusión y exclusión de la propuesta, así como voluntariedad. Por tanto, se aplicará la entrevista de evaluación, MEC, test de los 7 minutos, IB, VIDA, GDS y Escala FUMAT. Se establecen dos grupos: el grupo de intervención, formado por ocho participantes que serán quienes participarán en el programa de intervención, y el grupo control, formado por ocho residentes que no participarán en el programa. La asignación al grupo control y grupo de intervención se hará de forma aleatoria. El objetivo es poder comparar la evaluación previa y posterior de ambos grupos. El grupo control formará parte de la lista de espera, será evaluado

en los mismos momentos que el grupo de intervención (excepto la evaluación de seguimiento), y una vez haya finalizado la implantación del programa al grupo de intervención, se impartirá el programa al grupo control.

En la implantación del programa se desarrollarán los contenidos de los bloques 1 y 2 con el grupo de intervención. La duración total del programa es de 7 semanas, pudiendo variar en el bloque 2, ya que requiere la colaboración de recursos externos. Las sesiones tendrán lugar 2 veces por semana (martes y jueves) en un horario no variable para establecer rutina y favorecer la orientación de los participantes. Cada sesión tendrá una duración aproximada de 1h30minutos.

La evaluación posterior se aplican los test MEC, test de los 7 minutos, IB, VIDA, GDS y Escala FUMAT al grupo experimental y control, con el objetivo de evaluar las diferencias entre las dos evaluaciones y valorar los efectos y eficacia del programa.

La evaluación de seguimiento se realiza tres meses tras la aplicación del programa al grupo experimental, para evaluar el mantenimiento de los resultados obtenidos.

4.5. Actividades.

La implantación de los bloques 1 y 2 se desarrolla a través de diferentes temáticas que se muestran en la Tabla 3, que abordan la funcionalidad del AM de forma integral. Cada temática se desarrolla a través de sesiones, de 1 a 3, en las que se realizan dinámicas enfocadas a la consecución de los objetivos propuestos.

Las temáticas se presentan con una ficha técnica que contiene objetivos, dinámicas, duración y materiales necesarios. Además, para aquellas temáticas que requieran de los recursos humanos específicos de la residencia, la ficha técnica incluirá un apartado de recursos humanos donde se especifique.

Las temáticas que aborda el Programa se muestran en la Tabla 3:

Tabla 3:

Temáticas de los Bloques 1 y 2.

Bloques	Temática
----------------	-----------------

Bloque 1	Presentación. Cohesión de grupo (1).
	Psicoeducación del envejecimiento (1).
	Entrenamiento cognitivo. Taller de memoria. (2).
	Relaciones interpersonales (2).
	Desarrollo personal (2).

Bloque 2	Autonomía y autodeterminación (2).
	Participación social (3).
	Prevención de respuesta y despedida (1).

Nota: entre paréntesis se indica el número de sesiones que se dedica a la temática.

La organización estándar de las sesiones se resume en:

- Introducción: acercamiento personal.
- Inicio de la sesión: contextualización y orientación a la realidad.
- Desarrollo de la sesión: objetivos propuestos para la sesión y desarrollo de dinámicas, propuesta de tareas.
- Resumen y cierre.

La introducción de las sesiones comienza con un acercamiento hacia el estado personal y anímico de los participantes, con el objetivo de favorecer un clima de cooperación y apoyo mutuo, y actuando como modelaje de las relaciones interpersonales.

El inicio de las sesiones tendrá comienzo con un ejercicio de orientación a la realidad y contextualización de la sesión anterior, de forma transversal, con el objetivo de mejorar la orientación espacio-temporal y la memoria (Delgado, Urbano y Domínguez, 2015). Para facilitar el logro de los objetivos, la disposición de los participantes en la realización de las sesiones será en forma de U o en círculo para favorecer la socialización e integración.

A continuación, se detallan las sesiones incluidas dentro la propuesta de intervención psicosocial basada en las características del *cohousing*, diseñada para población AM de 65 años que viva en residencias.

BLOQUE 1:

4.5.1. Presentación del programa y normas del grupo.

FICHA TÉCNICA. Presentación y normas.

Sesión 1

Objetivos	<ul style="list-style-type: none">- Fomentar el desarrollo de aspectos sociales del estilo de vida comunitario.- Promover la cohesión de grupo, el establecimiento de una red de apoyo y colaboración.
Dinámicas	Presentación de los participantes. Anotar en tarjetas factores comunes. Desarrollo cooperativo de normas (afiliación). Tarea 1. Identificación de necesidades.
Duración	1h30'
Recursos materiales	Bolígrafo o lápiz. Pizarra. Tarjetas en blanco.

Desarrollo de la sesión 1: presentación y normas del grupo.

Presentación inicial del programa de intervención psicosocial y los objetivos que persigue, para involucrar a los participantes y sensibilizar sobre la propuesta.

Dinámica de presentación: participantes y psicólogas escuchan las presentaciones de los demás, cuando escuchan algo con lo que se sientan identificados recogen una tarjeta situada en el centro para anotar en qué se ha sentido reconocido y el nombre del participante. Al finalizar las presentaciones se comparte aquellos aspectos comunes.

El objetivo es destacar aspectos comunes entre los participantes para establecer vínculos, favorecer la cohesión grupal y alianza terapéutica.

Una vez terminada la presentación, de forma grupal, cooperativa y participativa se establecerán las normas del grupo, basadas en valores compartidos de respeto confianza, confidencialidad de los aspectos personales, solidaridad, voluntariedad, no juicio, etc.

El objetivo es desarrollar la afiliación y sentido de identidad del grupo. Además, favorece un clima familiar, que proporcione confianza y seguridad.

Tarea 1. Identificación de necesidades.

La sesión finaliza con un planteamiento de contenido, para generar un espacio de reflexión y análisis: ¿qué te gustaría cambiar o mejorar del contexto residencial o a nivel personal?

4.5.2. Psicoeducación del envejecimiento.

FICHA TÉCNICA. Psicoeducación del envejecimiento.

Sesión 2	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">- Mejorar el bienestar y la calidad de vida del AM.- Psicoeducación del envejecimiento y promoción del envejecimiento saludable.
Dinámicas	Dinámica de afirmaciones y mitos sobre el envejecimiento. Conocer <i>qué es</i> y <i>qué puedo hacer</i> en el envejecimiento (psicoeducación y promoción). Tarea 2. Propuesta de mejora del envejecimiento.
Duración	1h30'
Recursos materiales	Cartulina, rotulador y cinta adhesiva. Pizarra. Dinámica afirmaciones (anexo 1). Vídeo: Federación Amigo de los Mayores (2014). De https://www.youtube.com/watch?v=G8iLo2JYNqc

Desarrollo de la sesión 2: psicoeducación del envejecimiento.

Para favorecer el la cohesión grupal y como estrategia de memoria ambiental, se facilitará tarjetas personales con el nombre de cada participantes y psicólogas.

Comienza con la recogida de la tarea 1 de identificación de necesidades. Para validarlas y con intención de incluirlas en el desarrollo del programa se dejan anotadas de forma visible.

Dinámica de mitos: para establecer una línea base sobre los conocimientos previos relacionados con el envejecimiento, se realiza una dinámica de afirmaciones y mitos (ver anexo 1).

La psicoeducación se introduce mediante la exposición del vídeo de la Federación Amigo de los Mayores, para dar paso a una conceptualización adaptativa y realista del envejecimiento.

Qué es: introducción a la psicoeducación del envejecimiento. Qué es y que no es el envejecimiento, qué factores influyen, personales, sociales y ambientales, consecuencias.

Qué puedo hacer: educar en envejecimiento saludable, tomar acción y control. Promocionar la salud a través del autocuidado, el ejercicio físico, entrenamiento cognitivo, salud emocional, las relaciones sociales y la participación.

Evaluar los mitos planteados en la actividad y generar al menos dos frases alternativas con información verídica sobre el envejecimiento. El objetivo es reducir los estereotipos negativos sobre la población AM y promocionar la acción como factor de protección.

Tarea 2. Propuesta de mejora del envejecimiento.

Planteamiento de forma: ¿cómo puedo mejorar la salud física, cognitiva, social y emocional? El objetivo es favorecer la capacidad resolutive, generar estrategias de cambio para mejorar el envejecimiento.

4.5.3. Entrenamiento cognitivo.

FICHA TÉCNICA. Entrenamiento cognitivo.

Sesión 3-4

Objetivos	<ul style="list-style-type: none">- Mejorar el funcionamiento cognitivo general del AM.- Psicoeducación del envejecimiento cognitivo y promoción de la salud cognitiva.- Entrenamiento de la memoria y dotar de estrategias para su mantenimiento.- Mejorar la velocidad de procesamiento mediante la activación física.
------------------	---

Dinámicas	Sesión 3: psicoeducación y promoción del envejecimiento cognitivo. <i>Qué es y qué puedo hacer.</i> Tarea 3. Plan de acción y compromiso. Sesión 4: taller de memoria y mnemotécnicas. Dinámica “pasapalabra”. Tarea 4. Refuerzo cognitivo.
Duración	1h30’
Recursos materiales	Vídeo: Fundación Sanitas (2017). De https://www.youtube.com/watch?v=-41kz2FTFLE Pizarra. Papel y lápiz. Dinámica “pasapalabra” (anexo 2). Materiales para la estimulación cognitiva (cuadernos, ejercicios, etc.)

Desarrollo de la sesión 3: psicoeducación envejecimiento cognitivo.

La sesión comienza recogiendo la tarea 2 de planteamiento de forma, ya es posible que tenga relación con la temática de estas sesiones, por lo que puede introducir la psicoeducación del envejecimiento cognitivo.

Qué es: ofrecer información verídica sobre aquellos procesos que se ven afectados en el envejecimiento cognitivo normal y motivar a la acción, con el objetivo de mantener y mejorar el funcionamiento cognitivo y el envejecimiento saludable. Exposición del vídeo Fundación Sanitas.

Qué puedo hacer: se facilitarán estrategias accesibles a los participantes de forma individualizada y adaptada, entre las opciones encontramos cuadernos de ejercicios neuropsicológicos, ejercicios orales de estimulación, la actividad física diaria y actividades del ocio y tiempo libre de carácter intelectual y de interés personal.

Tarea 3. Plan de acción.

Finalizar con el desarrollo de un plan de acción personalizado y un compromiso, detallando los beneficios de su cumplimiento. Responsabilizarse del autocuidado. Motivar hacia una actitud activa y compromiso físico.

Desarrollo de la sesión 4: taller de memoria.

Para responder a una de las quejas subjetivas más habituales en la población AM, se impartirá un taller de memoria.

Dinámica “pasapalabra”: se les mostrará a los participantes las imágenes que se esconden detrás de cada número (hasta 9) durante 15 segundos y se les dará la vuelta. La dinámica consiste en asociar correctamente el número con la imagen como en el programa televisivo “pasapalabra”. Ver anexo 2.

Tras esta dinámica de memoria, se facilitará psicoeducación sobre la memoria, el olvido benigno y los fallos más frecuentes, y proporcionar mnemotécnicas de categorización, asociación, visualización y repetición mediante ejercicios prácticos como recordar listas de palabras o una isla desierta.

Lista de palabras: recordar una lista de palabras utilizando las mnemotécnicas.

Isla desierta: cada participante va añadiendo un objeto que se llevaría a una isla desierta. En cada turno se repiten los objetos ya mencionados en orden, y se añade otro.

Para finalizar se repetirá la dinámica “pasapalabra” con distintas imágenes para mostrar la eficacia de las mnemotécnicas.

Tarea 4. Refuerzo cognitivo.

Para reforzar los efectos de la sesión de entrenamiento cognitivo y memoria, se proporcionarán cuadernos de estimulación cognitiva:

- Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva del Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo (2011). Esteve.
- Cuaderno de ejercicios de estimulación para la memoria de Ansón Artero et al., (2015).
- Cuaderno de ejercicios del Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo Nº 3, 4, 5, 6 y 7. Disponibles en la web de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid.

Como conclusión, el entrenamiento cognitivo mejora el estado de ánimo y la autonomía, favoreciendo la satisfacción y calidad de vida del AM.

4.5.4. Relaciones interpersonales.

FICHA TÉCNICA. Relaciones interpersonales.

Sesión 5-6

- Objetivos**
- Fomentar el desarrollo de aspectos sociales del estilo de vida comunitario.
 - Mejorar el bienestar y la calidad de vida del AM.
 - Promover la cohesión de grupo, el establecimiento de una red de apoyo y colaboración.
 - Mejorar las relaciones interpersonales y las habilidades sociales y de comunicación.
 - Estimular el lenguaje a través de las relaciones interpersonales.
-

Dinámicas

Sesión 5: taller de regulación emocional y estrategias. Dinámica de identificación emocional.

Tarea 5. Notas afectivas.

Sesión 6: entrenamiento en habilidades sociales y comunicación. Dinámica de tarjetas y role-playing.

Tarea 6. Estilos comunicativos.

Duración 1h30'

Recursos materiales Cartulina, rotulador y cinta adhesiva.

Pizarra.

Tarjetas emocionales (anexo 3).

Tarjetas verde, naranja y roja.

Tabla estilos comunicativos (anexo 4).

Vídeo: Telemadrid. De <https://www.youtube.com/watch?v=z7zTEHHkX4Y>

Desarrollo de la sesión 5: regulación emocional.

Se introduce la regulación emocional con una **dinámica de identificación emocional**, que consistirá en identificar las emociones que se muestran en las tarjetas (ver anexo 3), con el objetivo de reconocerlas y validarlas. Entre los participantes se compartirán experiencias que reflejen cada una de las emociones para facilitar la expresividad emocional y se compartirán las estrategias que se han utilizado para gestionarlas, como apoyarse en la red social, expresarse y

orientarse a una solución activa. Estas estrategias se anotarán en las tarjetas para proporcionárselas a los participantes. Además, se incluirán estrategias como el manejo del estrés, técnicas de relajación y de distracción.

En concreto, parte de la dinámica se centrará en la emocionalidad ante la pérdida ya que el envejecimiento es un periodo marcado por pérdidas, resaltando las fortalezas que ayudan a gestionarla como la gratitud, creatividad y el perdón, así como el establecimiento de nuevos retos, vínculos y oportunidades.

Indirectamente, entre sus objetivos se encuentra mejorar el funcionamiento cognitivo ya que al trabajar las experiencias emocionales estaremos trabajando la toma de decisiones, la memoria y el razonamiento.

Tarea 5. Notas afectivas.

Para facilitar la identificación y gestión emocional, se propone realizar notas afectivas para describir las emociones. Este ejercicio favorecerá la escritura y el recuerdo emocional.

Desarrollo de la sesión 6: habilidades sociales y comunicación.

Para valorar las habilidades sociales y comunicativas de los participantes, y su percepción subjetiva, esta sesión comienza con una **dinámica de tarjetas**, en la que se les repartirán tres tarjetas de colores: verde, que indica “me ha gustado”, naranja que indica “depende” y roja que indica “no me ha gustado”. Se expondrá el vídeo de Telemadrid donde se plantean situaciones y preguntas comprometidas a la población AM y ellos responden. Los participantes sacarán la tarjeta con la que se sientan identificados durante la exposición del vídeo, y explicarán por qué han elegido esa tarjeta. Este ejercicio servirá para establecer la psicoeducación y estrategias necesarias.

En la psicoeducación se fomentará el estilo asertivo y se proporcionarán estrategias comunicativas que se ensayarán mediante el role playing. Entre las situaciones a entrenar se fomentarán aquellas más relacionadas con la cooperación: hacer peticiones, solicitar y dar ayuda, hacer y recibir cumplidos, hacer y recibir críticas, decir “no”, e iniciar y mantener conversaciones.

Mejorar las relaciones sociales mejorará la autoeficacia y reduce la ansiedad, favorece las relaciones positivas, el sentimiento de pertenencia a un grupo, de comunidad.

Tarea 6. Estilos comunicativos.

Consiste en identificar las habilidades sociales y comunicativas personales e ir anotando la reacción y el estilo de comunicación empleado, así como posibles alternativas de reacción ante la misma situación. Para ello se facilita una tabla que se muestra en el anexo 4.

Además, esta tarea implica la introspección, regulación emocional y habilidades sociales y comunicativas de los participantes.

4.5.5. Desarrollo personal.

FICHA TÉCNICA. Desarrollo personal.

Sesión 7-8

Objetivos	<ul style="list-style-type: none">- Mejorar el bienestar y la calidad de vida del AM.- Fortalecer el desarrollo personal, fortalezas psicológicas y habilidades de solución de conflictos.- Mejorar las funciones ejecutivas mediante ejercicios de solución de problemas y toma de decisiones.
Dinámicas	Sesión 7: fortalezas psicológicas. Dinámica fortalezas y pirámide de Maslow. Tarea 7. Fábula “El bosque de los lamentos”. Sesión 8: entrenamiento en solución de problemas. Tarea 8. Objetivo personal y análisis de problemas.
Duración	1h30’
Recursos materiales	Cartulina, rotulador y cinta adhesiva. Pizarra. Tarjetas fortalezas y recipiente. Solución de problemas (anexo 5).

Desarrollo de la sesión 7: fortalezas psicológicas.

Estas sesiones están dedicadas a trabajar en la mejor versión de los participantes, potenciando sus capacidades y competencias para favorecer una adaptación satisfactoria al entorno, y dirigir a una actitud activa y auto-gestionada.

Dinámica de fortalezas: se dejan anotadas fortalezas en tarjetas que estarán dentro de un recipiente. Cada participante cogerá una tarjeta y explicará qué representa para él/ella y alguna experiencia que le conecte con esa fortaleza.

Fortalezas: valentía, persistencia, integridad, sabiduría, amor, generosidad, inteligencia social, gratitud, esperanza, humor, espiritualidad, templanza, autocontrol, humildad, perdón, justicia, curiosidad, creatividad, etc.

Esta dinámica potencia los valores personales de los participantes, conecta con las fortalezas, se reconocen y manifiesta el aprendizaje que las acompaña. El objetivo es identificarse con las fortalezas y fomentar la autoaceptación, así como reflejarlas en todas las áreas: física, cognitiva, social y afectiva.

La **dinámica de la pirámide de Maslow** consiste en establecer la pirámide jerárquica de las necesidades humanas. Para ello, primero anotaremos todas las necesidades humanas que surgan en forma de lluvia de ideas y éstas serán apuntadas en tarjetas. De forma grupal, mediante la participación, comunicación, diálogo y debate, el objetivo es llegar a consenso para establecer los cinco niveles.

Niveles: necesidades fisiológicas, seguridad, afiliación/sociales, reconocimiento/estima y realización.

Una vez se haya construido la pirámide, se realiza un ejercicio de análisis introspectivo donde el objetivo es cuestionarse el presente y el futuro:

- ¿Qué necesidades están cubiertas? ¿De forma completa, parcial o incompleta?
- Motivación hacia objetivos realistas y alcanzables para cubrir las necesidades.

Tarea 7. “El bosque de los lamentos” (Rovira y Miralles, 2019)

Se les entregará la fábula breve para que se la lean y reflexionen sobre las fortalezas que esconde.

Desarrollo de la sesión 8: Entrenamiento en solución de problemas.

El repaso de la sesión de regulación emocional introduce la gestión de los conflictos y la influencia en una gestión eficaz.

Entrenamiento en solución de conflictos se trabaja con una dinámica en la que se presenta un problema que resulte familiar para los participantes. De forma cooperativa y participativa, se elaboran las cinco fases de solución de conflictos: orientación hacia el problema, definición y formulación, generación de soluciones, toma de decisiones, puesta en práctica y verificación.

Partimos de la base de que los conflictos forman parte de la cotidianeidad y por ello, afrontarlos con decisión y positividad favorecerá una mayor sensación de control y autoeficacia. Además, implica la estimulación de las funciones ejecutivas.

Tarea 8. Objetivo personal y análisis de problemas.

Antes de finalizar la sesión realizarán de forma individual una lista con al menos tres objetivos personales que quieran lograr. La tarea consiste en realizar un análisis de solución de problemas que le impide alcanzar esos objetivos. Para ello, se facilitará la ficha del anexo 5.

BLOQUE 2:

Para el desarrollo de este bloque es necesaria la colaboración de los recursos humanos de la residencia, especialmente aquellos encargados de la organización de rutinas y actividades en las que participan los residentes, tales como terapeutas ocupacionales y dirección.

4.5.6. Fomentar la autonomía y la toma de decisiones.

FICHA TÉCNICA. Autonomía y autodeterminación.

Sesión 9-10

Objetivos	<ul style="list-style-type: none">- Fomentar el desarrollo de aspectos sociales del estilo de vida comunitario.- Mejorar el funcionamiento cognitivo general del AM.- Fomentar la autonomía, autogestión y autodeterminación.- Mejorar las funciones ejecutivas mediante ejercicios de solución de problemas, toma de decisiones y participación.
------------------	--

Dinámicas	Sesión 9: taller de autonomía: derechos y dignidad.
------------------	---

	Sesión 10: autodeterminación. Toma de decisiones en la residencia. Cometido (principio de colaboración).
Duración	1h30'
Recursos humanos	Equipo de psicólogas. Recursos humanos de la residencia.
Recursos materiales	Cartulina, rotulador y cinta adhesiva. Pizarra. Tarjetas palabras clave. Vídeo Fundación Matia. De https://www.youtube.com/watch?v=Pb0NpugAP2s

Desarrollo de la sesión 9: taller de autonomía.

La dinámica consistirá en establecer un continuo entre la autonomía y la dependencia e ir marcando acciones y comportamientos que se relacionen con cada término. El objetivo es reducir la dicotomía y llegar a términos más realistas y adaptativos.

Para introducir la autonomía se trabajarán los derechos y dignidad, así como su aplicación en las distintas áreas de la vida. La dinámica consiste en la confianza y seguridad del grupo, donde se invitará a compartir vivencias que reflejen lo que cada uno entiende por derechos y dignidad. Finalmente, el objetivo es extraer palabras clave que representen ambos conceptos para anotarlos en tarjetas que se les entregarán para que las tengan, de forma literal y simbólica.

Palabras clave dignidad: respeto, valor, reconocimiento, integridad, etc.

Palabras clave derechos: necesidades básicas, igualdad, respeto, expresión libre, seguridad, independencia, etc.

Integrados los derechos que respaldan la dignidad, la forma de expresarlos y ejercerlos es mediante la autodeterminación, la toma de decisiones y la participación, y por tanto se promueve una actitud activa y comprometida.

Para consolidar los derechos de la autonomía y autodeterminación se realizará una dinámica de prevención de respuesta, para debatir sobre la toma de decisiones y participación del AM. Como resultado, se dejarán anotadas la diversidad de respuestas positivas y adaptativas para que los participantes las interioricen.

Desarrollo de la sesión 10: toma de decisiones en la residencia.

En relación a la autonomía, la toma de decisiones es el factor clave de la gestión de la propia vida. Por tanto, partiremos de la autodeterminación, el reconocimiento e identificación de los deseos, preferencias y gustos independientes de cada participante. Por otro lado, la toma de decisiones implica asumir la responsabilidad de las acciones y decisiones.

Desarrollar el cometido del grupo, una meta común donde todos los participantes colaboran en una misma dirección.

Para aumentar la motivación, se expondrá el vídeo de la Fundación Matia, que promueve la toma de decisiones en el entorno. A través de este vídeo, podemos comenzar a identificar cuestiones en las que es posible tomar decisiones y adaptarlas al contexto residencial.

El objetivo es incluir a los residentes en la toma de decisiones del contenido de las actividades y rutinas de la residencia, y en consecuencia fomentar el desarrollo de actividades significativas y con sentido para el AM, de forma colaborativa.

Favorecer la toma de decisiones fomentará la motivación y la implicación, refuerza el auto-concepto y autoestima, la identidad personal y de grupo, en consecuencia genera sensación de control y seguridad, confianza, gestión de la propia vida y finalmente un entorno “capacitante”.

4.5.7. Participación social.

FICHA TÉCNICA. Participación social.

Sesión 11-13

Objetivos	<ul style="list-style-type: none">- Fomentar el desarrollo de aspectos sociales del estilo de vida comunitario.- Mejorar el funcionamiento cognitivo general del AM.- Promover el compromiso y competencia personal y social.- Mejorar las funciones ejecutivas mediante ejercicios de solución de problemas, toma de decisiones y participación.
Dinámicas	Propuestas para la participación social autogestionada. Sesión 11: definir intereses, gustos o preferencias comunes.

Sesión 12: proporcionar propuestas de participación y elección.

Sesión 13: participación. Anticipación de dificultades y solución.

Duración	1h30'
Recursos humanos	Equipo de psicólogas. Recursos humanos de la residencia. Contacto con asociaciones u organizaciones que promuevan la participación social.
Recursos materiales	Vídeo Gerópolis. De https://www.youtube.com/watch?v=7UPkVL-QeZY

Desarrollo de las sesiones de participación.

La participación social tiene como objetivo desarrollar un contexto enriquecedor y estimulante basado en relaciones horizontales y de colaboración. Además, supone que la estructura organizativa institucional tome una posición flexible y facilitadora, orientada al bienestar y calidad de vida.

La función de las psicólogas es facilitar el proceso, acompañar y guiar entre los recursos disponibles, fomentando la autonomía y autogestión del AM.

Se expondrá el vídeo de Gerópolis que promociona el rol activo de las personas adultas mayores en la sociedad para aumentar la motivación.

El objetivo de construir un proyecto participativo basado en los intereses y necesidades de los residentes, establecido en torno a objetivos comunes pudiendo estar relacionado con distintas áreas: educativo, cultural, ocio y tiempo libre, medio ambiente, salud, etc., fomentando los factores de protección del envejecimiento cognitivo normal. Participar en proyectos comunitarios establece relaciones externas a la residencia ampliando las relaciones personales y sociales de los participantes, promoviendo la cohesión grupal y el compromiso social.

Para participar en un proyecto, se seguirán las siguientes fases/sesiones:

- I. Definir intereses, gustos o preferencias comunes. Fomentar la autodeterminación y autogestión.
- II. Proporcionar propuestas de participación en colaboración con asociaciones, centros o servicios sociales. Proporcionado por las psicólogas.
 - a. Elección. Análisis de costes y beneficios.

III. Participación social real y significativa.

Es posible encontrar distintas propuestas de participación que encajen con los intereses y necesidades de los participantes a través de asociaciones, organizaciones o la acción local, como:

- Confederación Española de Aulas de Tercera Edad (CEATE).
- Fundación Obra Social La Caixa.
- Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA).
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG).
- Club Social de El Molino.

Involucrar a los residentes en una participación social y real supone un cambio de rol y de creencias personales sobre la productividad y capacidad.

4.5.8. Prevención de respuesta.

FICHA TÉCNICA. Prevención de respuesta.

Sesión 14

Objetivo - Favorecer el mantenimiento de los resultados del programa.

Dinámicas Prevención de respuesta. Análisis de pros y contras.

Dinámica de grupo líder. Agentes de cambio.

Despedida. Dinámica de agradecimiento.

Duración 1h30'

Recursos materiales Pizarra.

Desarrollo de la sesión 14: prevención de respuesta y mantenimiento de los resultados.

Anticipar y analizar posibles dificultades que pudieran aparecer en los proyectos de autodeterminación y participación de los residentes. Entre los recursos que pudieran necesitar encontraremos recursos de los que disponen como la solución de conflictos, estrategias de

regulación emocional y habilidades de comunicación, desde un entorno de colaboración y cooperación, el apoyo y la pertenencia a un grupo. Realizar un análisis de pros y contras de los resultados y beneficios del programa para el mantenimiento de los resultados, y como recurso de prevención de respuesta.

Otro recurso para el mantenimiento de los resultados a medio largo plazo es el establecimiento del **grupo líder**. Para fomentar el desarrollo comunitario en la residencia se involucra a los participantes como agentes y promotores de cambio, con el potencial de actuar y colaborar con otros residentes, y favorecer la integración y participación.

Para cerrar la implantación del programa de intervención y pasar a la despedida, se realizará mediante una **dinámica de agradecimientos**, para compartir desde la experiencia subjetiva y personal sentimientos positivos y de gratitud, mediante las habilidades de comunicación y expresión emocional.

4.6. Cronograma de actividades.

La distribución de las actividades se desarrollará en un total de 14 sesiones, 2 veces por semana con una duración de 7 semanas, con comienzo en Octubre hasta finales de Noviembre, tal y como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4.

Distribución Temporal de la Implantación del Programa.

Sesión	Actividad	Octubre	Noviembre
Evaluación previa a la implantación del programa			
1	Presentación		
2	Psicoeducación		
3-4	Entrenamiento cognitivo		
5-6	Relaciones interpersonales		
7-8	Desarrollo personal		
9-10	Autonomía		

11-13	Participación	
14	Mantenimiento y prevención de respuesta	

Evaluación posterior a la implantación del programa

4.7. Evaluación de la propuesta.

La evaluación se determina mediante la comparación entre las puntuaciones obtenidas en la evaluación previa y posterior del grupo de intervención, a su vez comparado con el grupo control.

En la evaluación cognitiva se espera encontrar una mejoría del funcionamiento cognitivo general, especialmente en aquellos procesos afectados en el envejecimiento cognitivo normal siendo la funciones visoespaciales y visoconstructivas, procesos de memoria a corto plazo y memoria episódica, en lenguaje y discurso narrativo, en atención sostenida y funciones ejecutivas, toma de decisiones y planificación. Estas áreas se evaluarán mediante el MEC y el Test de 7 minutos. En la Tabla 5 se muestran las áreas que evalúan los test en relación a los objetivos propuestos.

A través de la instauración de características de la viviendas colaborativas y calidad de vida se espera mejoría en el apoyo mutuo, las relaciones interpersonales y habilidades sociales y de comunicación, aumento de actividades e intereses, mejor autoconcepto, gestión emocional, solución de conflictos, autonomía, independencia y autodeterminación, y mayor participación, por tanto mejorar el compromiso y competencia personal y social. Estas áreas se evaluarán a través de el Cuestionario VIDA, GDS y Escala FUMAT.

En la Tabla 5 se muestra la evaluación de los resultados que se esperan conseguir mediante los objetivos propuestos:

Tabla 5.

Evaluación de los Objetivos.

Instrumentos de evaluación	Áreas de evaluación.	Objetivos.
----------------------------	----------------------	------------

MEC	<ul style="list-style-type: none">- Orientación.- Memoria a corto plazo.- Atención y cálculo.- Memoria.- Lenguaje.	Objetivos específicos cognitivos.
Test de los 7 minutos.	<ul style="list-style-type: none">- Orientación.- Memoria.- Fluidez verbal.- Velocidad de procesamiento.- Funciones visoconstructivas.- Funciones ejecutivas.	Objetivos específicos cognitivos.
IB.	<ul style="list-style-type: none">- Dependencia física básica.	
Cuestionario VIDA.	<ul style="list-style-type: none">- Autonomía.- Independencia.- Activación física.- Relaciones sociales.- Toma de decisiones.	Objetivos específicos sociales.
GDS.	<ul style="list-style-type: none">- Autoconcepto.- Futuro.- Actividades e intereses.- Relaciones sociales.- Toma de decisiones.- Satisfacción.- Gestión emocional.	Objetivos específicos sociales.
Escala FUMAT.	<ul style="list-style-type: none">- Autodeterminación y dignidad.- Autoconcepto.- Autonomía y autogestión.- Solución de problemas.- Gestión emocional.- Satisfacción y calidad de vida.- Participación.	Objetivos específicos sociales.

- Apoyo mutuo.
 - Integración comunitaria.
-

Por último, para valorar la satisfacción de los residentes con la participación en el programa y los resultados obtenidos, se evaluará mediante un Cuestionario de Satisfacción (anexo 6). Además, este cuestionario recoge propuestas de mejora por parte de los residentes.

En la evaluación de seguimiento se espera conseguir que los efectos del programa se mantengan tras la finalización de la implantación.

Anticipación de posibles problemas y limitaciones de la propuesta.

- Coordinación interdisciplinar con la residencia y recursos externos. El correcto funcionamiento, desarrollo del programa y sus actividades requiere de la participación de los profesionales de la residencia así como entidades o asociaciones externas para promover la participación.
- Duración de la propuesta. El tiempo es susceptible de variar debido a la colaboración de recursos y agentes externos.
- Ausencia o dificultades de los participantes. Por motivos de salud o solapamiento de actividades o rutinas de la residencia que dificulten la asistencia.

5. Conclusiones.

Los adultos mayores de 65 años representan un alto porcentaje del total poblacional y según las estadísticas, la tendencia es que siga creciendo. También es una población que cada vez se ve más afectada por los estigmas sociales, como son la soledad o la improductividad, y muchos terminan empezando una nueva vida en residencias institucionalizadas. La función de las residencias debe orientarse, no solo a la salud física y biológica, sino a la salud integral.

El modelo de Atención Integral Centrado en la Persona en el que se basa esta propuesta de intervención, proviene de las viviendas colaborativas, quienes promueven el envejecimiento activo basado en los principios de comunidad siendo estos la colaboración, el apoyo mutuo, autogestión, autonomía y participación social.

Los beneficios de la propuesta de intervención psicosocial se construyen a distintos niveles. A nivel comunitario, favorece la comunicación y establece relaciones sociales, la colaboración y cooperación, reduce la soledad y el aislamiento. Favorece el sentimiento de pertenencia e identidad comunitaria, competencia personal y social. A nivel personal, mejora la autoeficacia, auto-realización y el autoconcepto, favorece la sensación de control y gestión, reafirmación de intereses y preferencias, generando expectativas positivas y nuevas ocupaciones. Favorece un rol activo en un entorno con sentido y significado. A nivel cognitivo, al establecer un rol activo para el AM favorece la activación y estimulación de los procesos cognitivos. Desde nuevos aprendizajes, incremento de la motivación y atención sostenida, estimulación del lenguaje, activación de la memoria y funciones ejecutivas como la organización, toma de decisiones y planificación, así como mejoras en la velocidad de procesamiento a través de la activación física.

Establecer en el contexto residencial un modelo de vivienda colaborativa, favorecerá el bienestar personal y social, y la calidad de vida del AM a través de la construcción de un entorno enriquecedor, estimulante y capacitante.

Para mejorar la propuesta, sería recomendable implantar un programa de sensibilización del modelo AICP para los recursos humanos profesionales de la residencia y familiares de los participantes. De esta manera, se garantizaría una misma dirección de trabajo entre todos los contactos directos de los participantes y favorecería el mantenimiento de los efectos del programa.

Una recomendación derivada de la actual situación social vivida de confinamiento, sería plantear un escenario que no se vea influenciado por la interrupción del contacto social directo, fomentando el uso de la tecnología para establecer las características comunitarias.

Para futuras implantaciones relacionadas con el modelo AICP, sería deseable reducir los criterios de exclusión para beneficiar al mayor número de residentes posible, y así establecer la accesibilidad, diversidad y asistencialidad que requiere la población AM.

6. Referencias.

Abellán García, A., & Pujol Rodríguez, R. (2015). Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos.

- Aguado, C., Martínez, J., Onís, M. C., Dueñas, R. M., Albert, C., & Espejo, J. (2000). Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la Geriatric Depression Scale (GDS) de Yesavage. *Atención Primaria*, 26(1), 328.
- Aguerre, C., Bouffard, L., & Curcio, C. L. (2008). Envejecimiento exitoso: Teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica*, 22(2), 1146-1162.
- Ansón Artero, L., Bayés Marín, I., Gavara Beltrán, F., Giné Rabadán, A., Nuez Hernández, C., Torrea Araiz, I., (2015). *Cuaderno de ejercicios de estimulación para la memoria*. Consorci Sanitari Integral. Disponible en: https://www.csi.cat/media/upload/pdf/estimulacion-cognitiva-csi_editora_94_3_1.pdf
- Añari, M. F. S., Vásquez, J. V., & Ortiz, P. M. (2011). Velocidad de procesamiento y memoria de trabajo en adultos mayores. *Revista de Psicología*, 1, 11-26.
- Ardila, R. (2011). Inteligencia.¿ Qué sabemos y qué nos falta por investigar?. *Revista de la Academia Colombiana de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales*, 35(134), 97-103.
- Baddeley, A. (1992). Working memory. *Science*, 255(5044), 556-559.
- Ball, K., Berch, D. B., Helmers, K. F., Jobe, J. B., Leveck, M. D., Marsiske, M., & Unverzagt, F. W. (2002). Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial. *Jama*, 288(18), 2271-2281.
- Ballesteros, S.J., Jiménez, P.S., Mayas, J.A., Montejo, P.C., & Reales, JM.A., (2016). *Factores protectores del envejecimiento cognitivo*. Editorial UNED.
- Barreto. F., (2010). Cuentos y fábulas para la formación en valores: comprensión en la ciudad. *Fábulas en la ciudad*. Editorial CCS.
- Bataller, S. B., & Moral, J. M. (2006). Cambios en la memoria asociados al envejecimiento. *Geriátrika*, 22(5), 179-185.
- Belando, M. (2006). Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. *Comunicación e persoas maiores. Actas do Foro Internacional*, 77-94.
- Binotti, P., Spina, D., Barrera, M. L., & Danolo, D. (2009). Funciones ejecutivas y aprendizaje en el envejecimiento normal. Estimulación cognitiva desde una mirada psicopedagógica. *Revista chilena de neuropsicología*, 4(2), 119-126.

- Boyke, J., Driemeyer, J., Gaser, C., Büchel, C., & May, A. (2008). Training-induced brain structure changes in the elderly. *Journal of Neuroscience*, 28(28), 7031-7035.
- Brenton, M. (2010). Potential benefits of cohousing for older people a literature review. Enlace: <http://taycommonscohousing.com/why-seniors-cohousing-1/>
- Calcaterra, M. J. (2015). Bienestar psicológico en la vejez: análisis y comparación entre personas de la tercera edad institucionalizadas y no institucionalizadas.
- Cantos, F. L. (2016). Envejecimiento, ciencia y publicidad de cosméticos. La eternidad en una gota de crema. *Vivat Academia*, (135), 41-56.
- Casanova-Sotolongo, P., Casanova-Carrillo, P., & Casanova-Carrillo, C. (2004). La memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico. *Rev Neurol*, 38(5), 469-472.
- Castro-Nieto, M.J. et al., (2010). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social.
- Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo (2018). Programa de Envejecimiento Activo y Saludable. Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
- Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo (2011). *Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva*. Instituto de Salud Pública de Madrid. Disponible en: https://www.esteveagora.com/GetFichero.do?con=318&zon=5&fichero=Ar_1_5_318_DCR_3.pdf
- Claver-Martín, M. D. (2008). Instrumentos de valoración en el deterioro cognitivo leve.
- Cock, M. R., Matute, E., & Jurado, M. B. (2008). Las funciones ejecutivas a través de la vida. *Revista neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, 8(1), 23-46.
- Correia Delgado, R. (2012). *Cambios cognitivos en el envejecimiento normal: influencia de la edad y su relación con el nivel cultural y el sexo*. Universidad de La Laguna, Servicio de Publicaciones.
- Damián, J., Valderrama-Gama, E., Rodríguez-Artalejo, F., & Martín-Moreno, J. M. (2004). Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 268-274.

- Del Monte, D. J. (2017). Cohousing: modelo residencial colaborativo y capacitante para un envejecimiento feliz. *Estudios de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal*. Nº 4.
- Del Ser Quijano, T., Sanchez Sanchez, F., & de Yebenes, M. J. (2004). Spanish version of the 7 Minute screening neurocognitive battery. Normative data of an elderly population sample over 70. *Neurologia*, 19, 344-358.
- Delgado, V. G., Urbano, M. C., & Domínguez, J. A. P. (2015). Manejo y resultados de la terapia de orientación a la realidad. *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento Volumen III*, 19.
- Durán, L. R. (2013). *La vejez en movimiento. Un enfoque integral*. Editorial Dunken.
- Durrett, C. (2009). *The senior cohousing handbook: A community approach to independent living*. New Society Publishers.
- Fernández Brañas, S., Almuiña Güemes, M., Alonso Chil, O., & Blanco Mesa, B. (2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Revista cubana de higiene y epidemiología*, 39(2), 77-81.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. *Encuentros multidisciplinares*.
- Fernández-Ballesteros, R. (2007). Psicogerontología: su importancia como ámbito aplicado. *Iiy'ocop*, 34, 3-6.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M. G., & García, L. F. (2004). Vivir con vitalidad-M®: Un programa europeo multimedia. *Psychosocial Intervention*, 13(1), 63-84.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M. G., Iñiguez, J., & García, L. F. (2005). *Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa «Vivir con vitalidad»®*. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 40(2), 92-103. doi:10.1016/s0211-139x(05)74834-4.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., López Bravo, M. D., Molina, M., Montero López, P., & Schettini del Moral, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores.
- Fromm, D. (2012). Seeding community: Collaborative housing as a strategy for social and neighbourhood repair. *Built Environment*, 38(3), 364-394.
- Fundación, B. B. V. A. (2007). *La población en España: 1900-2009*. Fundación BBVA.

- García, L. B. (2010). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores: guía de buenas prácticas*. Ed. Médica Panamericana.
- Glass, A. P. (2019). Sense of community, loneliness, and satisfaction in five elder cohousing neighborhoods. *Journal of women & aging*, 1-25.
- Glass, A. P., & Vander Plaats, R. S. (2013). A conceptual model for aging better together intentionally. *Journal of Aging Studies*, 27(4), 428-442.
- Gobierno del Principado de Asturias (2011). *Rompiendo distancias*. Consejería de Vivienda y Bienestar Social.
- González, J. G., Tubío, J. C., & Sánchez, J. J. (2011). Práctica de Actividad física y velocidad de procesamiento cognitivo en mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte/International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport*, 11(44), 803-816.
- Grandi, F., & Ustárroz, J. T. (2017). Neurociencia cognitiva del envejecimiento: modelos explicativos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52(6), 326-331.
- Herce, J. A. (2016). El impacto del envejecimiento de la población en España. *Cuadernos de Información económica*, 251, 39-48.
- Herreras, E. B. (2007). Implicaciones de las conexiones corticales y subcorticales del lóbulo frontal en la conducta humana. *Psicología y Psicopedagogía*, 6(17).
- i Carbó, M. J. C. (2017). *Generación sénior y mentoría: Construir conocimiento mediante relaciones multigeneracionales* (Vol. 51). Ediciones Octaedro.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2013). *Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores*. Organización Mundial de la Salud.
- Instituto de Política Familiar (2019). Informe de evolución de la familia en España 2016. Recuperado de: file:///C:/Users/Hp%20840%20G1/Downloads/Informe%20Evolucion%20de%20la%20Familia%20en%20Espa%C3%B1a_2019_c.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. No [Internet]. Madrid. 2019 [citado 22 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.ine.es/>

- Junqué, C., & Jódar, M. (1990). Velocidad de procesamiento cognitivo en el envejecimiento. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 6(2), 199-207.
- Krzemien, D. (2007). Estilos de personalidad y afrontamiento situacional frente al envejecimiento en la mujer. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 139-150.
- Labos, E., Del Río, M., & Zabala, K. (2009). Perfil de desempeño lingüístico en el adulto mayor. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 13, 1-13.
- Lapuente, F. R., & Navarro, J. P. S. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 14(1), 27-43.
- Lesende, I. M., Cantero, S. Q., Atucha, V. U., Oyarbide, E. G., Minana, T. A., & Jocano, J. E. P. (2012). Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores. *Atención Primaria*, 44(6), 309-317.
- Lezaun, M. (2020). Viviendas colaborativas para personas mayores. *Revista Escritura pública: Consejo General del Notariado*. 50-56.
- Lietaert, M. (2010). Cohousing's relevance to degrowth theories. *Journal of cleaner production*, 18(6), 576-580.
- Llamas, C. F. (2011). Trabajo Social para la tercera edad. *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social*, (49), 204-219.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., & Aznar, S. (1979). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin (Barc)*, 112(20), 767-74.
- López, S. T., Hernández, M. P. V., & García-Pérez, O. G. (2018). Experiencias de vejez vital. Senior Cohousing: autonomía y participación. *Aula abierta*, 47(1), 79-86.
- López H, R., Rubio V, S., Prados, J. M., & Galindo, M. (2013). Reserva cognitiva y habilidades lingüísticas en mayores sanos. *Rev Neurol*, 57(3), 97-102.
- Loubon, C. O., & Franco, J. C. (2010). Neurofisiología del aprendizaje y la memoria. Plasticidad Neuronal. *Archivos de medicina*, 6(1), 2.
- Madrigal, L. M. J. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista cúpula*, 4-14.

- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland state medical journal*.
- Maroto Serrano, M. Á. (2006). La memoria: Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo.
- Maroto, M.A. (2002). Promoción de la salud personas mayores: *La memoria. Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo*. Instituto de Salud Pública. Madrid.
- Marrón, E. M., Alisente, J. L. B., Izaguirre, N. G., & Rodríguez, B. G. (2011). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Editorial uoc.
- Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona*. Vitoria – Gasteiz, Documentos de Bienestar social, 76.
- Martínez, T., García, E., Rodríguez, M. E., Rascón, M., & Rodríguez, P. (2002). Estimulación cognitiva: guía y material para la intervención. *Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Asuntos Sociales: Asturias*.
- Martínez Rodríguez, T. (2016). La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación. *Colección Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal, 3*.
- Miranda, J. G., Presentación, J. G. M., Merino, I. A., Sexualidad, M. V. H. I., Jiménez, M. B., Música, Á. R. B., & Monografías, I. (2005). *Envejecimiento, salud y dependencia*. Universidad de La Rioja. Servicio de Publicaciones.
- Mogollón González, E. D. J. (2014). Una propuesta para el mejoramiento cognitivo en el adulto mayor: Una alternativa al entrenamiento cerebral. *Revista Electrónica Educare, 18(2)*, 01-17.
- Mogollón, I., & Fernández, A. (2016). Viviendas colaborativas para personas mayores. Un acercamiento al contexto vasco ya las realidades europeas. *Arquitectura del cuidado*.
- Mora Gallegos, A., Salas Castillo, S., & Fornaguera Trías, J. (2017). Efectos del enriquecimiento ambiental dependiente de la edad en el comportamiento, funciones cognitivas y neuroquímica.
- Muiños D, M. (2014). Ejercicio físico y envejecimiento: habilidades visoperceptivas en deportistas jóvenes y mayores.

- Navarro, S. G. A., Gutiérrez, L. G., Cruz, M. A. S., Alvarado, A. J. M., & Funes, J. A. A. (2018). Estimulación de la atención y la memoria.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 37(s2)
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Página web: <https://www.who.int/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.
- Palacios, V. y Morales, J. (2011) La memoria en el anciano. Bogota: Primera edición
- Park, D. C., & Schwarz, N. (2002). *Envejecimiento cognitivo*. Ed. Médica Panamericana.
- Peña, M., Montejo Carrasco, P., Reinoso García, A. I., de Andrés Montes, M. E., & Martín, C. (2002). El método UMAM: una intervención cognitiva desde el ámbito sanitario.
- Puig, A. (2000). Un instrumento eficaz para prevenir el deterioro cognitivo de los ancianos institucionalizados: El Programa de Psicoestimulación Preventiva (PPP). *Revista Multidisciplinar Gerontología*, 1 O (3), 146-151.
- Rey, C. A., Canales L. I., y Táboas, P. M. I. (2008). *Memoria en movimiento. Programa de estimulación cognitiva a través de la motricidad en personas mayores*. Obra Social: Caixagalicia.
- Rodríguez, P. (2010). *La atención integral centrada en la persona*. Madrid, Informes Portal Mayores, 106. [Fecha de publicación: 04/11/2010].
- Rodríguez, T. M. (2013). *Avanzar en Atención Gerontológica Centrada en la persona*. Fundación Pilares para la Autonomía Persona.
- Rojas Ocaña, M., Toronjo Gómez, A., Rodríguez Ponce, C., & Rodríguez Rodríguez, J. B. (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 17(1), 08-23.
- Rovira, Á., & Miralles, F. (2019). *El laberinto de la felicidad*. Plataforma.
- Ryan, R., & Deci, E. L. (2000). La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.

- Sánchez G, C., González M, E., Jimeno B, N., & Mendizábal C, N. (2019). Manifestaciones lingüísticas en personas mayores: el papel de la intervención logopédica en el envejecimiento sano y patológico.
- Serra, E. G., & Mora, R. C. (2017). Cohousing de personas mayores. Un recurso residencial emergente. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (59), 51-84.
- Sosa, M. J. (2016). Deterioro cognitivo en la vejez. *Fenómeno normal*.
- Sunderland, A., Harris, J. E. y Gleave, J. (1984). Memory failures in everyday life following severe head injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 6, 127-142.
- Taylor, H. O., Wang, Y., & Morrow-Howell, N. (2018). Loneliness in senior housing communities. *Journal of gerontological social work*, 61(6), 623-639.
- Vallejo, J. M., & Rodríguez P, M. (2010). Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. *Gerokomos*, 21(4), 153-157.
- Vélez, M. D. C. C. (2008). La historia de la vejez. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (23), 237-254.
- Véliz, M., Riffo, B., & Arancibia, B. (2010). Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje: cuestiones relevantes. *RLA. Revista de lingüística teórica y aplicada*, 48(1), 75-103.
- Verdugo Alonso, M. Á., Gómez Sánchez, L. E., & Arias Martínez, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La escala FUMAT*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Salamanca.
- Welti-Chanes, C. (2018). El Estado, la familia y el mercado. Arreglos institucionales para atender las necesidades generadas por el envejecimiento demográfico. *Papeles de población*, 24(95), 9-41.
- World Health Organization (2002). Active ageing: a policy framework. Geneve: WHO.
- Yanguas, J., Díaz-Veiga, P., García, A., Goldona, N., y Sancho, M., (2016). Programa de Personas Mayores: Vivir Bien, Sentirse Mejor. Fundación: Obra Social La Caixa.

Bibliografía en línea.

- Federación Amigo de los Mayores (2014). *Envejecimiento Activo* [Youtube]. De <https://www.youtube.com/watch?v=G8iLo2JYNqc>

Fundación Matia (2013). *Esta también es mi casa*. [Youtube]. De <https://www.youtube.com/watch?v=Pb0NpugAP2s>

Fundación Sanitas (2017). *Cómo llevar a cabo actividades de estimulación cognitiva con pacientes con Alzheimer o demencia*". [Youtube]. De <https://www.youtube.com/watch?v=-41kz2FTFLE>

Gerópolis (2016). *Participación social y gobernanza: el rol de las personas mayores*. [Youtube]. De <https://www.youtube.com/watch?v=7UPkVL-QezY>

Telemadrid (2019). *Eso no se pregunta: Personas Mayores*. [Youtube]. De <https://www.youtube.com/watch?v=z7zTEHHkX4Y>

7. Anexos.

Anexo 1.

Psicoeducación del envejecimiento.

Mitos.	Alternativa realista y adaptativa.
"Todas las personas mayores tienen una mentalidad anticuada y convencional, no pueden adaptarse a los cambios".	- -
"Con la edad todo el mundo pierde la memoria y no puedes hacer nada por cambiarlo"	- -
"A partir de los 65 años vas de mal en peor y no puedes hacer nada".	- -
"Las enfermedades y mala salud están asociadas a la edad".	- -
"Al hacerte mayor terminas siendo una carga para la familia".	- -

“Las personas mayores son menos
aventureras y creativas”.

-
-

“Las personas mayores no son
productivas ni competentes”.

-
-

“Las personas mayores siempre están de
malhumor, son gruñonas y
cascarrabias”.

-
-

“Las personas mayores no pueden hacer
cosas nuevas”.

-
-

“Con la edad te vuelves frágil y débil”.

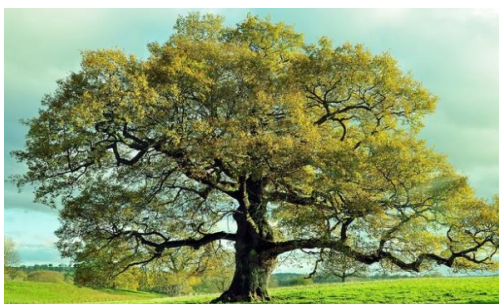
-
-

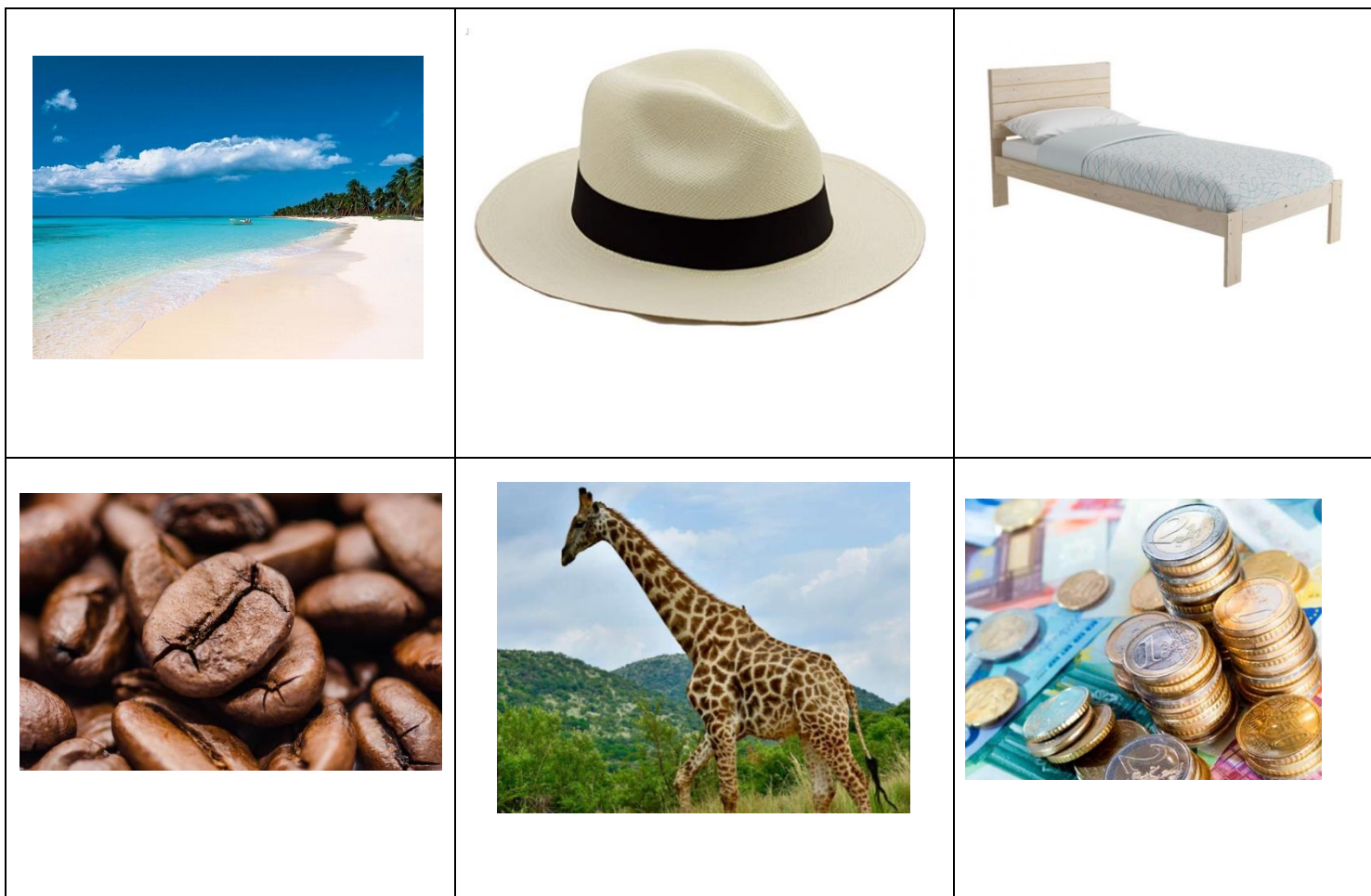
“Cuando te haces mayor te quedas solo
y no puedes conocer a gente nueva”.

-
-

Anexo 2.


Dinámica de memoria “pasapalabra”.






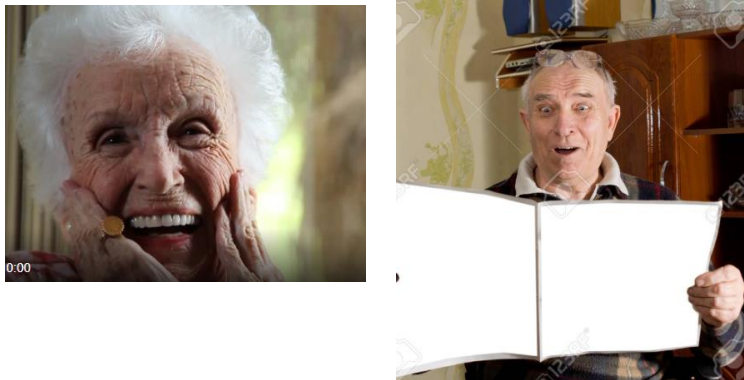


Anexo 3.

Reconocimiento emocional y estrategias.

<p>Enfado.</p> <p>¿Qué puedo hacer?</p> <ol style="list-style-type: none">1.2.3.4.	
---	--

<p>Tristeza</p> <p>¿Qué puedo hacer?</p> <ol style="list-style-type: none">1.2.3.4.	 <p>Two photographs illustrating sadness. The left photo shows a young woman with short brown hair crying, with her hand to her mouth. The right photo shows an elderly man with grey hair, looking thoughtful or sad, with his hand resting on his chin.</p>
<p>Alegría</p> <p>¿Qué puedo hacer?</p> <ol style="list-style-type: none">1.2.3.4.	 <p>Two photographs illustrating happiness. The left photo shows an elderly woman with white hair and glasses, cheering with her arms raised. The right photo shows a young woman with blonde hair hugging an elderly man from behind, both smiling.</p>
<p>Miedo</p> <p>¿Qué puedo hacer?</p> <ol style="list-style-type: none">1.2.3.4.	 <p>Two photographs illustrating fear. The left photo is a close-up of an elderly man's face with a wide-eyed, shocked expression. The right photo shows an elderly woman with her hands on her cheeks, looking fearful.</p>

<p>Sorpresa.</p> <p>¿Qué puedo hacer?</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p>	
---	--

Anexo 4.

Estilos comunicativos.

Estilo comunicativo	Alternativas
<p style="text-align: center;">Pasivo – asertivo – agresivo</p> <p>Situación:</p>	
<p style="text-align: center;">Pasivo – asertivo – agresivo</p> <p>Situación:</p>	

Anexo 5.

Objetivos personales y solución de problemas.

Objetivos personales.	Análisis y solución de problemas.
<p>1.</p>	<p>1. Orientación al problema:</p> <p>2. Definición:</p> <p>3. Generación soluciones:</p>

4. Toma de decisiones:

5. Puesta en práctica y verificación:

2.

3.

Anexo 6.

Cuestionario de Satisfacción.

Contesta a las siguientes preguntas:	Sí	No
¿Crees que ha cambiado tu forma de entender el envejecimiento? Desarrolla (opcional):		
¿Crees que ha mejorado tu forma de relacionarte con los demás? Desarrolla (opcional):		
¿Crees que tienes más recursos para afrontar las situaciones que antes? Desarrolla (opcional):		
Después de tomar decisiones en la residencia y establecer un proyecto de participación autogestionado, ¿sientes que la residencia es un entorno más “capacitante”? Desarrolla (opcional):		
¿Te gustaría participar en más proyectos y decisiones en la residencia? Desarrolla (opcional):		

<p>¿Crees que ha mejorado tu bienestar y calidad de vida en la residencia?</p> <p>Desarrolla (opcional):</p>		
<p>¿Crees que los objetivos trabajados en el Programa de Intervención Psicosocial han ayudado a mejorar tu calidad de vida y bienestar?</p> <p>Desarrolla (opcional):</p>		
<p>¿Qué es lo que más te ha gustado del Programa? ¿Y lo que menos?</p> <p>Desarrolla:</p>		
<p>Si pudieras incluir o mejorar algo del Programa, ¿qué sería?</p> <p>Propuestas:</p>		
<p>¿Recomendarías participar en este Programa?</p> <p>Desarrolla (opcional):</p>		