



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2019/2020

Trabajo de Fin de Máster

**Programa para evaluar la mejora en la calidad de vida, satisfacción vital y apoyo social
percibido en un grupo de residentes de tercera edad**

Autor/a: Salvadora Vidal Sierra

Tutora: M^a Virtudes Pérez Jover

Convocatoria Junio

RESÚMEN

La mejora en la calidad de vida, satisfacción vital y apoyo social debe constituir un objetivo prioritario en la intervención con personas mayores institucionalizadas. Se presentan los resultados de la aplicación de un programa de intervención psicológica grupal a 9 personas de tercera edad residentes en un centro geriátrico. Con el programa se pretendía influir en una mejora en la calidad de vida de los residentes, así como valorar su apoyo social percibido y satisfacción ante la vida, a través del trabajo en grupo de una serie de dimensiones que pueden verse afectadas en la tercera edad, como son la identidad, pérdida de determinados roles, relaciones sociales y proyecto de vida, sobre todo en personas institucionalizadas.. Tras la realización del programa se observó un incremento en las puntuaciones de las dimensiones: Relaciones interpersonales, Desarrollo personal e Inclusión social en comparación con la primera evaluación, así como un aumento en apoyo social y satisfacción vital en algunos de los participantes del programa. .Se concluye que, es necesaria la elaboración de programas grupales específicos que refuercen la calidad de vida, satisfacción y apoyo social de personas de tercera edad residentes en instituciones.

PALABRAS CLAVE: programa grupal, tercera edad, institucionalización, calidad de vida, apoyo social, satisfacción vital, intervención psicológica.

ABSTRACT

Improving quality of life, life satisfaction and social support, should be a priority objective in intervention with institutionalized older people. The results of the application of a group psychological intervention program to 9 elderly people residing in a geriatric center are presented. The program was intended to influence an improvement in the quality of life of residents, as well as assess their perceived social support and satisfaction with life, through group work on a series of dimensions that may be affected in the elderly, such as identity, loss of certain roles, social relationships and life Project, especially in institutionalized people. After the completion of the program, an increase in the scores of the dimensions was observed: interpersonal relationships, personal development and social inclusion in compared to the first evaluation, as well as an increase in social support and life satisfaction in some of the program participants. It is concluded that the development of specific group programs that reinforce the quality of life, satisfaction and social support of elderly people living in institutions is necessary

KEY WORDS: group program, old age, institutionalization, quality of life, social support, life satisfaction, psychological intervention.

INTRODUCCIÓN

Envejecer es un proceso que no tiene un comienzo preciso, y ocurre a lo largo de la vida del individuo, tiene que ver con condiciones genéticas, biológicas, sociales y psicológicas (Fernández- Ballesteros et al., 2003)

Envejecimiento y Vejez no son sinónimos, mientras que vejez tiene que ver con una etapa o estado de la vida, envejecimiento sería el proceso que se desarrolla a lo largo del ciclo vital del individuo (Fernández-Ballesteros, 2004). Centrándose en cómo las características individuales van cambiando y se adaptan a lo largo de toda la vida. La persona adquiere un papel activo en su proceso, que no había tenido hasta entonces.

Si nos acogemos a la definición de envejecimiento que da Saavedra (2011) la consideraríamos una etapa dentro del ciclo de la vida, en la que interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales, llevando consigo una serie de cambios personales que afectan al individuo en cuanto al Apoyo social percibido, haciendo que se incremente el sentimiento de soledad y aislamiento social (Rioseco et al., 2008).

Según Guzmán et al., (2003) ésta pérdida de relaciones sociales, en ocasiones podría afectar a los roles desempeñados por la persona a lo largo de su vida, e incluso a la pérdida de su identidad según

Según los datos estadísticos del padrón continuo del INE, a 1 de Enero de 2018, habría 8.908.151 personas mayores, de las cuales 366.633 vivirían en residencias de tercera edad, habiendo 4,2 plazas de residencia por cada 100 personas mayores, según la base de datos de residencias del CSIC (Ministerio de Economía y Competitividad) Envejecimiento en red, datos obtenidos por encuesta y vaciado de guías y registros autonómicos (2017).

Según datos del CSIC (2010), la población española será una de las más envejecidas en el 2050.

En nuestro contexto europeo, se suele considerar la tasa de personas mayores de 65 años, como la tasa de envejecimiento poblacional.

Haciendo un repaso de la literatura que habla sobre el envejecimiento, en las últimas décadas se ha apostado por un estudio del envejecimiento desde una dimensión positiva, más centrada en el envejecimiento satisfactorio ó exitoso, introduciendo mejoras en la población mayor, intentando reducir la dependencia dentro de lo posible y no tanto en lo patológico, como venía siendo habitual, hasta los años 80 (Meléndez et al., 2009)

Rowe y Khan (1998,1997) definen Envejecimiento con éxito como la baja probabilidad de enfermedad y discapacidad asociada, alto funcionamiento cognitivo y funcionalidad física y compromiso activo con la vida.

La manera de entender el envejecimiento varía su perspectiva con autores como Baltes a la cabeza, planteando una nueva forma de estudiar el envejecimiento, llamándose Perspectiva del ciclo vital (Baltes ,1987).

Conocer cuáles son los factores que evitan que la persona se deslice hacia un envejecimiento patológico, determinarían éste envejecimiento exitoso y adecuada calidad de vida.

El término calidad de vida hace referencia a las circunstancias vitales de las personas mayores, equiparándose con el concepto de Bienestar Objetivo (Lassey y Lassey ,2001).

El término ha tenido múltiples definiciones, en función de la disciplina desde la que se aplicaba, habiendo un consenso en considerarlo como un concepto multidimensional que integra diferentes aspectos de la persona (sociales, salud, ambientales, psicológicas...) comprendiendo elementos de naturaleza objetiva y subjetiva (Fernández-Ballesteros ,2011). También se tendrían en cuenta dimensiones como la satisfacción vital, es decir, la percepción que tiene el individuo de éstas dimensiones (Iglesias-Souto y Dosil ,2005).

Teniendo en cuenta a Triadó (2003), la satisfacción vital y el bienestar, serían marcadores de la calidad de vida, y ésta una de las bases del envejecimiento con éxito. La satisfacción vital, sería la manera en la que la persona valora su trayectoria vital hasta el momento presente.

Dentro del análisis del Bienestar, Ryff (2002) ha diferenciado entre Bienestar Psicológico (tener un propósito en la vida y conseguir la realización del propio potencial y Bienestar Subjetivo, el cual tendría un componente emocional que tendría que ver con los sentimientos de placer y displacer que experimentaría la persona y otro componente cognitivo, relacionado con el juicio que le merece a la persona su trayectoria vital. (Diener y Lucas ,1999).

Keyes, et al.,(2002) llegaron a la conclusión de que ambos constructos estarían relacionados, aunque poseen dimensiones que no compartirían con el otro

Ryff (2002) identificaría 6 dimensiones dentro de su definición de Bienestar personal: Autoaceptación (mantenimiento de una actitud positiva hacia uno mismo) Relaciones positivas con otros, Autonomía (capacidad de resistir a la presión social y evaluarse a sí mismo), Competencia ambiental(dominio en el manejo de los entornos en los que se está implicado/a), Propósito en la vida (percepción de que la vida tiene un significado, integrando experiencias pasadas con presente y futuro) Crecimiento personal (visión de uno mismo abierto a nuevas experiencias que nos enriquezcan y permitan realizar todo nuestro potencial)

Sabiendo que el envejecimiento supone cambios y pérdidas a nivel físico, social y emocional, haciendo que el mayor deba adaptarse cognitiva, social y emocionalmente, a pesar de esto el Bienestar subjetivo permanecería estable a lo largo de la vida del sujeto, teniendo para ello especial importancia el proceso de adaptación a los cambios y sucesos vitales que cada persona posee (Velasco y Snibaldi , 2001).

Este proceso de adaptación, tendría una especial relevancia para lo que se ha venido llamado un “Envejecimiento con éxito ó satisfactorio”

Diversos factores y variables biopsicosociales se han relacionado con la calidad de vida del adulto mayor (bienestar psicológico, estado de salud físico y mental y apoyo social).

Khan y Antonucci (1980) definirían el Apoyo Social como transacciones interpersonales que implicarían ayuda, afecto y afirmación.

El apoyo podría ser Formal (burocracia, organismos...) e Informal (familia, vecinos, amigos, redes comunitarias...), desde el presente trabajo nos ocuparemos de la importancia que éste apoyo informal tiene en los individuos residentes en instituciones de tercera edad.

Barrera (1980) distinguiría 3 componentes dentro del apoyo social: el grado de integración social de la persona en un grupo, el apoyo social percibido (confianza que se tiene en que la red social está disponible) y el apoyo social recibido (acciones que los individuos realizan para ayudar a otros/as

En un estudio de Urzúa et al., (2011) se analizaron los factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor, en una muestra de población chilena, comprobándose que el apoyo social se relacionaba directamente con la calidad de vida, ya que el estar integrado en la familia, comunidad y mantener relaciones sociales activas, llevaba a un sentimiento de autoeficacia, control y competencia personal. El contar con soporte social, podría amortiguar las posibles situaciones estresantes.

Viendo las diferencias en el apoyo social entre mayores institucionalizados y los que no lo son, Molina et al., (2008) en un estudio realizado con una muestra de 111 ancianos institucionalizados y no institucionalizados para analizar las diferencias existentes en un componente de la calidad de vida, el bienestar, destacaron que el aspecto relacional era

claramente superior en los sujetos no institucionalizados, obteniendo el porcentaje más alto en la percepción del bienestar desde el apoyo familiar.

La baja puntuación obtenida por los sujetos institucionalizados, podía ser debida a que los juicios del bienestar serían el resultado de comparar la situación actual en la que se encuentra el individuo, con situaciones pasadas, personas que nos sirven de referencia, ideales...cuando nuestro estado presente no llega al nivel de éstos estándares, nuestro bienestar tendería a ser bajo.

Los estudios de Castellano y Fuentes et al. (2000) y Molina et al. (2008), coinciden en la importancia del apoyo social en individuos no institucionalizados, concretamente el apoyo familiar supone una fuente de bienestar, incrementando la autoestima de éste grupo de gente, presentando los institucionalizados, una menor autoestima, siendo las amistades su principal fuente de apoyo.

El lugar de residencia en el que la persona anciana vive, sería una variable predictiva de la calidad de vida. Las personas que viven en residencias, en ocasiones suelen tener escasas relaciones sociales, por lo que su apoyo percibido sería bajo (Fernández-Ballesteros ,1998).

En el estudio de Esquivias et al. (2015), no se encontraron diferencias significativas entre el apoyo social percibido en ancianos que vivían en sus domicilios y los que lo hacían en residencias, aunque el grupo con la media más baja en apoyo social percibido era el que vivía en residencias.

Teniendo como base los estudios revisados, El presente trabajo, pretende potenciar la importancia del apoyo social dentro de una residencia de mayores y ver su impacto en la calidad de vida y bienestar de los residentes, a través del trabajo en grupo, como forma de cohesión y medio de compartir experiencias y emociones.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de vida, nivel de satisfacción y apoyo social percibido de los residentes del centro geriátrico La Morenica

Hipótesis científica: La calidad de vida de los residentes mejorará tras la realización del Programa de apoyo grupal, aumentando su nivel de satisfacción vital y apoyo social percibido.

Hipótesis estadística:

$H_0 \rightarrow$ La calidad de vida, nivel de satisfacción y apoyo social percibido de los residentes, será igual tras la aplicación del programa de apoyo grupal

$H_1 \rightarrow$ La calidad de vida, nivel de satisfacción y apoyo social percibido de los residentes, mejorará tras la aplicación del programa de apoyo grupal

MÉTODO

Participantes

Los participantes de esta intervención fueron usuarios del centro Socio sanitario La Morenica en la ciudad de Villena, centro perteneciente al Grupo el castillo, focalizado en la atención a la dependencia. El centro La Morenica, está acreditado por Consellería de Bienestar social como centro de tipología Mixta, atendiendo a usuarios con distintos perfiles, estando especializado en la atención de personas mayores, discapacitados físicos, psíquicos y enfermos mentales. El grupo seleccionado para el estudio estaba formado por residentes de tercera edad. Se informó a los usuarios participantes de la realización de dicho estudio y se

cumplimentó un consentimiento informado para poder participar en el mismo, una vez decidieron formar parte del programa.

La muestra estaba compuesta por 9 residentes, 5 varones y 4 mujeres con edades comprendidas entre los 67 y 85 años de edad.

Variables e instrumentos.

Variables Sociodemográficas: Se recogió información sobre edad, sexo y capacidad cognitiva, la selección de la muestra la realizó la Psicóloga/tutora de referencia, seleccionando a aquellos/as residentes que no presentaban deterioro cognitivo resultados obtenidos por las prueba cognitiva del cuestionario de Pfeiffer (1975) .

*Escala GENCAT .*Evaluación objetiva de la Calidad de vida de Verdugo et al. (2002/2003), consta de 69 ítems distribuidos en ocho subescalas: Bienestar emocional (BE) Se evalúa mediante 8 ítems Relaciones interpersonales (RI): consta de 10 ítems. Bienestar Material (BM) 8 ítems. Desarrollo personal (DP) 8 ítems. Bienestar físico (BF) 8 ítems. Autodeterminación (AU) 9 ítems. Inclusión social (IS) 8 ítems y Derechos (DE) 10 ítems .

Todos los ítems se responden utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones ('nunca o casi nunca', 'a veces', 'frecuentemente' y 'siempre o casi siempre'). Puntuándose con (1-2-3-4), cada una de las opciones.

Para obtener la puntuación directa total en cada subescala o dimensión se han de sumar las respuestas (1-2-3-4) de cada uno de los ítems que las componen.

Para obtener el Índice de Calidad de vida primero se han de sumar las puntuaciones estándar de las ocho dimensiones y anotar el resultado en la casilla 'Puntuación estándar TOTAL (suma)' del cuadernillo de anotación.

La escala ofrece una adecuada fiabilidad y validez. La fiabilidad está representada por una consistencia interna de 9,16, la validez convergente supera el valor de ,50 con valores t superiores a 2,58 ($p < 0,1$).

ESCALA LIFE SATISFACTION INDEX (LSI-A) (Neugarten et al., 1961, 1996). Los autores definieron operacionalmente el constructo de satisfacción vital. La prueba consta de 20 ítems (afirmaciones), que se responden con las opciones "De acuerdo"/ "En desacuerdo" /"No sabe - No contesta". Se puntúan 0 o 1 según sea la dirección de la respuesta. Si la respuesta era "No sabe-No contesta" el puntaje es "0". La puntuación total que una persona puede obtener fluctúa entre 0 y 20 puntos (a mayor puntuación mayor satisfacción vital).

Se obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.80, lo que demuestra una buena consistencia interna del instrumento (Henerson, et al., 1987).

La consistencia interna de la escala total es de 0,80. La validez concurrente se estimó a partir del índice de correlación de Pearson ($r=0,455$), siendo significativo ($p < 0,001$).

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO (EMAS): Adaptada al castellano por Landeta y Calvete (2002), se trata de una escala tipo Likert de 7 intervalos, compuesta por 12 ítems, los cuales tienen una puntuación de 1 cuando es "Estar totalmente en desacuerdo" y de 7 cuando es "Estar totalmente de acuerdo". La escala recoge qué niveles de apoyo social perciben las personas a las que se les administra, contemplando 3 factores, Amistad, Familia y Personas relevantes.

La escala informa de dónde proceden los apoyos y la percepción de los mismos

A mayor puntuación obtenida, se estima mayor percepción de apoyo social. La puntuación total máxima es de 84.

El análisis de confiabilidad a través del Alfa de Cronbach, mostró una consistencia interna de la escala un valor de 0,8595

PROCEDIMIENTO

El programa constó de 12 sesiones, las cuales tuvieron lugar una vez a la semana, con una duración de una hora cada sesión. En la primera sesión se informó de la finalidad del programa y se firmó el documento de protección de datos y confidencialidad correspondiente, además de los cuestionarios correspondientes a la fase de pre-test (GESCAD, LSI-A, EMAS), y en la última sesión se realizó el post-test.

Las sesiones tuvieron lugar en la sala comedor de la estancia de tercera edad, en la cual se dispusieron las mesas en hilera y todos los participantes se sentaron alrededor de las mismas. Los residentes accedieron a participar voluntariamente en el programa, habiendo recibido información detallada del mismo.

Las sesiones comenzaron con un resumen de lo tratado en la sesión anterior, para recordar conceptos y con una breve explicación de lo que se iba a tratar en esa sesión. Las sesiones se dividieron en una parte de psicoeducación, en la que se explicaba la materia y otra de dinámicas participativas en las que se trabajaban los contenidos.

A los/as asistentes se les entregaron folios, lápices y colores por si en alguna dinámica propuesta era necesario anotar algo, pero la gran mayoría de las sesiones eran prácticas. Se realizó en cada sesión, una breve explicación de los conceptos a tratar a través de material visual, ordenador, pizarra, posits, para trabajar el material acordado, las sesiones se desarrollaron a través de dinámicas grupales en las que participaban todos/as los/as miembros

del grupo, con el fin de que todos/as tuviesen el mismo protagonismo y visibilidad. Al final de la sesión se procuró que todos/as recibiesen retroalimentación de sus compañeros/as.

Tabla 1. Módulos y sesiones

Módulo	Sesión	Contenido
1.IDENTIDAD	<i>1</i>	Presentación Participantes Explicar el contenido del taller y los objetivos a conseguir Explicación normas básicas Ejercicio ¿Quién soy yo?
	<i>2</i>	Trabajar la identidad a través de Reminiscencias <i>¿Cómo me siento cuando recuerdo quién era?</i> Ejercicio cosas que disfruto-cosas que me desagradan. En grupo ir comentando cada uno y los sentimientos y emociones que afloran.
2.EMOCIONES	<i>3</i>	Psicoeducación: diferenciamos entre pensamientos, sensaciones y conductas (tren de las emociones) -Identificación de clases de emociones y reconocimiento en el cuerpo, -La subjetividad de las emociones: el cómo cada persona ante un mismo acontecimiento puede sentir emociones diferentes, Regulación emocional: Ejercicio de Respiración y visualización (el parte meteorológico personal).

	4	<p>Psicoeducación: cómo la música puede ser un medio para la expresión e identificación emocional.</p> <p>-Trabajamos las emociones a través de melodías musicales (escuchar varias canciones de su época y melodías) Qué han sentido mientras escuchaban, qué recuerdos han aflorado, tristes, alegres, nostalgia.</p>
3.NUEVA ETAPA	5	<p>-Afrontando la 3ª edad. -Cambios y nueva etapa.</p> <p>-Psicoeducación: pérdidas y duelo</p> <p>- Pérdidas en las diferentes etapas de la vida .(Infancia, adolescencia, adultez)</p> <p>Ejercicio: “Que ha supuesto para vosotros la entrada en el centro”</p>
	6	<p>-Psicoeducación acerca de pérdidas Sociales, Físicas y Emocionales.</p> <p>-Expresión de emociones relacionadas con la pérdida de la independencia (rueda de reflexiones)</p> <p>- Pérdida de manejo de decisiones ó control sobre La propia vida</p> <p>-Ejercicio: poder decirle algo a lo que hemos perdido, a través de posits que pegaremos en un panel</p>

4. PROYECTO DE VIDA

- 7 -Proyecto de Vida (Qué me gustaría mantener, recuperar o empezar de nuevo)
-Ejercicio: “Ahora soy”
- 8 -Reflexionar acerca de nuestras habilidades de vida, relacionado con la satisfacción o bienestar subjetivo
-Proponer metas a corto plazo
- Ejercicio: “El árbol de los recuerdos”

5. APOYO SOCIAL

- 9 -Psicoeducación acerca de los beneficios del apoyo social en general y del grupo de iguales en particular
-Dinámica acerca de las relaciones interpersonales que me proporciona el grupo
- Habilidades para identificarse con el propio grupo social
-Compartir emociones con los demás. La verbalización de mis emociones a los demás.
-Ejercicio:” Rueda en la que digo aquello positivo que caracteriza a los compañeros”
- 10 -El grupo como apoyo (reflexión acerca de la importancia de los otros significativos en la construcción de nuestra autoestima)
-

	-Ejercicio: Entre todos elaboran una historia, como un ejercicio de cocreación
11	-Resumen general de lo que hemos visto en el taller y la finalidad del mismo -Dinámica: “Rueda en la que expresamos que nos motiva y conecta con la vida” - Despedida y cierre
12	-Evaluación post-test

Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó mediante el sistema operativo SPSS 21. Se realizaron análisis descriptivos en términos de frecuencias y medias.

RESULTADOS

Los 9 participantes en el programa, tenían una edad comprendida entre los 67 y 85 años, 4 mujeres y 5 hombres y ninguno de ellos/as presentaba deterioro cognitivo

Se detalla a continuación, los resultados más relevantes obtenidos tras la aplicación del programa.

En primer lugar, se muestran los resultados obtenidos en la escala GENCAT correspondientes a la comparación pre y post-test (gráfico 1). Como se puede observar la subescala en la cual puntuaron más alto todos los participantes en el pre y post, fue la

correspondiente a Derechos, seguida de la de Relaciones interpersonales, en ésta subescala hay un ligero aumento de la puntuación en 7 de los 9 sujetos en relación a la evaluación anterior.

En Bienestar Emocional, los resultados del post- test, mostraron en los sujetos 1,2, 7 y 9 un leve incremento en las puntuaciones respecto a la evaluación anterior, mientras que los sujetos 3 y 5 presentaron puntuaciones más bajas respecto a los resultados del pre-test. Los sujetos 4, 6 y 8, puntuaron igual en ambas evaluaciones.

En desarrollo personal e Interacción social, también se encontró un incremento en las puntuaciones de 7 sujetos durante el post-test, respecto a la evaluación anterior.

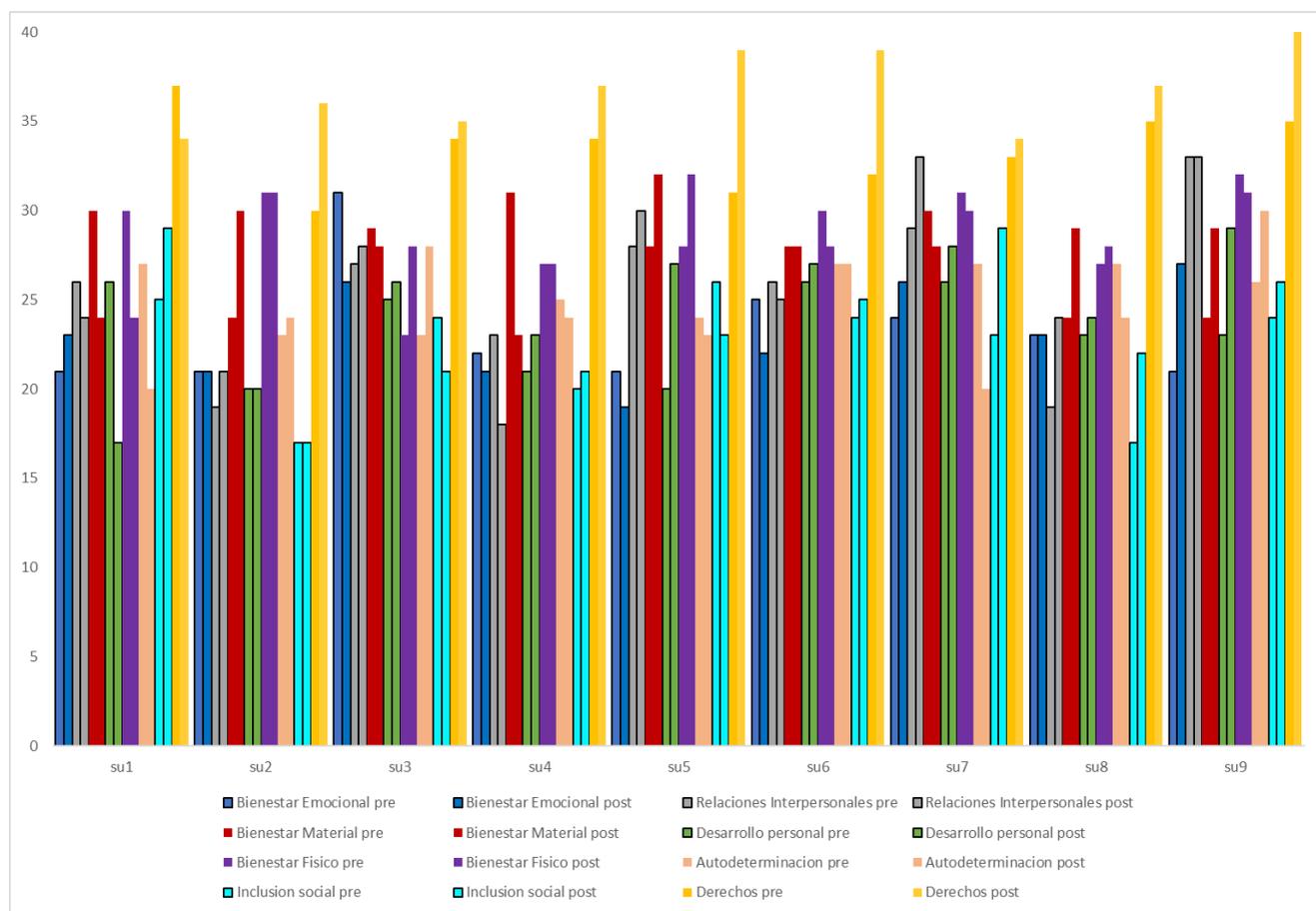
En la subescala Relaciones Interpersonales correspondiente al post-test, se observa un aumento en las puntuaciones de 5 de los 9 sujetos, en comparación al pre-test.

En Autodeterminación son 3 los sujetos que incrementan sus puntuaciones en el post-test.

En la subescala Inclusión social hay un aumento de las puntuaciones en el post-test de 6 de los sujetos participantes. Siendo Derechos la escala en la que más sujetos tienen un incremento de puntuación respecto al pre-test.

En términos generales y una vez contrastados los resultados de la escala durante el pre y post-test, se observó un incremento en las puntuaciones de algunas subescalas de calidad de vida de los/las participantes del programa al finalizar el mismo.

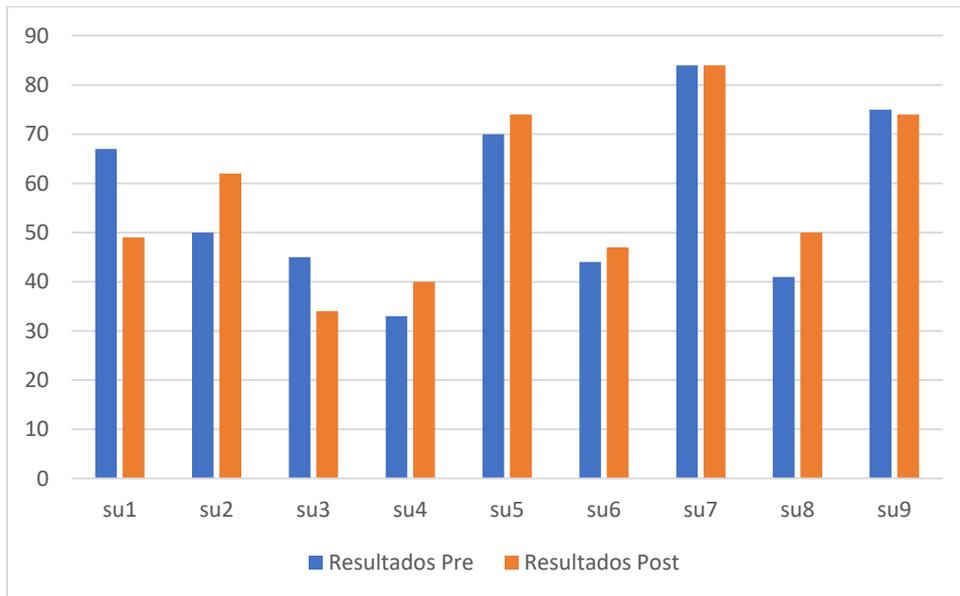
Gráfico 1. GENCAT-Pre y Post



En el gráfico 2, comprobamos que en la escala EMAS, sólo el sujeto 7 puntuó más de 80. Los sujetos 1,4,5 y 9 puntuaron valores alrededor de 70, estando los sujetos 2,3,6 y 8 por debajo de 50.

Los sujetos 5,7 y 9 que puntuaron más alto en pre-test, siguieron haciéndolo en la evaluación posterior, mientras que los sujetos 1 y 4 en el post-test sus puntuaciones bajaron respecto a la evaluación anterior. Los sujetos 2, 3, 6 y 8 incrementaron sus puntuaciones a diferencia de la evaluación anterior.

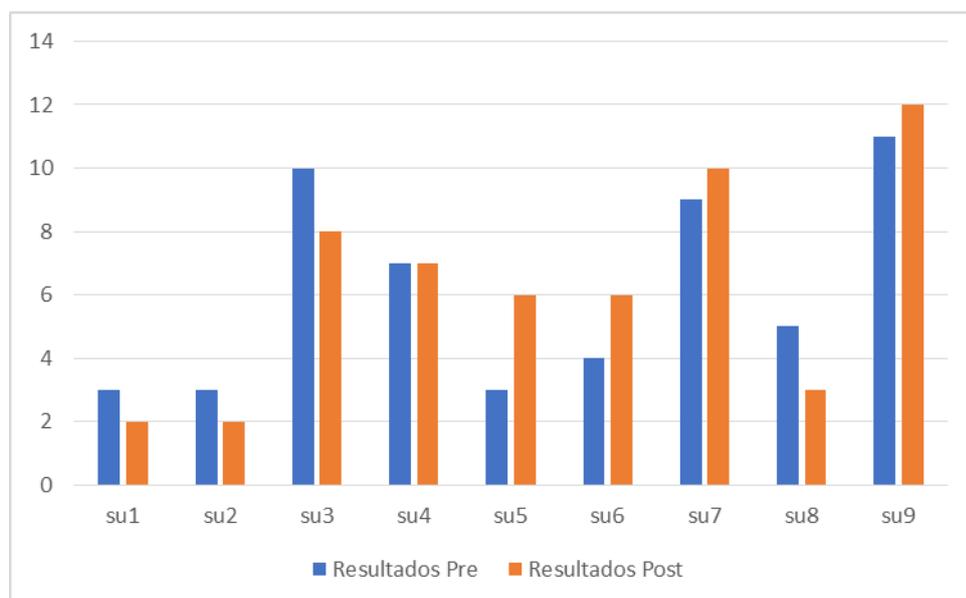
Gráfico 2. EMAS Pre y Post



La escala LSI-A, medía satisfacción vital en los participantes. Como se puede observar en el gráfico 3, los sujetos que más alto puntuaron fueron los sujetos 3,7 y 9, obteniendo valores de 10, 9 y 11 respectivamente. El resto de sujetos puntuó por debajo de 8, la puntuación máxima de la escala era de 20.

En el post-test de esta escala, 4 de los 9 sujetos incrementaron sus puntuaciones con respecto a la evaluación anterior y 4 obtuvieron puntuaciones más bajas respecto a la primera evaluación y sólo un sujeto se mantuvo igual en sus puntuaciones pre y post.

Gráfico 3. LSI-A Pre y Post



DISCUSIÓN

Tras la aplicación del programa, los resultados obtenidos mostraron que la intervención ofreció puntuaciones relevantes en escalas relacionadas con la calidad de vida y el apoyo social. Los sujetos participantes del programa, fueron evaluados a través de tres escalas que evaluaban Calidad de vida, Apoyo social percibido y Satisfacción vital. Tras la intervención, una mayoría de sujetos puntuaron más alto en las subescalas Relaciones interpersonales, Desarrollo personal, e Inclusión social. Uno de los objetivos propuestos fue mejorar la calidad de vida y satisfacción vital de los participantes a través del apoyo social. Con los resultados que se obtuvieron en éstas dimensiones, concluimos que la realización del programa contribuyó a mejorar las puntuaciones de las dimensiones Relaciones interpersonales, Desarrollo personal e Inclusión social. Si bien es cierto que no es extensivo a todos los sujetos, pero hubo un incremento en la subescala Bienestar emocional a diferencia de la primera evaluación, en 4 de los 9 sujetos, por lo que el programa incidió positivamente en ésta dimensión.

La mejora en Apoyo social y la satisfacción vital también fueron objetivos propuestos con la realización del programa en los sujetos participantes, y que a través de los datos obtenidos nos indican que ha habido una mejora entre el antes y después de la intervención, en dichas dimensiones.

La realización del programa permitió a los residentes sentirse parte de un grupo y dialogar entre ellos, teniendo la oportunidad de compartir sentimientos y recuerdos, que de normal algunos de ellos no compartía con nadie y otros tenían una o dos personas con las que poder compartir sus vivencias. Aunque desde el centro se ofertan multitud de actividades y son grupales (manualidades, talleres ocupacionales, cine, bingo, karaoke...) son actividades en las que no conversan mucho entre ellos y la interacción se limita a la de convivencia. Sin embargo durante el programa tenían la posibilidad de expresar sus emociones e inquietudes acerca de su estancia en el centro y ser escuchados.

Que la mayor parte de las sesiones se desarrollara de forma práctica, permitió favorablemente ese acercamiento entre ellos y que cada uno de ellos/as tuviese voz y escuchase cosas de compañeros/as con los que en su rutina diaria no tenían relación, esto permitió que saliesen a la luz aspectos positivos y cualidades que veían unos de otros durante las sesiones.

Los resultados de esta intervención, están en la línea de los obtenidos por Esquivias, M. et al. (2015), en el que se comparó el apoyo social percibido y el lugar de residencia de personas mayores entre 75 y 95 años, residentes en sus domicilios y en residencias de tercera edad. También se relacionó la calidad de vida y el apoyo social percibido. Los resultados no mostraron diferencias significativas entre el apoyo social percibido de las personas que vivían en sus domicilios y las institucionalizadas, pero si se obtuvo una relación positiva entre la calidad de vida y el Apoyo social percibido. Encontraron que a mayor apoyo social percibido

en los participantes, mayor calidad de vida presentaron. En estudios revisados como el de Pérez Fuentes, M.C et al. (2011) con el paso de los años, la probabilidad de experimentar pérdidas sociales aumenta, que lleva la alteración de la red de apoyo social del individuo, produciendo un deterioro en su calidad de vida. La familia cobra especial relevancia en los procesos de adaptación de la persona mayor al centro residencial, en ocasiones la disminución de la presencia familiar en el entorno del residente, podría aumentar la probabilidad de padecer ansiedad y depresión (Guillén ,1998). A diferencia del estudio de Esquivias, M. et al. (2015) el presente trabajo partió de la realización de un programa en el que se incluyeron aspectos relacionados con la calidad de vida, satisfacción vital y apoyo social, como eran las pérdidas de roles, trabajo en grupo, emociones resultantes del cambio vital que supone entrar a vivir en una residencia, proyecto de vida ...para mejorar de la calidad de vida e influir en el apoyo social percibido y nivel de satisfacción de los residentes.

Finalmente el trabajo cuenta con una serie de limitaciones, El programa que se llevó a cabo, no fue un programa implantado con anterioridad, ni validado por otros estudios, sino que se trató como un programa psicoeducativo elaborado por la psicóloga en prácticas con la supervisión de la psicóloga responsable. Durante la aplicación del programa se tuvo en cuenta la diferencia de edad entre los/as participantes y las dificultades que podrían tener algunos/as con los contenidos y conceptos teóricos, por lo que en todas las sesiones tanto los contenidos como su explicación, se expusieron principalmente de forma visual, con la realización de paneles en los que se pegaban los conceptos y las explicaciones. Aunque la programación y el material se preparaban sesión a sesión, en ocasiones era necesario reformularlo para su comprensión o distribuir el material en dos sesiones. Por lo que se contempla la posibilidad de que en futuros programas el grupo sea lo más homogéneo posible en cuanto a edad se refiere, para agilizar la dinámica de las sesiones. En cuanto a limitaciones metodológicas el no incluir grupo control para demostrar que el programa había resultado efectivo a la hora de

mejorar la calidad de vida de los residentes. Los sujetos participantes mostraron al final del programa un nivel de satisfacción alto por haber participado en el mismo y haber tenido la oportunidad de entablar relación con los compañeros/as del grupo, aunque esto no fue validado con ningún instrumento de satisfacción.

Otra limitación sería la no realización de un cuestionario de satisfacción por parte de los residentes al término del programa.

El tamaño de la muestra fue reducido en comparación con las muestras de los estudios revisados, se situó por debajo de las recomendaciones estadísticas para que los datos obtenidos mediante este programa posean un rigor científico aceptable. Además de estas limitaciones, se ha de considerar que dadas las circunstancias del entorno residencial de los participantes, en algunas sesiones no se presentaba alguno de los individuos ya que les coincidía con alguna actividad de ocio o visita familiar.

Una vez analizados los datos obtenidos tras nuestra intervención, y en relación a nuestra formulación inicial del problema, podemos concluir que la realización del programa por parte de los residentes, ha supuesto una mejora en algunas dimensiones de la calidad de vida, satisfacción vital y apoyo social percibido

Finalmente, destacar la necesidad como futuras líneas de intervención la creación de programas estructurados de intervención grupal específicos para este colectivo de tercera edad residencial, porque aunque desde el contexto residencial en general y desde el centro La Morenica en particular, los residentes disponen de multitud de actividades de ocio y tiempo libre, así como de talleres ocupacionales, el disponer de un grupo de referencia en el que compartir experiencias y emociones acerca de su proceso de adaptación al centro, pérdida de roles, disminución del contacto social familiar y otros aspectos que dotan de gran carga emocional a éste colectivo, supone una herramienta importante en el bienestar y satisfacción

de los residentes (castellano Fuentes, 2014). Son muchas las investigaciones y estudios existentes sobre envejecimiento y satisfacción vital, poniendo de relevancia el cambio de actitud hacia éste colectivo, apostando por un envejecimiento saludable y de calidad, pero es cierto que hay diferencias entre población institucionalizada y no institucionalizada, debiendo invertir en programas que refuercen la calidad de vida y bienestar y apoyo social de éste colectivo. La experiencia emocional de los residentes y su proyecto vital como tales, deben ser aspectos a ser tratados desde un enfoque integrativo e interdisciplinar entre todos los profesionales dedicados al área de las residencias de tercera edad para lograr un incremento en la calidad de vida y satisfacción de éste colectivo.

REFERENCIAS

- Alcalá, V. et al. (2007). Afectos y Depresión en tercera edad. Universidad Sevilla. Psicothema, vol.19, n°1*
- Alfonso, L. et al. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos Mayores. Revista ciencias médicas vol.20, n°1. Pinar del Río*
- Aponte, V.C. (2015). Calidad de vida en la tercera edad .Universidad Católica Boliviana “San Pablo” La Paz-Bolivia*
- Castellano- Fuentes, C. (2014). La Influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. International Journal of psychology and psychological therapy. 14,3, 365-377*
- Esquivias, M.V. (2015). Calidad de vida y apoyo social percibido durante la Vejez. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid*
- Fernández-Ballesteros, R. (2005). Evaluation of “Vital Aging-M”: A Psychosocial program for promoting optimal aging. European Psychologist, vol.10 (2) 146-156*
- Fernández-Prado, S. (2012). The influence of a cognitive simulation program on The quality of life perception among the elderly. Archives of Gerontology and Geriatrics, 54, 181-184*
- García Ramos, J.M (2015). Bienestar Emocional: Vía para una vejez saludable Trabajo fin de grado. Universidad de la Laguna*

- Greenberg, L. et al. (2015) *La Terapia Focalizada en las Emociones: Una Visión de Conjunto*
- Gracia Blanco, M. et al. (2004). *Analysis of Self-Concept in older adults in defferent Contexts. European journal of psychological asesment, vol.20, issue 4, 262-274*
- Landeta, O. y Calvete, E. (2002). *Adaptación y validación de la Escala Multidimensional de Apoyo social percibido. Ansiedad y Estrés. 8(2-3):173-182*
- López-Pérez, B. et al. (2008) *Educación emocional en adultos y personas mayores. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid*
- Luque, O. (2015). *El papel de la inteligencia emocional sobre la calidad de vida en mayores institucionalizados. Tesis doctoral. Universidad de Jaén. Facultad de humanidades y ciencias de la educación. Departamento de psicología.*
- Márquez, et al. (2009) *¿Cambian nuestras experiencias de las emociones y la forma de regularlas a lo largo de la vida?. Infocop. Universidad Autónoma de Madrid.*
- Meléndez, J.C. (1999). *Percepción de las relaciones sociales en la tercera edad. Revista de Psicogeriatría.*
- Meléndez, J.C, (1998). *Programa de intervención para la mejora de la autopercepción en jubilados Revista de Psicogeriatría Volumen 14 (5)*
- Meléndez, J.C. (2009). *La satisfacción vital en los mayores. Factores sociodemográficos. Boletín de Psicología, nº 95, 29-42*
- Molina, J.C et al. (2008). *Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Anales de psicología, vol.24, nº2, 312- 319*
- Osuna, M.J et al. (2003). *Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. Revista Multidisciplinar de Gerontología, 13(3): 152-162*
- Pérez-Fuentes, M.C. et al.(2014). *Estimulación de la Inteligencia Emocional en mayores. El programa PECCI-PM. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, Vol. 4, No 3 (Págs. 329-339) Universidad de Almería (España)*
- Pérez –Fuentes, M.C. et al. (2011). *Apoyo familiar en mayores institucionalizados y no Institucionalizados. European Journal of investigation in health, psychology and education, vol , nº1,31-43*
- Santacreu, M. (2012). *Geropsychology in Spain. GeroPsych, 25(3), 171-179*

- Soldevila, A. et al. (2003) .Objetivos y contenidos de un programa de educación emocional para personas mayores. Emociona't. Universidad de Lleida, España. Revista Iberoamericana de educación.*
- Urzúa, A. et al. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. Revista Med Chile, 139: 1006-1014*
- Verdugo, M.A et al. (2009). Manual de aplicación de la escala Gencat de calidad de vida. Instituto universitario de integración en la comunidad (NICO). Universidad de Salamanca. España*
- Viguera, V. (2000).Identidad y Autoestima en adultos mayores. Educación para el envejecimiento. Revista Tiempo. Portal de Psicogerontología*
- Zegers, B. et al. (2009). Validez y confiabilidad del índice de satisfacción vital (LSI-A) de Neugarten et al, en una muestra de adultos mayores en Chile.*

