



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER:

**RELACIONES INTERPERSONALES Y CALIDAD DE
VIDA. PROGRAMA EN COMPETENCIA SOCIAL Y
COMUNICACIÓN EN PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS**

Presentado por Elena Betegón Blanca para optar al Máster Universitario en Psicopedagogía por la Universidad de Valladolid, en el curso 2017-2018.

Dirigido por:
Dra. María Jesús Irurtia Muñiz

Valladolid, junio del 2018

RESUMEN

El Trabajo de Fin de Máster que se expone a continuación constituye una iniciación a la investigación educativa en psicopedagogía. El tema principal que se aborda está centrado en la programación de un taller que ayude a mejorar la calidad de vida de las personas adultas cuyas relaciones interpersonales se ven condicionadas por la ansiedad en situaciones sociales. Partiendo de la fundamentación teórica sobre la competencia social y la comunicación se instalan una serie sesiones con las que erradicar la ansiedad que se pueda producir en su día a día y, de este modo, mejorar la calidad de vida de los participantes.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, competencia social, comunicación interpersonal, educación permanente, envejecimiento, psicopedagogía gerontológica.

ABSTRACT

The Final Master Research that is exposed next constitutes an initiation to the educative investigation in psychopedagogy. The main subject that it is going to be approach is the programming of a workshop that helps to improve the quality of life of the adult persons whose interpersonal relations meet determined by the anxiety in social situations. Starting from the theoretical foundation on social competition and the communication, we tried to implant a series meetings which to eradicate the anxiety that can be produced in the routine of the students and, consequently, the improvement of their quality life.

KEYWORDS: Quality of life, social competition, interpersonal communication, permanent education, aging, gerontological psychopedagogy.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	17
MOTIVACIÓN.....	19
A. PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA.....	20
B. OBJETIVO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	20
C. DESARROLLO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	21
JUSTIFICACIÓN.....	23
BLOQUE I: MARCO TEÓRICO	31
CAPÍTULO 1: CALIDAD DE VIDA.....	33
1.1. APROXIMACIÓN AL TÉRMINO "CALIDAD DE VIDA".....	33
1.2. SIGNIFICADOS DEL ENVEJECIMIENTO Y ESTILOS DE VIDA.....	34
1.2.1. <i>Ajustes en el desarrollo del envejecimiento</i>	36
1.2.2. <i>Estilos de vida</i>	38
1.3. ANSIEDAD COMO CONDICIONANTE.....	40
CAPÍTULO 2: COMPETENCIA SOCIAL EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES	45
2.1. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DEL TÉRMINO.....	46
2.1.1. <i>Factores que componen la competencia social</i>	46
2.1.2. <i>Modelos de fracaso</i>	46
2.1.2.1. <i>Modelo de déficit</i>	46
2.1.2.2. <i>Modelo de inhibición</i>	47
2.2. LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y LOS "AUTO-"	47
2.3. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES	48
2.3.1. <i>Concepto de HHSS</i>	48
2.3.2. <i>Fases del EHS</i>	50
2.4. LA COMUNICACIÓN COMO EJE PRINCIPAL	51
2.4.1. <i>Tipos de comunicación</i>	52
2.4.2. <i>Componentes de la comunicación</i>	52
2.4.3. <i>Estilos comunicativos</i>	53
CAPÍTULO 3: EDUCACIÓN EN PERSONAS ADULTAS	55
3.1. CONSTRUCCIÓN DE UNA GERONTOLOGÍA EDUCATIVA	55
3.2. PROGRAMAS INTERUNIVERSITARIOS.....	57
3.2.1. <i>Realidad actual, ¿a qué nos referimos?</i>	57

3.2.2. <i>Fases y funciones en la gestión de programas</i>	58
3.2.3. <i>El diseño curricular</i>	60
BLOQUE II: MARCO EXPERIMENTAL	63
A. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN PSICOPEDAGÓGICA	64
B. CRITERIOS DE VALIDEZ	64
CAPÍTULO 4: ESTUDIO EMPÍRICO	67
4.1. HIPÓTESIS	67
4.1.1. <i>Hipótesis general</i>	67
4.1.2. <i>Hipótesis específicas</i>	67
4.2. OBJETIVOS	67
4.2.1. <i>Objetivo general</i>	67
4.2.2. <i>Objetivos específicos</i>	67
4.3. SUJETOS	68
4.3.1. <i>Reclutamiento</i>	68
4.3.2. <i>Población</i>	68
CAPÍTULO 5: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	71
5.1. MÉTODO	71
5.1.1. <i>Herramientas de planificación, ejecución y evaluación</i>	71
5.1.1.1. <i>Planificación</i>	72
5.1.1.2. <i>Ejecución e instrumentos</i>	72
5.1.1.3. <i>Evaluación</i>	73
5.1.2. <i>Procedimiento</i>	73
5.1.2.1. <i>Análisis de la realidad y definición de los componentes del PCSC</i> 73	
5.1.2.2. <i>Definición del lugar y calendario de la aplicación del PCSC</i>	76
5.1.2.3. <i>Estrategias y técnicas del PCSC</i>	76
BLOQUE III: CONCLUSIONES E IMPLICACIONES	83
A. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	83
B. LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS	85
REFERENCIAS	87

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: <i>Transdisciplinariedad: síntesis sobre el reduccionismo de Koizumi (2001, citado en Battro, Fischer y Léna, 2016, p.236).....</i>	20
Tabla 2: <i>Características del aprendizaje entre adultos e infantes/jóvenes (Adaptación de Amador, 1998, citado en Moreno-Crespo, 2015, p. 24)...</i>	24
Tabla 3: <i>Enfoques y teorías sobre el envejecimiento (Adaptado de Huenchuan, s.f.)</i>	35
Tabla 4: <i>Características del desarrollo en los 3 periodos de la adultez (Adaptado de Papalia y cols., 2009).....</i>	37
Tabla 5: <i>Adaptación de los diferentes TA recogidos en el DSM-V (Tortella-Feliu, 2014, p.63).....</i>	43
Tabla 6: <i>Etapas en la aplicación del EHS (Adaptado de Bueno y cols., 2012, p. 63).....</i>	50
Tabla 7: <i>Comparación grupal de los datos con las puntuaciones estandarizadas...</i>	76
Tabla 8: <i>Puntuaciones individuales de las dimensiones de la GENCAT con el STAI en mujeres.....</i>	77
Tabla 9: <i>Puntuaciones individuales de las dimensiones de la GENCAT con el STAI en varones.....</i>	77
Tabla 10: <i>Correlación entre puntuaciones de calidad de vida y nivel de ansiedad..</i>	78
Tabla 11: <i>Planificación del PCSC.....</i>	79
Tabla 12: <i>Enfoque y métodos o técnicas de modificación de conducta (Carrolles, 1985, pp.104-105).....</i>	81
Tabla 13: <i>Distribución de las actividades del PCSC.....</i>	80

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1:</i> Cono del aprendizaje de Edgar Dale (Vidal, 2007).....	25
<i>Figura 2:</i> Ejes bipolares de diferenciación de los Estilos de Vida (Fernández, 1994, p.169).....	39
<i>Figura 3:</i> Determinantes del envejecimiento activo (Fernández-Ballesteros y cols., 2005).....	39
<i>Figura 4:</i> Factores de riesgo de ansiedad (Adaptado de Echeburúa, 1996).....	40
<i>Figura 5:</i> Composición sintomatológica de una espiral ansiosa (Luengo, 2005,p. 81).....	42
<i>Figura 6:</i> Mapa conceptual de Competencia Social.....	45
<i>Figura 7:</i> Mapa conceptual de HHSS (Adaptado de Gutiérrez y cols., 2011).....	49
<i>Figura 8:</i> Mapa conceptual de Comunicación (Adaptado de Rubio, 2016).....	52
<i>Figura 9:</i> Dinámica de la intervención sobre un colectivo (Gavilán y cols., 2010, p.12).....	59
<i>Figura 10:</i> Variables de la investigación realizada.....	65
<i>Figura 11:</i> Fases de la investigación.....	73
<i>Figura 12:</i> Ejemplo de presentación de PowerPoint del PCSC.....	80

AGRADECIMIENTOS

Tras el estudio y puesta en práctica de este programa puedo decir que he crecido tanto profesional como personalmente. Ha sido una gran experiencia que, sin duda, volvería a repetir ya que se me ha tratado como una profesional más. La confianza, la libertad, el cariño y la paciencia que se me ha brindado es algo difícil de encontrar en muchas ocasiones. Por ello quiero agradecer todo el esfuerzo y comprensión de los profesores y equipos directivos del Programa Interuniversitario de la Experiencia de Castilla y León, en especial a Raúl. Se ha confiado en mi actuación como docente y psicopedagoga y, con ello, han crecido las ganas de continuar.

Agradezco enormemente a todos los alumnos que han participado de forma voluntaria y predispuesta en este programa. Ha sido un verdadero placer ver con que ánimos asistían a cada sesión y cómo de forma progresiva iban mejorando en tan poco tiempo. Las anécdotas con ellos son el mejor regalo posible.

Finalmente, quiero agradecer todo el apoyo incondicional de mi familia y de mi tutora, María Jesús. Gracias por demostrar una gran dosis de paciencia y acompañamiento en las horas invertidas tanto en este proyecto como en el máster.

PRECISIONES

RESPECTO AL USO DEL LENGUAJE

Tal y como se menciona en las reglas para el uso de un lenguaje no sexista, lo conveniente sería hacer mención a ambos géneros cuando nos referimos a alumnos y alumnas, maestros y maestras... pero hemos optado por utilizar el uso del masculino genérico, en todos aquellos términos y expresiones que admiten ambos géneros, con el objetivo de evitar que la escritura y lectura sea algo más tediosa. Asimismo, respaldamos esta decisión con palabras de la Real Academia Española (2001), donde se indica que *"en los sustantivos que se designan seres animados existe la posibilidad del uso genérico del masculino para designar la clase, es decir, a todos los individuos de la especie, sin distinción de sexos"*.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Hemos tratado de ajustarnos, con alguna excepción de menor importancia, a las normas de publicación recomendadas en la 6ª edición del Manual de Publicaciones de la APA (American Psychological Association, 2010). No obstante, hemos tratado de dar prioridad a las indicaciones proporcionadas por profesores del máster, a través de la Guía para la elaboración del Trabajo de Fin de Máster (TFM). Asimismo, indicar que en el apartado de referencias hemos citado la edición bibliográfica correspondiente, en aquellos documentos en los cuales aparece explícitamente dicho número.

INTRODUCCIÓN

MOTIVACIÓN

La educación de las personas adultas o mayores¹, como cualquier otro tipo de actividad de transcendencia social, se mueve entre dos extremos: a un lado se encuentra la necesidad de hallar fórmulas eficaces de acción, métodos operativos, técnicas de eficacia asegurada...; a otro lado, está la exigencia de encontrar un sentido a la acción propia y a la de los que nos rodean (Salas, 1991). Por esta razón se trata de una tarea lenta, incierta, difícil y comprometida como sucede con el resto de niveles educativos aunque, en la mayoría de los casos, pase desapercibida.

Por ello, nuestro objetivo principal, no es sólo conseguir la elaboración de un proyecto estructurado y coherente, sino un aprendizaje personal e instructivo sobre los diferentes programas de educación en adultos y de sus múltiples variables dependiendo del momento vivencial en el que se encuentran los participantes, es decir, en qué condiciones personales, psicofisiológicas y de posible dependencia los rodea.

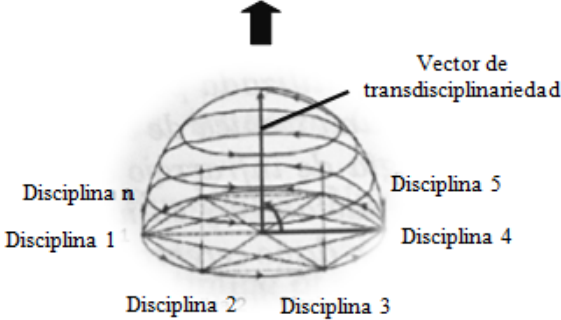
Hemos esperado alcanzar una realización personal con base a un tema tabú para la sociedad, pero que con el paso del tiempo adquirirá mayor relevancia, el cual nos habría sido difícil acceder sin ayuda de diferentes profesionales en campos tan diversos como los que se han involucrado de forma voluntaria en este proyecto.

Esta participación transdisciplinar (Tabla 1) nos ha brindado una gran oportunidad de estudio en diversidad de áreas, no sólo psicopedagógica, proporcionando los participantes una consciencia sobre su conducta, en términos de un conjunto de procesos mentales, provocando una ampliación de esta propuesta a lo largo de su vida (Howard-Jones, 2011).

¹ A lo largo de este documento hemos hecho referencia a la población con 60 o más años como "personas adultas o mayores" de forma indiscriminada.

Tabla 1:

Transdisciplinariedad: síntesis sobre el reduccionismo de Koizumi (2001, citado en Battro, Fischer y Léna, 2016, p.236)

Transdisciplinariedad	Ciencia del cerebro y educación
<ul style="list-style-type: none">• Elaborar procesos dinámicos de obtener nuevas dimensiones a partir de la multidisciplinariedad.• Crear nuevos campos como síntesis de diferentes disciplinas.• Reunir a los científicos, académicos y facultativos, y construir puentes entre ellos.	<p data-bbox="863 450 1251 483">Aparición de un nuevo campo</p>  <p data-bbox="1166 555 1366 600">Vector de transdisciplinariedad</p> <p data-bbox="823 680 938 703">Disciplina n</p> <p data-bbox="1193 674 1305 696">Disciplina 5</p> <p data-bbox="807 725 919 748">Disciplina 1</p> <p data-bbox="1203 725 1315 748">Disciplina 4</p> <p data-bbox="927 792 1038 815">Disciplina 2</p> <p data-bbox="1078 792 1190 815">Disciplina 3</p>
Hacia la seguridad y el bienestar humanos	

A. PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA

Actualmente, debido al crecimiento demográfico de la población adulta (más de 50 años) y, en consecuencia, la "creación de la tercera edad como colectivo con entidad propia" (Orte, 2005), se nos ha presentado una gran oportunidad de realización de este trabajo. Asimismo, debido a los cambios políticos que está sufriendo España cabe destacar el gran aumento de ansiedad y la degradación de la calidad de vida que están sufriendo estos colectivos. Estos aspectos se han visto reflejados en la aparición de una nueva idea sobre la vejez, en un cambio de perspectiva social pasando de un período de deterioro y dependencia a otro de nuevos retos y productividad.

Todo ello ha proporcionado una significatividad y pertinencia al Programa en Competencia Social y Comunicación (PCSC). Por esta razón, no debemos olvidar la complejidad de este proyecto, pues se han implicado diversos campos de estudio, no obstante, ha sido una gran oportunidad de mejora para los sujetos involucrados.

B. OBJETIVO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Exponer la efectividad del PCSC en la calidad de vida de las personas adultas, cuyas relaciones interpersonales se ven condicionadas por la ansiedad en situaciones sociales, mediante un taller voluntario con base psicopedagógica.

C. DESARROLLO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Creación de un taller con base psicopedagógica que ayude a resolver la problemática presentada anteriormente, partiendo de una fundamentación teórica sobre la educación gerontológica y la calidad de vida.

- ↓ Encontramos factores fisiológicos, psicológicos y comportamentales que regulan el desarrollo de la educación y el aprendizaje, especialmente en períodos sensibles de la vida como la vejez.
- ↓ Las relaciones sociales y la comunicación interpersonal de este colectivo se han visto afectadas por la imagen social de la vejez la cual está asociada a tópicos como la ineficacia y degradación del individuo.
- ↓ Es necesario emprender una reforma del concepto "educación", obligando cambios en los sistemas y en la política cuya legislación actual está provocando un creciente aumento de la ansiedad en la sociedad, en especial en grupos vulnerables como la tercera edad.
- ↓ Centrándonos en la educación gerontológica debemos situarnos en la capacidad que poseen las personas adultas para seguir adquiriendo y desarrollando competencias personales y sociales, aspectos necesarios para ejercer su derecho a una ciudadanía activa.

Estas premisas no aseguran el desarrollo de nuevos programas educativos con estos colectivos, pero sí la existencia de una necesidad social de cambio que implica el compromiso de profesionales formados tanto en educación como en psicopedagogía.

JUSTIFICACIÓN

"Uno de los factores más relevantes en el ser humano es el aprendizaje, como herramienta para la interacción con el medio en el que se desenvuelve, generando un proceso dialéctico, que de llegar a encontrarse en un estado de desaceleración puede acarrear consecuencias perjudiciales para la persona" (Moreno-Crespo, 2015, p.21)

El envejecimiento del cerebro se produce de diversas formas según las distintas áreas funcionales y componentes orgánicos que se ven afectados (Gil-Verona y cols., 2002; Beltrán-Campos, Padilla-Gómez, Palma, Aguilar-Vázquez y Díaz-Cintra, 2011), cambiando la forma de percibir el mundo a través de los sentidos que, causado al envejecimiento corporal, se pueden ir atrofiando (Amador, 2004; Moreno-Crespo, 2010). Por esta razón, debido a estos aspectos biológicos, los procesos cognitivos implicados en el aprendizaje también experimentan cambios con el paso del tiempo.

Sin embargo, no debemos olvidar que el cerebro humano es extraordinariamente plástico, pudiéndose adaptar su actividad y cambiar su estructura de forma significativa a lo largo de la vida. La experiencia modifica nuestro cerebro continuamente fortaleciendo o debilitando las sinapsis que conectan las neuronas, generando así el aprendizaje que es favorecido por el proceso de regeneración neuronal llamado neurogénesis.

Amador (1998, citado en Moreno-Crespo, 2015, p.22) aclara en relación al proceso de envejecimiento que "lo que produce no es tanto una reducción de las capacidades, como un cambio estructural en las disposiciones mentales e intelectuales. [...] dada la experiencia acumulada, la comprensión, la exactitud y la seguridad, el aprendizaje se perfecciona y aumenta" (Tabla 2).

Por lo tanto, el desarrollo de los procesos psicológicos superiores no se produce ni del mismo modo, ni en la misma proporción, pues cada sujeto tiene su propio ritmo de desarrollo que depende, en gran medida, de la interacción entre genética, ambiente, educación y cultura, es decir, del contexto en que se vive. Mente, cerebro y conducta se determinan mutuamente, variando rapidez e intensidad del cambio, dentro de un contexto.

Tabla 2:

Características del aprendizaje entre adultos e infantes/jóvenes (Adaptación de Amador, 1998, citado en Moreno-Crespo, 2015, p. 24)

ADULTOS	INFANTES/JÓVENES
Gran experiencia de vida práctica orientada a delimitar y estructurar nuevos aprendizajes.	Menor experiencia práctica de la vida.
Aprendizaje centrado en la transformación y extensión de significados, valores, destrezas y técnicas adquiridas en experiencias anteriores.	Aprendizaje centrado principalmente en la formación de significados, valores, destrezas y técnicas básicas.
Las presiones para el cambio provienen de factores relacionados con funciones y expectativas sociales y laborales, con la necesidad personal de continuar la productividad y con la autodefinición.	Las presiones para el cambio provienen de factores relacionados con el desarrollo físico, sociales y laborales.
La necesidad de aprender está relacionada con situaciones de la vida diaria.	La necesidad de aprender se relaciona con patrones organizados en desarrollo para comprender la experiencia futura.
Es probable que usen un pensamiento generalizado y abstracto.	El pensamiento que utilizan es específico y concreto.
Expresan sus necesidades de aprendizaje describiendo los procesos a través de verbalizaciones que les permiten intervenir y colaborar en la programación de sus programas de aprendizaje.	Expresan sus necesidades de aprendizaje y los procesos correspondientes mediante actividades no verbales, por lo que la programación se realiza por autoobservaciones e intérpretes.
Tienen un autoconcepto consistente y organizado, y una autoestima que les permite participar como un yo distinto de los otros y capaz de actuar con independencia de los demás.	Tienen un autoconcepto desorganizado e inconsciente que les permite percibirse como un yo separado de los otros, pero dependiente de ellos.
Tienen asignado un "status" de responsabilidad social y se espera que se productivo.	Carecen de una situación de responsabilidad y lo que se espera es que jueguen y aprendan.

Desde la perspectiva psicopedagógica esta plasticidad cerebral resulta trascendental puesto que posibilita la mejora de cualquier individuo (Sarrate, 2002) y, en concreto, puede actuar como mecanismo compensatorio en casos específicos en sujetos con, por ejemplo, Deterioro Cognitivo Leve (DCL).

El hecho de que cada cerebro sea único y particular, aunque la anatomía cerebral sea similar en todos los casos, sugiere la necesidad de tener en cuenta la diversidad del alumnado y ser flexible en los procesos de evaluación, para ello debemos ser conscientes de una serie de factores que repercutirán en el estilo de aprendizaje y en la calidad de vida de cada participante.

- **La práctica continua**

Es mediante la adquisición de toda una serie de automatismos el cómo memorizamos pues el cerebro es capaz de vincular la nueva información con la ya conocida, es decir, aprendemos mejor y más rápidamente cuando conectamos la información novedosa con los esquemas de conocimiento previos. Sin embargo, dichos hábitos necesitan práctica y tiempo (Willingham, 2011). Podemos apoyarnos visualmente en la pirámide de aprendizaje de Edgar Dale (1967, citado en Ibarrola, 2013, p. 237) (Figura 1).



Figura 1: Cono del aprendizaje de Edgar Dale (Vidal, 2007)²

- **Educación emocional**

La neurociencia ha demostrado que las emociones mantienen la curiosidad, nos sirven para comunicarnos y son imprescindibles en los procesos de razonamiento y toma de decisiones, es decir, los procesos emocionales y los cognitivos son inseparables (Damasio, 1994). Si entendemos la educación como un proceso de aprendizaje para la vida, la educación emocional resulta imprescindible, ya que contribuye al bienestar personal y social.

- **La actividad física**

La práctica regular de la actividad física, principalmente el ejercicio aeróbico, promueve la neuroplasticidad y la neurogénesis en el hipocampo, facilitando la memoria de largo plazo y un aprendizaje más eficiente (Gómez-Pinilla y Hillman, 2013). Además, mejora el estado de ánimo y reduce el estrés que repercute negativamente en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

² Vidal, M.L. (2007) *Cono del aprendizaje de Edgar Dale*. [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://bitacoradelgaleon.blogspot.com.es/>

- ***Las actividades artísticas y el juego***

La neurociencia está demostrando que las actividades artísticas y el juego promueven el desarrollo de procesos cognitivos debido a que se involucran diferentes regiones cerebrales durante su desarrollo y aprendizaje (Campos, 2014; Mora, 2018) y, de este modo, se facilita la transmisión de información y se promueve la memoria de trabajo (Guillén, 2012)³. Además se desarrollan habilidades socioemocionales como la empatía, siendo beneficiosos para la memoria semántica.

- ***Relaciones sociales***

Los humanos somos seres sociales porque nuestro cerebro se desarrolla en contacto con otros cerebros, es decir, la diversidad de ideas y conocimientos que cada individuo aporta a la sociedad. Esta teoría se debe a que cuando se colabora en un grupo social se liberan dosis mayores de dopamina que facilitan la transmisión de información, favoreciendo la memoria a largo plazo y reduciendo la ansiedad (Warneken y Tomasello, 2007).

El descubrimiento de las neuronas espejo resultó trascendental en este sentido. Dichas neuronas motoras permiten exponer cómo se transmitió la cultura, a través del aprendizaje por imitación y el desarrollo de la empatía, en otras palabras qué fue lo que nos hizo realmente humanos (Rizzolatti y Sinigaglia, 2008; Guillén, 2012; Modroño, 2014). El aprendizaje del comportamiento cooperativo se da conviviendo en una comunidad en la que prevalece la comunicación, siendo un deber y un derecho la actuación individual y cooperativa dentro del grupo o sociedad.

- ***El autocontrol***

El desarrollo del autocontrol conlleva una mejora en la gestión de los impulsos, en la autorregulación emocional, en la planificación o en la autoconciencia, los cuales son esenciales para el bienestar del ser humano y se encuentran en plena consonancia con un aprendizaje significativo por y para la vida (Mendoza, 2010; Fernández, 2010; Guillén, 2013)⁴. Podemos hablar del autocontrol como "los frenos del cerebro". Baumeister y Vosh (2007) explican que diversos autores han creado una analogía entre el autocontrol y un músculo, de este modo razonan que la fuerza de voluntad se puede agotar, si se usa en exceso, como consecuencia del descenso de los niveles de glucosa en sangre pero, a su vez,

³ Guillén, J. (2012) *Neuroeducación: estrategias basadas en el funcionamiento del cerebro*. [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://escuelaconcerebro.wordpress.com>

⁴ Guillén, J. (2013) *Autocontrol: un camino directo hacia el bienestar* [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://escuelaconcerebro.wordpress.com>

puede fortalecerse a largo plazo con la práctica adecuada (Muraven, 2011) como, por ejemplo, mediante la relajación y la conciencia plena.

En conclusión podemos afirmar que el sistema actual necesita una profunda reestructuración que impida un desfase de este colectivo ante la reciente avalancha de cambios sociales que están emergiendo. Por este motivo hemos de erradicar los tópicos existentes en torno a la vejez, facilitándoles la adquisición de habilidades útiles que permitan resolver los problemas del día a día y sus inquietudes, es decir, brindarles un aprendizaje por y para la vida. Es en este punto de inflexión donde las funciones profesionales del psicopedagogo toman relevancia. Las más destacables son (Cabrera y Bethencourt, 2010):

- Asesoramiento grupal e individual para llevar a cabo adaptaciones curriculares según las características de cada grupo de trabajo e individuo.
- Coordinación con otros servicios comunitarios para establecer relaciones interprofesionales, mediación de conflictos, mejora de la calidad de vida, aportación de ayudas...
- Diagnóstico y evaluación psicopedagógica mediante la detección y análisis de las necesidades, prestando así una completa atención a la diversidad.
- Metodología de investigación psicopedagógica y estrategias aplicadas acordes a la realidad y al contexto en el que se mueven las personas.
- Experiencias de innovación psicopedagógica y formación continua de los profesionales.

Para finalizar este apartado, señalar las competencias del currículum que hemos buscado desarrollar tanto en el PCSC (Junta de Castilla y León, 2018) como en mí misma como alumna del Máster Universitario en Psicopedagogía (Universidad de Valladolid, 2018).

- ***Competencias del Programa Interuniversitario de la Experiencia en Castilla y León (PIECL)***
 - Facilitar el acercamiento de las personas mayores a la cultura y a la ciencia como vehículo de expresión de experiencias y conocimientos.

- Promover el intercambio de relaciones, tanto entre los propios mayores como entre éstos y otros grupos de edad, constituyéndose el entorno universitario en un marco de interrelación social.
- Favorecer ocasiones para el aprendizaje y el crecimiento personal mediante la reflexión y el diálogo con los compañeros y el profesorado.
- ***Competencias generales del Máster Universitario en Psicopedagogía***
 - Comunicar las decisiones profesionales y las conclusiones así como los conocimientos y razones últimas que las sustentan a públicos especializados y no especializados, de manera clara y sin ambigüedades.
 - Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención.
 - Actualizarme de manera permanente en las TIC para utilizarlas como instrumentos para el diseño y desarrollo de la práctica profesional.
 - Implicarme en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que he de mejorar en el ejercicio de la profesión, adquiriendo independencia y autonomía como discente y responsabilizándome del desarrollo de mis habilidades para mantener e incrementar la competencia profesional.
 - Aplicar los principios y fundamentos de la orientación al diseño de actuaciones y servicios psicopedagógicos, de diseño y planificación propios, que sean favorecedores para el desarrollo personal de los individuos.
 - Diseñar, implementar y evaluar prácticas educativas, programas y servicios que den respuesta a las necesidades de las personas, organizaciones y colectivos específicos.
 - Analizar, interpretar y proponer actuaciones, teniendo en cuenta las políticas educativas derivadas de un contexto social dinámico y en continua evolución.
 - Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica.

BLOQUE I
MARCO TEÓRICO

BLOQUE I: MARCO TEÓRICO

En este apartado se presenta, de forma más detallada, el marco teórico en el cual se mueve este proyecto mediante el estudio de diversas teorías e ideas actuales. Para ello, hemos decidido tratar la información de lo más general a lo más concreto, es decir, desde qué se considera como calidad de vida hasta la base teórica de la educación gerontológica con el estudio de las variables que hemos observado y tratado en cada sesión.

CAPÍTULO 1: CALIDAD DE VIDA

1.1. APROXIMACIÓN AL TÉRMINO "CALIDAD DE VIDA"

Que la esperanza de vida haya aumentado no indica que la calidad con la que se vive esa última etapa del ciclo vital haya mejorado. Gómez (2013, citado en García, 2014) afirma que esta longevidad es un triunfo de las sociedades desarrolladas, ya que implica mejoras ambientales, culturales, sanitarias... pero también supone un desafío de adaptación y contribución de la sociedad para la mejora del envejecimiento, previniendo situaciones de dependencia y el declive de las Funciones Ejecutivas (FE) de los individuos. Por esta razón es necesaria la búsqueda de estrategias que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. Sin embargo, la calidad de vida no sólo está enfocada a evaluar el bienestar de este colectivo, sino que también incluye factores sociales, económicos y personales que han sucedido a lo largo del transcurso de su existencia (González-Celis, 2013).

Debido a la presencia de estos factores y a la interrelación que se produce entre ellos es necesaria la participación de múltiples disciplinas que contribuyen al estudio de la calidad de vida: ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano. Por ello se trata de un término sin una definición única pues se encuentra asociado, por un lado, con el nivel de vida o estilo de vida, y por otro lado, con el bienestar y salud, la satisfacción e, incluso, con la felicidad de la persona (Gómez, 2014).

Actualmente el término "calidad de vida" se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto denominado "felicidad", sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo, y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico; siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida como estado de bienestar (Tuesca, 2012, citado en Aponte, 2015).

Para poder concretar el significado de este término de una forma más sencilla, hemos seguido la definición proporcionada por la OMS (2006, citada en Fernández-Ballesteros, 2013) y por la que calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su

estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

No obstante, debido al objeto de estudio que enmarca este proyecto, debemos hacer especial hincapié en la "calidad de vida de las personas adultas". Krzemien (2001, citado en Vera, 2007) sostiene que se produce en la medida en que estas personas logren el "reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor". Por lo tanto, ¿qué factores determinan la calidad de vida de este colectivo para que se encuentren en una u otra fase? Y, en consecuencia, ¿qué entendemos por "vejez"?

1.2. SIGNIFICADOS DEL ENVEJECIMIENTO Y ESTILOS DE VIDA

El proceso del envejecimiento del organismo humano no se debe considerarse como un mero proceso biológico, debe analizarse la naturaleza compleja del hombre que es un ser biológico – mental – social – cultural y espiritual integradamente, junto con la naturaleza de las sociedades humanas: ecológico – ambiental – social – económico – cultural (Vergara-Lope y González-Celis, 2009, citado en Aponte, 2015).

Al tratarse de un proceso irreversible e inevitable en el ciclo vital, al contrario de lo que se piensa, el envejecimiento se inicia desde el nacimiento y se caracteriza por diversos cambios físicos, mentales, individuales y colectivos. No obstante, es a partir de los 20 ó 30 años de edad cuando "los cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos que se asocian al paso del tiempo tornan al individuo más vulnerable al medio y merma su capacidad de adaptación a los retos de la vida" (Rodríguez, Morales, Encinas, Trujillo y D'Hyver, 2000). Además, estos cambios se manifiestan en las personas a partir del contexto en el que desarrollaron las etapas pasadas y que por ello se presentan como una consecuencia. En definitiva cada ser humano posee un proceso de envejecimiento particular, es decir, no todos los individuos envejecen de la misma forma y al mismo ritmo, porque no se trata de un proceso homogéneo y estático (Teyssier, 2015).

Sin embargo existe un tipo de envejecimiento que Comfort (1990) denominó como el "envejecimiento psicogénico", considerando como tal al conjunto de normas que la sociedad impone a los ancianos por el hecho de serlo y en los cuales se incluyen los prejuicios en relación con la conducta social de las personas mayores de 60 años. "Estos prejuicios y barreras constituyen presiones sociales que dan origen a respuestas de defensa en forma de demanda de afectos y de sentimientos de inseguridad que [...] finalmente

determinan una disminución en la calidad de vida en mayor o menor intensidad" (Couso, Zamora, Bernardo y Díaz, 1997).

Por esta razón es importante hacer una diferenciación entre envejecimiento y vejez ya que no se tratan de sinónimos sino de la perspectiva que la sociedad tiene de ambos términos. Mientras que el envejecimiento es un proceso continuo, paralelo al desarrollo y a la evolución, la vejez o envejecimiento psicogénico es un estado que se alcanza cuando se cumplen determinados parámetros y condiciones definidas por cada una de las sociedades y culturas (Tabla 3).

Tabla 3:

Enfoques y teorías sobre el envejecimiento (Adaptado de Huenchuan, s.f.)

ENFOQUE	TEORÍA	
BIOLÓGICO (Deterioro de la eficiencia del funcionamiento del organismo y que, en consecuencia, lleva a la muerte)	Teorías del desgaste natural	Los cuerpos envejecen de acuerdo al patrón de desarrollo de cada organismo
	Teorías del envejecimiento programado programa o reloj	El envejecimiento es resultado de los agravios acumulados en el cuerpo por el propio individuo
SOCIOCULTURAL (Etapa asociada a la jubilación y con el final de su ciclo productivo en la vida, siendo sinónimo de declive, pérdida e improductividad)	Teoría funcionalista del envejecimiento	El envejecimiento se considera una forma de ruptura social y una pérdida progresiva de las funciones
	Economía política del envejecimiento	La situación del trabajo adulto en el momento de la jubilación es el factor determinante de la condición de incompetencia
	Teoría de la dependencia estructurada	El origen de la dependencia se encuentra en la estructura y organización de la producción
PSICOLÓGICO (Disminución de la capacidad funcional y de capacidad de respuesta a los estímulos del medio)	Teoría psicosocial de Erikson	Octava crisis del desarrollo psicosocial del "yo" (integridad vs. desesperación)
	Teoría de la actividad	Si el individuo permanece activo experimentará un envejecimiento satisfactorio
	Teoría de la desvinculación	El envejecimiento se caracteriza por un alejamiento mutuo

En la mayoría de las ocasiones el concepto de vejez crea estereotipos que pueden llegar a ser despectivos e infravalorantes, donde el "viejo" es un miembro disfuncional de la vida activa, un ser decadente en edad de deterioro sin crecimiento ni desarrollo, siendo estas

denominaciones las que provocan una disminución de su capacidad de desarrollo psicosocial (Rodríguez, 2011). Algunos de los mitos sobre la vejez son:

- Los ancianos son percibidos como enfermos (DCL, trastornos mentales, cardiopatías...) y con grandes dosis de discapacidad debido a su frágil salud y a su dependencia de la familia.
- Los viejos carecen de recursos sociales, lo que los hace estar solos y deprimidos.
- Las personas mayores son psicológicamente rígidas y por ello son incapaces de adaptarse a los cambios.
- Debido a todas sus necesidades y su inutilidad hay que tratar a los ancianos como a niños.
- Lo mejor para los mayores es que se queden quietos y no hagan sobreesfuerzos para que no empeoren.

1.2.1. Ajustes en el desarrollo del envejecimiento

En definitiva se puede decir que el envejecimiento es un desarrollo que se produce a lo largo de la vida de las personas, es decir, desde que nace hasta que muere. Por lo tanto, este proceso va a depender, en gran medida, de la forma en que cada individuo resuelva los sucesos que se le presentan en cada etapa biológica, sus propias exigencias sociales y su valía para asimilar sus capacidades psicofisiológicas en cada una de ellas, desarrollando de este modo su personalidad. Será entonces cuando puede hablarse de un envejecimiento exitoso, experimentando una sensación positiva, y se deje de lado los mitos tan arraigados sobre la vejez.

Papalia, Setrens, Feldman y Camp (2009) establecen tres tipos de adultez junto con una serie de ajustes para conseguir una adaptación sana al envejecimiento (Tabla 4).

Tabla 4:

Características del desarrollo en los 3 periodos de la adultez (Adaptado de Papalia y cols., 2009)

PERIODO	DESARROLLO FÍSICO	DESARROLLO COGNITIVO	DESARROLLO PSICOSOCIAL	AJUSTES
ADULTEZ JOVEN (20 a 40 años)	<p>Cima de la condición física, luego declina ligeramente.</p> <p>Las elecciones del estilo de vida influyen en la salud.</p>	<p>Las habilidades cognitivas y los juicios morales implican una mayor complejidad.</p> <p>Se realizan elecciones educativas y profesionales.</p>	<p>Los rasgos de personalidad y los estilos de vida se vuelven relativamente estables, pero los acontecimientos pueden influir en los cambios de personalidad.</p> <p>Las decisiones se toman en torno a relaciones interpersonales íntimas y estilos de vida personales.</p> <p>La mayoría de las personas crean círculos cercanos (familia)</p>	<p>Desarrollo del pensamiento dialéctico y posformal.</p> <p>Desarrollo moral mediante el cambio de los criterios del "yo" y responder por el bienestar de otras personas.</p>
ADULTEZ MEDIA (40 a 60 años)	<p>Puede tener lugar algún deterioro en habilidades sensoriales, salud, resistencia y en destrezas y habilidades.</p> <p>Las mujeres experimentan la menopausia.</p>	<p>La mayoría de las habilidades mentales básicas alcanzan su cima (habilidades prácticas)</p> <p>La producción creativa puede declinar pero mejorar en calidad.</p> <p>Algunos alcanzan el éxito profesional y otros pueden sentir agotamiento.</p>	<p>Continúa desarrollándose el sentido de identidad (puede ocurrir una transición estresante).</p> <p>La doble responsabilidad de criar hijos y cuidar a los padres puede causar estrés.</p> <p>El crecimiento de los hijos deja síndrome del nido vacío.</p>	<p>Valorar la sabiduría frente a la fuerza física.</p> <p>Socializar frente a sexualizar en las relaciones humanas.</p> <p>Flexibilidad emocional frente a empobrecimiento emocional y rigidez mental</p>

PERIODO	DESARROLLO FÍSICO	DESARROLLO COGNITIVO	DESARROLLO PSICOSOCIAL	AJUSTES
ADULTEZ TARDÍA (60 años y más)	<p>La salud y las habilidades físicas empiezan a declinar.</p> <p>El retraso en el tiempo de reacción afecta algunos aspectos del funcionamiento.</p>	<p>La mayoría de las personas están mentalmente alerta.</p> <p>Aunque la inteligencia y la memoria pueden deteriorarse en algunas áreas, la mayoría de las personas encuentra modos de compensación.</p>	<p>La jubilación puede ofrecer nuevas opciones para usar el tiempo, incluido nuevo trabajo de tiempo completo o parcial.</p> <p>Las personas necesitan enfrentar pérdidas personales y la muerte inminente.</p> <p>La búsqueda de significado en la vida asume una importancia central.</p>	<p>Autodefinición más amplia frente a preocupación por los roles en el trabajo.</p> <p>Trascendencia del cuerpo frente a preocupación por el cuerpo.</p> <p>Trascendencia del yo frente a preocupación por el yo.</p>

1.2.2. Estilos de vida

A pesar de estos factores no todos los individuos viven la vejez de la misma manera, su desarrollo y habilidades durante esta etapa se encuentra estrechamente relacionados con las acciones y omisiones que cada uno de ellos realiza durante el transcurso de su vida, en otras palabras, "la vejez se construye desde la juventud" (Aponte, 2015). Por ello, a pesar de que el proceso de envejecimiento se produzca de forma normal, natural e inevitable, como ya hemos mencionado anteriormente, puede tener distintos resultados que conllevaran diversos estilos de vida (González-Celis, 2013).

Larrañaga (1994, citado en Ramos, 2005) concibe los "estilos de vida" como "la forma personal en la que cada individuo organiza su vida cotidiana, esto es, la forma de vida original individualizada, no sólo en relación al contenido de sus creencias, valores o formas de comportamiento cotidiano, sino la manera cómo cada persona vive las normas de su grupo, clase y sociedad global a la que pertenece" (p.305). Por lo tanto no sólo dependen de la persona y de sus acciones, sino también de las características del colectivo en el que se mueve, relacionadas con las circunstancias espaciales y temporales.

Fernández (1994) presenta una serie de ejes bipolares de diferenciación de los estilos de vida (Figura 2). Estos ejes sirven como explicación del porqué una persona mayor se encuentra dentro del grupo social de dependientes o no dependientes.

AMBITO		CONTENIDO	CARÁCTER				EXPRESIVIDAD	
Societal	Individual / Social	Objetivo	Estable	Nuclear	Ideal	Aceptado socialmente	Coercitivo	Asumido
Individual	Individual /personal	Subjetivo	Inestable	Secundario	Real	Rechazado socialmente	Elegido	Elaborado

Figura 2: Ejes bipolares de diferenciación de los Estilos de Vida (Fernández,1994,p169)

Una persona mayor dependiente es aquella que presenta algún tipo de limitación funcional, entendida como una restricción en su capacidad física o mental para efectuar las tareas que le permiten mantener una vida independiente. Estas limitaciones son importantes predictores de mortalidad, morbilidad y discapacidad pues no se encuentran distribuidas homogéneamente. Con el paso del tiempo la demanda de atención de este grupo se va haciendo mayor y se hace necesaria la ayuda familiar, de los servicios sociales o de instituciones especializadas como las residencias de ancianos.

Por tanto, haciendo referencia a la etapa de la adultez tardía, ¿qué tipo de envejecimiento es el más aconsejable? A partir de los años 80 surge un nuevo paradigma de investigación que designa este tipo de envejecimiento positivo con el término de "Envejecimiento activo" (OMS, 2002; Fernández-Ballesteros y cols., 2004; Fernández-Ballesteros, 2008). Este concepto conlleva un estilo de vida caracterizado por aquellas circunstancias que permiten al individuo conservar un correcto funcionamiento físico, mental y social, es decir, vivir más años pero conservando su autonomía, salud y felicidad (García, 2014) (Figura 3).

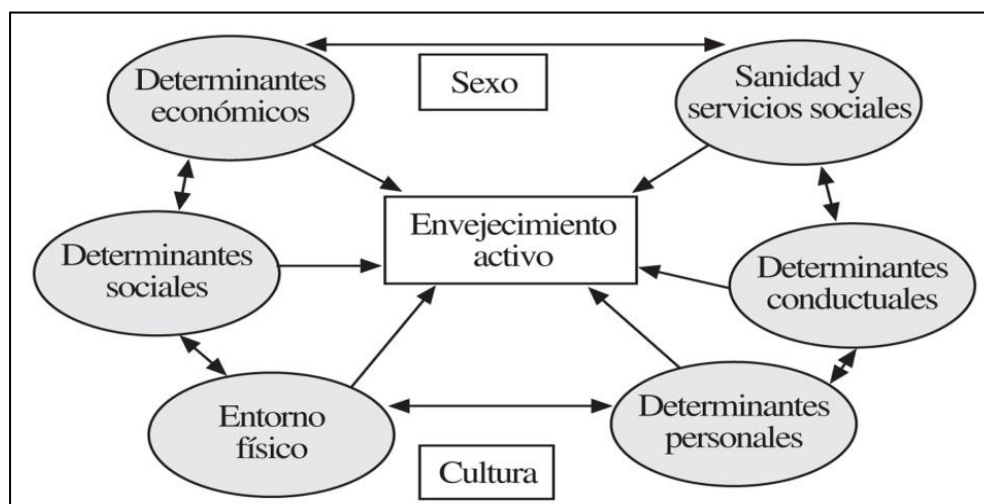


Figura 3: Determinantes del envejecimiento activo (Fernández-Ballesteros y cols, 2005)

1.3. ANSIEDAD COMO CONDICIONANTE

El progresivo envejecimiento de la población y el aumento de la dependencia están sirviendo como refuerzo a la imagen social negativa que se proyecta sobre la vejez. Este hecho junto con la reciente confusión política en la que se ve envuelta España ha provocado un aumento del nivel de ansiedad en este colectivo (Cabrera e Ignacio, 2009) (Figura 4).

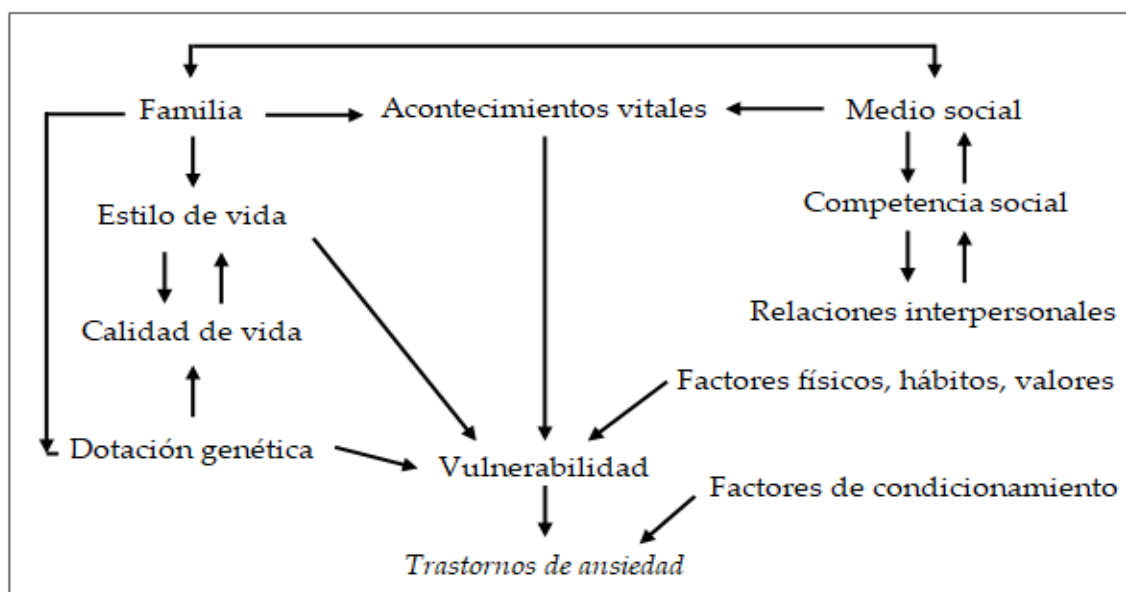


Figura 4: Factores de riesgo de ansiedad (Adaptado de Echeburúa, 1996)

Según el Diccionario de la RAE (2014), se define “ansiedad” como: “estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo”. Con palabras más coloquiales podemos decir que la ansiedad es un estado de malestar psicofisiológico determinado por una sensación de incertidumbre, nerviosismo e intranquilidad ante lo que se vive como una amenaza inminente y de origen desconocido (Virues, 2005; Beck, 2014; Stossel, 2014; Caballo, Salazar, Garrido, Irurtia y Hofmann, 2018).

Perna y Bellodi (2007), tras evaluar las teorías existentes acerca de los factores desencadenantes de la ansiedad, llegaron a la conclusión de que existen cuatro rasgos comunes que, en la mayoría de las ocasiones, se encuentran presentes en el individuo con conducta ansiosa:

- **Existencia de alarmas:** Podemos diferenciar dos tipos de sistemas de alarmas: el biológico (mecanismos homeostáticos relacionados con la fisiología corporal básica) y el cognitivo (mecanismos de condicionamiento).

- **Respiración:** Se puede analizar como una respuesta corporal frente a la emoción o al miedo (Perna y Griez, 2003).
- **Procesos de aprendizaje y condicionamiento:** Provocan las alarmas de tipo cognitivo.
- **Mecanismos de realimentación,** es decir, "círculos viciosos que podrían implicar a los mecanismos fisiológicos básicos y a los procesos cognitivos" (Coca, 2013, p.22).

Una errónea percepción fisiológica deja una marca en forma de aprendizaje que condicionará las percepciones posteriores y sus reacciones físicas consecuentes, generándose un círculo vicioso que se retroalimentará con cada vivencia (Figura 5). Así lo define Luengo (2005):

"La reacción ansiosa ya desnaturalizada deja al individuo sumido en una especie de perplejidad fatalista a partir de la necesitada aunque tergiversada y urgente interpretación de los síntomas que efectúa; en realidad uno queda a merced de la propia explosión agitativa... y siendo ésta automática e involuntaria queda a merced de una especie de capricho organísmico que deviene atentatorio en sí mismo." (p.80)

Tras los estudios realizados por Balaban y Thayer (2001) se planteó la posibilidad de que, entre las diversas estructuras cerebrales básicas aparentemente implicadas en el control de las emociones primarias, el núcleo del tronco encefálico es el más determinante pues ampara una representación de la sensación interna de bienestar y colabora en la reproducción de respuestas emocionales y comportamentales.

Para finalizar podemos decir que existen cuatro niveles de ansiedad y que, cada uno de ellos, posee un sistema de respuesta asociado (Rojas, 2014):

- **Cognitivo-subjetivo** (se alteran las ordenes de función superior provocando, por ejemplo, dificultad de atención)
- **Fisiológico** (respuestas físicas o manifestaciones somáticas, provocadas por la activación del Sistema Nervioso Autónomo, por ejemplo taquicardias)
- **Motor-expresivo** (respuestas de conducta como irritabilidad, bruxismo u onicofagia)
- **Asertivo o social** (síntomas ligados al contacto con personas, como en el caso de iniciar una conversación).

A pesar de que la ansiedad tiene una función activadora que facilita la "capacidad de respuesta del individuo ante los peligros, cuando es excesiva en intensidad, frecuencia o

duración, o aparece asociada a estímulos que no representan una amenaza real para el organismo, produce alteraciones en el funcionamiento del sujeto y se considera patológica" (Toledo, Ferrero y Barreto, 2000, p. 157). Es entonces cuando nos referimos a Trastornos de Ansiedad (TA) (Tabla 5), cuya clasificación más actual la podemos encontrar en el DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) (APA, 2014).

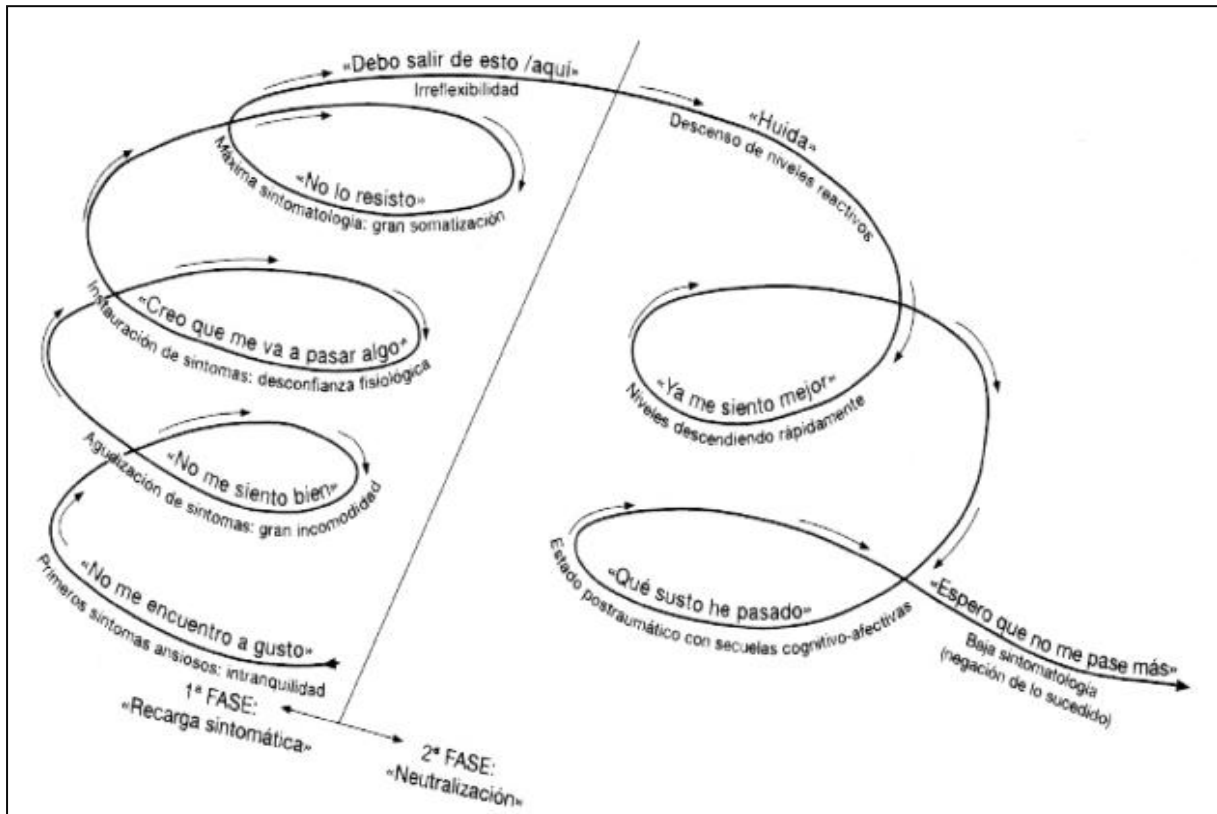


Figura 5: Composición sintomatológica de una espiral ansiosa (Luengo, 2005, p. 81)

Aunque los TA en personas adultas son menos prevalentes que en la población más joven en muchas ocasiones es más elevada. Generalmente suelen pasar desapercibidas o son diagnosticados de forma incorrecta, lo cual conduce a un tratamiento inadecuado (Franco-Fernández y Antequera-Jurado, 2009).

Recientes estudios del NCS-R (National Comorbidity Survey Replication) realizados por Kessler y Wang (2008) señalan que los TA están presentes en al menos el 15.3% de la población mayor de 60 años, con alta frecuencia de comorbilidad intracategoría. Además, la fobia social es una de las más experimentadas por este colectivo en un 6.6% de dicho porcentaje, mientras que los cuadros obsesivos sólo abarcan un 0.7%, al contrario de los que se piensa de forma generalizada.

Tabla 5:*Adaptación de los diferentes TA recogidos en el DSM-V (Tortella-Feliu, 2014, p.63)*

TRASTORNO	CARACTERÍSTICAS
Por separación	Separación de una persona con la que se mantiene un vínculo estrecho (familiares) provocando un rechazo a la soledad o el desplazamiento a otros lugares (institucionalización o cambio de hogar)
Mutismo selectivo	Incapacidad para hablar o responder en una situación social específica (responder a una cuestión, ir a la compra, hablar sobre dolencias...)
Fobia específica	Aparición de miedo intenso y persistente, de forma inmediata, que se evitará con diversidad de excusas (cuadros obsesivos)
Fobia social	Debido a la exposición ante otros pues conlleva un posible escrutinio por parte de los mismos, es decir, temen ser valorados negativamente (durante las reuniones familiares)
Angustia	Crisis de angustia inesperadas que surgen a raíz de un cambio significativo y desadaptativo
Agorafobia	Miedo arraigado producido ante situaciones determinadas que intentarán evitarse por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda
Generalizada	Preocupaciones excesivas, persistentes y con dificultad para controlar provocando síntomas de sobreactivación fisiológica
Inducido por sustancias	Se producen tras la intoxicación o abstinencia de una sustancia (por ejemplo, antidepresivos)
Debido a enfermedad	Consecuencia patofisiológica directa
Otros especificados	Síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir los criterios de su diagnóstico, pero se especificará la razón concreta por la que no se cumplen
No especificados	No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos de TA

CAPÍTULO 2: COMPETENCIA SOCIAL EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES

Lazarus (2000, citado en Aponte, 2015) menciona que a medida que las personas envejecen comienzan a temer perder su buen funcionamiento mental y físico, y que este hecho puede verse agudizado si la persona presenta depresión, ansiedad e impotencia, como hemos mencionado anteriormente. Estos problemas generan un aislamiento voluntario y una sensación de inutilidad que provoca que la vida de estas personas sea cada vez más complicada. En consecuencia ellas mismas reducen su competencia social (redes sociales y emocionales) poniendo en peligro su calidad de vida y aumentando la probabilidad de sufrir enfermedades crónicas (Gómez-Cabello, Vicente, Vila-Maldonado, Casajús y Ara, 2012).

Actualmente no existe una definición consensuada de "competencia social" pues se trata de un constructo que engloba diversas habilidades integradas al servicio de metas personales concretas, sabiendo cómo aplicarlas en cada contexto y situación interpersonal (Monjas, 2011) (Figura 6). En otras palabras, se trata de un conjunto de habilidades y técnicas cuyo fin es conseguir determinados objetivos en relación con las circunstancias que rodean al individuo (juicio de valor sobre el entorno).

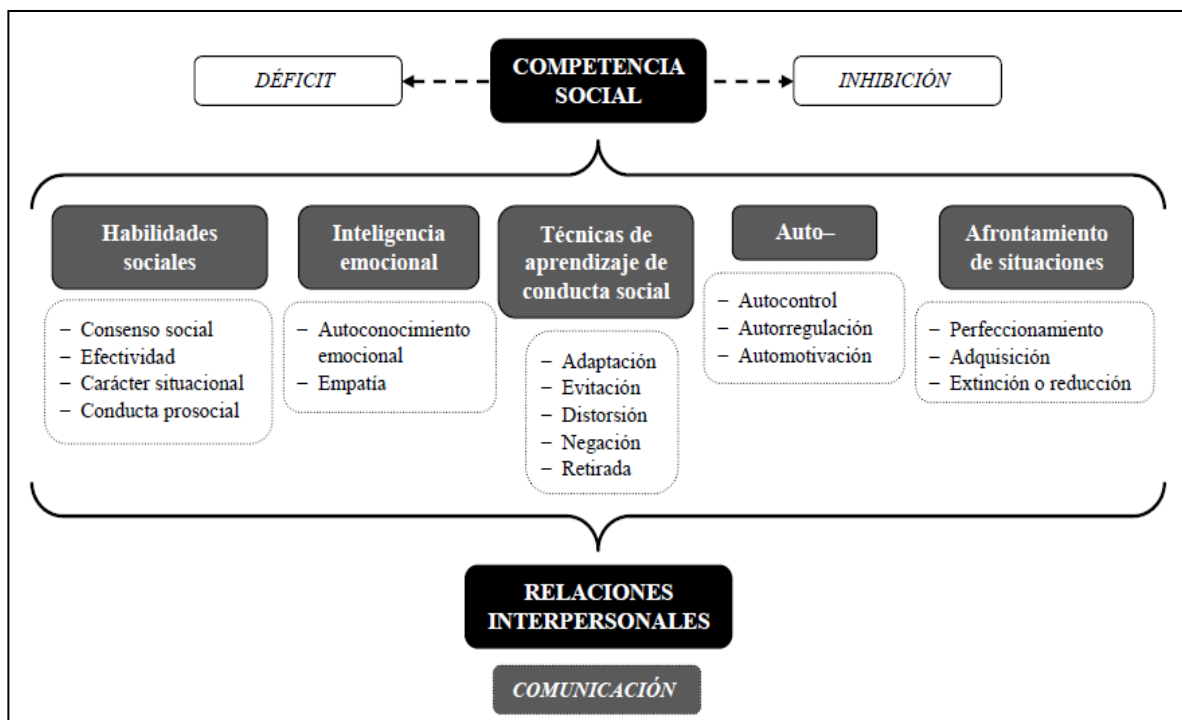


Figura 6: Mapa conceptual de Competencia Social

Sin embargo, el hecho de poseer estas habilidades y técnicas no implica tener éxito social pues para que un comportamiento sea socialmente competente tiene que haberse usado en una situación correcta y adecuada para el mismo. Por lo tanto este factor depende de la capacidad empática del emisor, del contexto social en el que se encuentra, de la cultura que prevalece en ese momento y del feedback que se recibe del receptor.

2.1. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DEL TÉRMINO

2.1.1. Factores que componen la competencia social

Según el Ministerio de Educación y Cultura (MEC, 2006) la competencia social se compone de una serie de conocimientos, destrezas y actitudes que abarcan factores tanto internos como externos (López, Iriarte y González, 2004; Trianes, Muñoz y Jiménez, 2005; Marina y Bernabeu, 2007; López, Iriarte y González, 2008; Mesa, 2010):

- ***Factores internos:*** Variables conductuales (como pedir ayuda o saber decir "no"), cognitivas (el autoconcepto o las creencias) y afectivas (empatía o regulación emocional), junto con otros factores personales (atractivo físico, temperamento, etc.).
- ***Factores externos:*** Ámbitos donde el individuo se desarrolla y aprende (contexto familiar, escolar y sociocultural).

2.1.2. Modelos de fracaso

Desde la perspectiva de la psicología social, García (2016) afirma la existencia de varios modelos que pretenden justificar el fracaso en competencia social.

2.1.2.1. Modelo de déficit

Este modelo postula que si la persona no emite un comportamiento socialmente hábil es porque en su repertorio de respuestas carece de la más adecuada para interactuar en esa situación. Estos déficits pueden ser de tres tipos:

- Déficit conductual provocado por una carencia en el aprendizaje, lo cual produce situaciones ansiosas porque no se sabe cómo hay que comportarse.
- Déficit perceptivo causado por no discriminar correctamente las situaciones sociales pudiendo hacer uso de la habilidad social equivocada. Además, ocurren errores sistémicos de percepción y la persona comete errores de atribución causal.

- Déficit cognitivo como, por ejemplo, un punto de vista negativo que provoca el fracaso al evaluar alternativas de respuesta, afectando así a la toma de decisiones.

2.1.2.2. *Modelo de inhibición*

La persona posee la conducta habilidosa pero la inhibe debido a la ansiedad que experimenta. Dicha ansiedad viene condicionada por los factores externos que rodean la situación social (estímulos, perspectiva social, estereotipos...) y por los internos propios (evaluaciones cognitivamente incorrectas e interpretación errónea de la objetividad del escenario).

2.2. LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y LOS "AUTO-"

La etiqueta de "persona exitosa" suele estar correlacionada con un alto nivel intelectual. Sin embargo, actualmente, para que una persona tenga "éxito social", como ya hemos mencionado anteriormente, debe poseer unas capacidades, habilidades y actitudes directamente relacionadas con relaciones sociales eficaces (Troyano y García, 2015).

Goleman (1995) popularizó el término de "inteligencia emocional" para hacer referencia a ese conjunto de herramientas sociales que influyen en el éxito a la hora de enfrentarse a las demandas sociales que impliquen aspectos emocionales. "Esta destreza para manejar las emociones de manera eficaz es uno de los componentes de aprendizaje de las Habilidades Sociales (HHSS), como una herramienta para la prevención de conflictos emocionales" (García, 2016). Por ello, los componentes de esta teoría son:

- ***Autocontrol:*** Afrontar los sentimientos negativos y superarlos mediante el control de la impulsividad y la tolerancia a la frustración, sin reprimir las emociones
- ***Autorregulación:*** Qué perdurabilidad tienen las emociones ligadas a los sentimientos de ese instante.
- ***Automotivación o autoeficacia:*** Cuál es la meta de las acciones realizadas y dirigir las emociones hacia ese objetivo.
- ***Empatía o reconocimiento de las emociones:*** Capacidad para ponerse en el lugar de la otra persona incluso sin compartir la misma opinión.
- ***Autoconocimiento emocional:*** Cómo influye el estado de ánimo en la conducta.

Esta competencia emocional puede ser aprendida mediante una alfabetización emocional gracias al aprendizaje de HHSS, mejorando aspectos del comportamiento

relacionados con los estados afectivos negativos producidos por la ansiedad y dando paso a los positivos como la empatía y la automotivación (Rulicki, 2011).

2.3. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Los programas de competencia social y, en consecuencia, de Entrenamiento en HHSS (EHS) son un recurso muy empleados en múltiples ámbitos y con diversos destinatarios (Verdugo, 2003).

Como ya hemos mencionado anteriormente, "a partir de los 60 años empieza una disminución de la interacción social repercutiendo en el estado anímico y cognitivo de la población anciana, que llega en muchos casos a padecer trastornos de depresión y deterioro cognitivo" (Gutiérrez y Hernández, 2011). Ambos aspectos son los más relevantes durante el EHS pues el estado depresivo contribuye a aumentar el rechazo a las relaciones interpersonales, pudiendo llegar a generar un aislamiento social. Caballo (2002) plantea estos programas como formas de combatir el DCL y el estado depresivo; aprendiendo que la potenciación de la competencia social y la comunicación asertiva producen una mejoría en la calidad de vida y un aumento de la satisfacción personal y social.

2.3.1. Concepto de HHSS

¿A qué nos hemos referido con HHSS? Caballo (1986, citado en Gutiérrez y cols., 2011) definió las HHSS como:

"Conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas" (p.20).

Sin embargo este concepto no posee una definición consensuada ni definitiva, por lo que hemos creído conveniente señalar los aspectos comunes de todas ellas (Lineha, 1984; Carrasco y Adame, 2001; Roca, 2003; León, 2009; Gutiérrez y cols., 2011; García, 2016) (Figura 7):

- Son conductas aprendidas por observación, imitación, ensayo... que siempre se producen en contextos de interacción para responder a situaciones o personas concretas.
- Implican componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales.
- Involucran eficacia en el componente social y la comunicación interpersonal.

- Están orientadas al logro de objetivos personales mediante la influencia sobre el ambiente social que rodea al individuo.

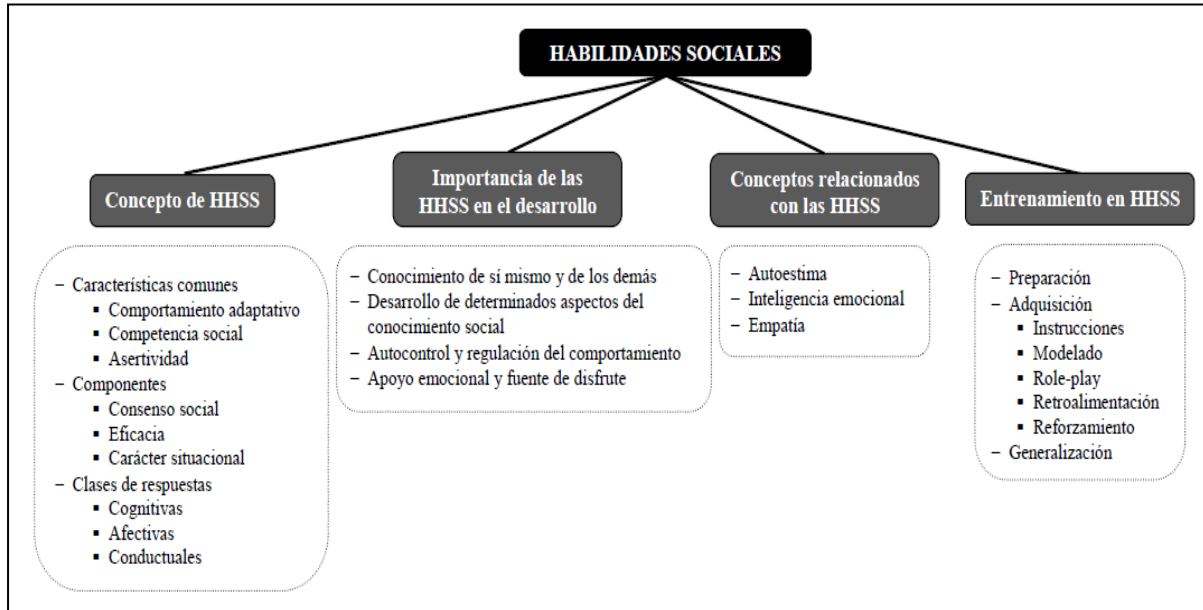


Figura 7: Mapa conceptual de HHSS (Adaptado de Gutiérrez y cols., 2011)

Para completar la definición es necesario señalar una serie de conceptos clave a través de los cuales giran todas las HHSS:

- **Del propio individuo:**

- Comportamiento adaptativo: Cuando se posee autonomía intrapersonal, instrumental e interpersonal para el funcionamiento óptimo e independiente dentro del entorno social.
- Competencia social: Distinción de la competencia socioafectiva y sociocognitiva para desenvolverse con éxito durante las interacciones sociales.
- Asertividad: Actuar en función de los propios intereses, defendiendo tus derechos y expresando sentimientos honestos sin vulnerar los de los demás.
- Autoestima: Aspectos evaluativos y afectivos referidos a la percepción e imagen de uno mismo, según lo experimentado a través de sus vivencias.

- **De la sociedad:**

- Consenso social: Todo el grupo social debe considerar una habilidad como adecuada a cada situación, esto puede cambiar según la cultura de cada contexto.

- Efectividad: Dependerá de la finalidad de cada sujeto en relación con los demás.
- Carácter situacional: El comportamiento se adapta en función de las personas que rodean a la persona (círculos cercanos, extraños, superiores...) y cuál sea el objetivo (charlar, entrevista de trabajo, pedir algo, etc.).

2.3.2. Fases del EHS

Lo primero que debe plantearse a la hora de realizar un EHS es determinar qué habilidades se desea entrenar, evaluando al grupo de participantes y delimitando el contexto en el que se va a llevar a cabo la intervención. En consecuencia se elegirá la modalidad de entrenamiento (grupal, individual, único, integrado...) y la metodología (instrucciones, modelado, role-play, etc.) pues una buena planificación debe contemplar los déficits individuales y si existen problemas asociados. Por esta razón existen tres etapas en la aplicación del EHS (Tabla 6): preparación, adquisición y generalización.

Tabla 6:

Etapas en la aplicación del EHS (Adaptado de Bueno y cols., 2012, p. 63)

PREPARACIÓN	ADQUISICIÓN	GENERALIZACIÓN
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Informar a los alumnos de los beneficios y las reglas del juego. – Lograr una actitud proactiva. De utilidad: <ul style="list-style-type: none"> – Elaborar un inventario de situaciones problemáticas para entrenarlas durante el programa. 	Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Conseguir las habilidades marcadas. Es necesario: <ul style="list-style-type: none"> – Valorar la importancia social, la efectividad y el valor de cada habilidad para mejorar las interacciones. – Debe ser efectivo desde el primer momento para proporcionar un refuerzo positivo al participante y no una mayor frustración. 	Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Transferir conductas a diferentes situaciones. – Consolidar la adquisición de las conductas. Es necesario: <ul style="list-style-type: none"> – Indicar diferentes situaciones en las que pueden ensayar y conseguir refuerzos. – Graduar la intensidad y dificultad de las mismas de cara a evitar fracasos que produzcan mayor ansiedad.

Durante la etapa de la adquisición se puede hacer uso de diversas técnicas dirigidas al logro de objetivos particulares dentro de la estrategia general del entrenamiento.

- **Instrucciones:** Consiste en explicar cuáles son y cómo se ejecutan los comportamientos adecuados, razonando su importancia.

- **Modelado:** A través de un modelo de actuación se presentan los patrones adecuados a un comportamiento para lograr un aprendizaje a través de la observación e imitación.
- **Role-play o ensayo conductual:** Los participantes deben poner en práctica las conductas que han observado anteriormente hasta que consigan ejecutarla de manera correcta, siendo valoradas, corregidas y reforzadas al instante.
- **Retroalimentación:** Consiste en informar al alumno sobre su actuación para que logre perfeccionarla. Puede tratarse como un *feedback* entre compañeros si se trata de un entrenamiento grupal, pero siempre de forma detallada y centrándose en lo positivo.
- **Reforzamiento:** Mediante esta técnica se consigue motivar a los sujetos para que pongan en práctica lo aprendido tanto en situaciones sociales diversas como a lo largo del tiempo.

2.4. LA COMUNICACIÓN COMO EJE PRINCIPAL

Tanto las emociones como los sentimientos en el ámbito de las HHSS juegan un papel relevante ya que son definidos mediante la capacidad de comunicarnos. Este diálogo intrapersonal es esencial para conseguir un óptimo autocontrol, siendo capaces de adecuar las emociones al momento y permitiéndonos afrontar de forma óptima cualquier contratiempo, es decir, poseyendo una adecuada conducta adaptativa.

Sin embargo, no sólo influye la comunicación intrapersonal en la competencia social, sino también la comunicación dentro de las relaciones interpersonales. Este tipo de interacciones promueven la participación social de las personas mayores y, por tanto, son un eje clave para el envejecimiento activo (Valle y Coll, 2011). Además, previenen riesgos dentro de los estilos de vida, manteniendo la independencia, a la vez que impulsan la autonomía personal y por ende mejorando la calidad de vida.

Entendemos por relaciones interpersonales como "el conjunto de vínculos e interacciones establecidas entre personas, determinadas por factores como la etapa de la vida y el rol o papel desempeñados en un ámbito social específico" (Ibargüen, 2014). Estos vínculos e interacciones se producen mediante un intercambio de información a través de la comunicación. Pero, ¿qué tipos de comunicación existe y cuáles son sus características? (Figura 8).

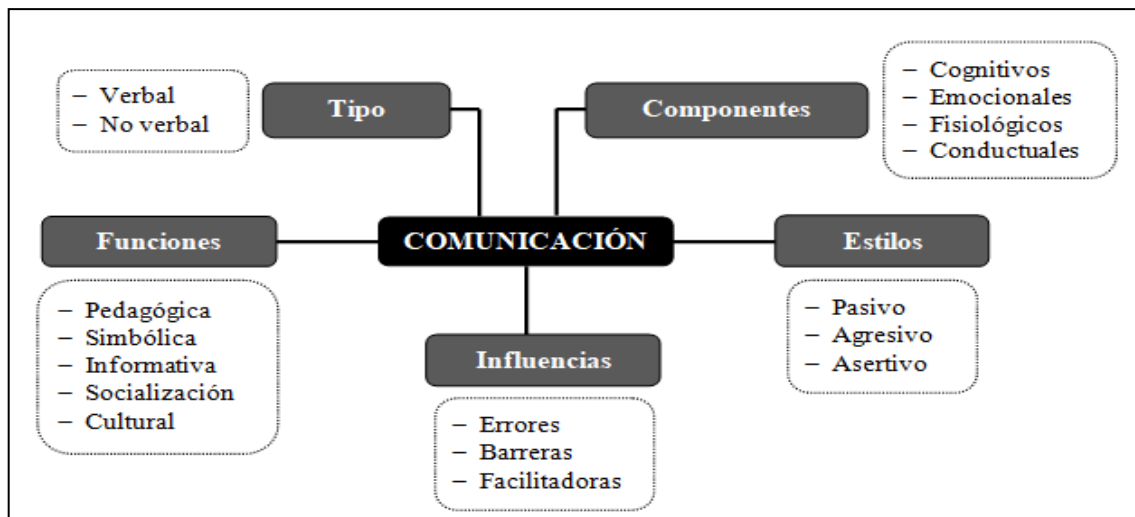


Figura 8: Mapa conceptual de Comunicación (Adaptado de Rubio, 2016)

2.4.1. Tipos de comunicación

Del Prette y Del Prette (2002) describen dos tipos de comunicación según la naturaleza de los signos empleados:

- **Comunicación verbal:** Emplea signos del lenguaje para intercambiar información de forma oral (palabras habladas o mediante gestos en la lengua de signos) o escrita.
- **Comunicación no verbal:** Uso de signos no verbales o sin palabras, es decir, gestos, sonidos o movimientos sin contenido sintáctico (cinética, postura, expresiones faciales, signos paraverbales...).

Estas formas de comunicación permiten transmitir información, la cual varía según el objetivo o la función de la misma (León, 2002; Mañas, 2005; Mañas y Salvador, 2008; Marín, 2013; Martínez-Pecino y Guerra, 2012; Rubio, 2016): función de socialización, informativa, de instrucción o pedagógica (lograr una modificación de la conducta del receptor), simbólica y cultural (valores, normas sociales y morales).

2.4.2. Componentes de la comunicación

No obstante, durante el proceso de la comunicación pueden ocurrir diferentes errores que la dificulten o, incluso, lleguen a impedir que se produzca. Estos fallos pueden ser producidos por el emisor (excesiva o escasa información en el mensaje) o en el receptor (no prestar atención, interrumpir...). Pese a ellos los más comunes son los denominados "barreras de la comunicación" pues dependen de la situación de cada individuo

(características personales, psicológicas, fisiológicas, físicas o semánticas) junto con el ruido exterior.

Por tanto, para que la comunicación se produzca de forma adecuada es necesaria la combinación correcta de diversos elementos (Van-der Hofstadf, 2005):

- **Componentes cognitivos emocionales:** Procesos mentales, pensamientos y creencias determinados por el componente social, la empatía y las expectativas de la persona.
- **Componentes fisiológicos:** Respuestas fisiológicas como la frecuencia cardíaca y respiratoria, presión y flujo sanguíneo, sudoración o respuesta electrodermal...
- **Componentes conductuales:** Comportamientos y elementos observables durante el proceso, es decir, lo que la persona dice, cómo lo dice y qué hace mientras habla. Estos componentes pueden ser:
 - *Verbales:* Lo que dice el mensaje (contenido, preguntas cerradas o abiertas, retroalimentación o feedback) (Del Pozo, 2013).
 - *No verbales:* Qué se hace mientras se dice el mensaje para proporcionar información complementaria (expresión facial, mirada, postura corporal, proximidad, gestos...) (Teruel-Díez, 2014).
 - *Paralingüísticos:* Cómo se dice el mensaje (volumen, entonación, fluidez verbal, tono, latencia de respuesta y silencios) (Rubio, 2016).

2.4.3. Estilos comunicativos

Para finalizar este apartado es importante señalar la existencia de diferentes estilos comunicativos los cuales dependen, en gran medida, de las HHSS empleadas. Además la elección de uno u otro influirá en la efectividad del proceso de comunicación (Marínez-Pecino y cols., 2012). Estos tres estilos son (Van-der Hofstadf, 2006; Teruel-Díaz, 2014; Ortega y Calero, 2015):

- **Pasivo o inhibido:** Se caracteriza por la falta de expresión de los verdaderos sentimientos, opiniones y pensamiento, aceptando los criterios y las decisiones de los demás, incluso contra el deseo propio. La persona utiliza con frecuencia expresiones autoderrotistas y de autculpa por la sumisión presentada para evitar problemas o para agradar. Además, "puede generar sentimientos de insatisfacción con las relaciones sociales y conducir al aislamiento" (Rubio, 2016).

- ***Agresivo:*** Se expresan los sentimientos, pensamiento y opiniones sin tener en cuenta el contexto ni las consecuencias, llegando a manipular la conducta de los demás. El sujeto hace uso de autoafirmaciones, intimidaciones, faltas de respeto o amenazas para quedar por encima de quien le rodea. Sin embargo, a largo plazo genera rechazo y deteriora las relaciones interpersonales (Davis, McKay y Eshelman, 2007), generando sentimiento de culpa y una disminución de la autoestima.
- ***Asertivo:*** Permite establecer relaciones gratificantes y satisfactorias tanto para uno mismo como para los demás. Se caracteriza por una comunicación abierta y franca, tratando de entender a la otra persona y manteniendo el respeto por los derechos de los demás y de sí mismo (Roca, 2007), convirtiéndose en el modo de comunicación más adecuado.

Otros autores hablan de un cuarto estilo de comunicación denominado ***pasivo-agresivo*** o manipulativo pues parece que muestra adulación y halago pero realmente pretende humillar o quedar por encima de los demás (Lane, 2009; Millon, Millon, Meagher, Grossman y Ramnath, 2012). Se puede considerar un modo de agresión indirecta cuya finalidad es disfrazar los verdaderos sentimientos, deseos y pensamientos para, finalmente, alcanzar las metas personales.

CAPÍTULO 3: EDUCACIÓN EN PERSONAS ADULTAS

"La educación en personas mayores es un esfuerzo constante y complejo de toda la sociedad para transformarse en función de una existencia más rica en todos sus aspectos, utilizando los instrumentos disponibles y comprometiendo a todas las personas en este objetivo común" (Laporta, 1978, pp.30-31, citado en García, 2004, p. 123).

3.1. CONSTRUCCIÓN DE UNA GERONTOLOGÍA EDUCATIVA

Uno de los hechos más relevantes que caracterizan la realidad social actual es el proceso de generalización de la educación que ha llegado a todos los sectores sociales, a todos los territorios y a todas las edades. Este hecho está haciendo posible la idea de un aprendizaje a lo largo de toda la vida, de una educación permanente que se ajuste a las demandas y a las circunstancias personales de cada individuo.

"Así uno de los grandes retos a los que se ha enfrentado el sistema educativo, desde su institucionalización legal y desde la consolidación del derecho a la educación para todos los ciudadanos ha sido la consecución real de la democratización educativa, haciendo posible la igualdad de oportunidades para el conjunto de la población. [...] A todo ello hay que añadirle un hecho sociológico de gran trascendencia social, política, económica y cultural; nos referimos a la vejez como una nueva realidad sociológica que necesita de políticas específicas, en las que la educación está jugando un papel cada vez más importante" (Orte y March, 2006, p. 18)

En 1974 la UNESCO (citado en Orte y cols., 2006) vinculó el envejecimiento con la educación a través de dos posibles pilares:

- 1) Asegurar a las personas adultas el acceso a la educación y a la formación.
- 2) Organizar actividades que demuestren que la educación a lo largo de la vida refuerza el papel de este colectivo en la construcción de una nueva realidad social.

Es en este último punto donde los psicopedagogos deben centrarse y reflexionar con el objetivo de descubrir qué puede hacer la educación para mejorar la calidad de vida de estas personas y de la sociedad respondiendo a los cinco ámbitos que definen la educación gerontológica (García, 2004):

- **Quién soy:** Acción fenomenológica que define el "yo" de la persona a través de sus acciones pasadas y presentes.

- ***Qué tengo:*** Conocimiento del capital de uno mismo conseguido en y por la experiencia, es decir, las habilidades, los principios, los valores y los errores que se poseen o cometen y que de forma conjunta definen la personalidad.
- ***Qué puedo hacer:*** Descubrir las posibilidades e intereses que motiven al individuo y den sentido al sentimiento de superación de cada etapa vital o momento vivencial.
- ***Qué valoro:*** Aumentar la sensibilidad hacia nuevos aprendizajes o la prestación a adquirirlos sabiendo apreciar lo que uno es y la herencia de la vida.
- ***Para qué:*** Establecer cambios y transformaciones, construyendo nuevos vínculos y superando las consecuencias que conlleva llegar a esa etapa de la vida.

Por lo tanto, el punto de partida es que la intervención psicopedagógica con programas dirigidos a las personas adultas son un principio ético que debe regir la política dirigida a este colectivo social. Por esta razón, y habiéndonos centrado en el contexto en el que se envuelve este trabajo, es necesario hacer hincapié en la normativa actual referente a la comunidad autónoma de Castilla y León. Teniendo en cuenta la legislación concerniente a las personas adultas, la Ley 5/2003, del 3 de abril, de "Atención y Protección a las personas mayores de Castilla y León" indica que se debe promocionar el respeto, la incorporación de sus necesidades en la planificación y el desarrollo de planes que impulsen su participación en la comunidad, aumentando así su autonomía personal. Es decir, conseguir un envejecimiento activo mediante la inclusión de la persona en su entorno, mejorando la calidad de vida y el bienestar psicosocial para evitar las situaciones de dependencia o atrasar su llegada.

En la misma línea el Decreto 14/2001, del 18 de enero, regula las condiciones y requisitos para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para las personas adultas, mostrando la necesidad de polivalencia de los centros para lograr diversos servicios interrelacionados entre sí, creando una red destinada a conseguir los objetivos marcados en leyes anteriores. Con estos servicios sociales no sólo hemos hecho referencia a aquellos destinados a ocio y tiempo libre, sino también a aquellos que propicien la participación e integración del individuo en la vida política, económica, cultural y social (García, 2014). Este objetivo se encuentra regulado por el Decreto 24/2002, del 14 de febrero, por el que se aprueba el Estatuto Básico de Centros de Personas Mayores de Castilla y León.

Sin embargo, es necesario señalar que todas estas normativas se encuentran en su mayoría destinadas a la regulación de instituciones como las residencias, los centros de día, las asilo, etc. Es decir, entidades destinadas al cuidado de las personas mayores con cierto grado de dependencia. Por este motivo, hoy en día es aún más necesaria una reforma legislativa que vaya acorde con la realidad social, la mejora de la calidad de vida y el cambio de perspectiva sobre la etapa vital de la tercera edad.

3.2. PROGRAMAS INTERUNIVERSITARIOS

3.2.1. Realidad actual, ¿a qué nos referimos?

El desarrollo de ofertas educativas para las personas adultas que se llevan a cabo en y por la Universidad o en otras instituciones y por otros colectivos, pero bajo la responsabilidad de estos centros, pretende ofrecer, además de actividades educativas, otro tipo de dinámicas de tipo cultural y social (Orte, Touza y Holgado, 2006) que satisfagan las necesidades propias de la población y su deber de dar respuesta y de adaptarse a las demandas de la sociedad.

Actualmente, estos programas son desarrollados en toda España a través de instituciones públicas en su gran mayoría (94.59%) (Orte, Ballester y Touza, 2004) y más de la mitad del profesorado que coordina e imparte estos programas no tienen reducción docente por llevarlos a cabo. Asimismo, estas "Universidades de la Tercera Edad o Universidad Permanente" son instituciones constituidas jurídicamente y que pueden federarse tanto a nivel nacional como internacional (Montoya y Fernández, 2002).

En cuanto a la población destinataria de estos servicios es una población que arrastra carencias en la mayoría de los aspectos de su estructura vital pero especialmente en lo relativo al ámbito educativo y cultural. Sin embargo, sería más acertado llamar a estas carencias "privaciones" pues pertenecen a aspectos que, con el paso del tiempo y las políticas actuales, le han ido siendo arrebatados (Sánchez, 1991). Por esta razón, según Vellas (1998), los objetivos principales de los programas interuniversitarios deben ser:

- Contribuir a la mejorar del nivel de salud física, mental y social de las personas mayores, es decir, la mejorar de la calidad de vida y del bienestar personal.
- Realizar programas de educación permanente estrechamente relacionados con el resto de la población para lograr una completa integración social del individuo y, en consecuencia, evitar el aislamiento, la depresión y la falta de relaciones interpersonales (factores impulsores de la dependencia y del DCL).

- Crear programas de investigación gerontológica que impulsen la formación de profesionales capacitados a la hora de trabajar con este colectivo.

Estos objetivos deben estar determinados por una temporalización, estableciendo una serie de fases que permitan una adecuada evaluación y una planificación adecuada a las necesidades individuales y grupales. Por lo tanto, y como ya hemos fundamentado con los decretos del apartado anterior, esta actuación debe desarrollarse a escala comunitaria, respetando las diferencias de cada contexto y movilizandolos todos los recursos posibles.

3.2.2. Fases y funciones en la gestión de programas

El Equipo del Observatorio del Tercer Sector de Bizkaia (Gavilán, Massa, Guezuraga, Bergara y López, 2010, citado en Rodríguez, 2015) señaló que para realizar una intervención de este tipo es necesario comenzar con la "identificación de una realidad sobre la que se quiere trabajar para transformarla a través de un plan de acción planificado. Dicha planificación debe incluir la determinación de la idea, el diseño, su elaboración, su aplicación y su evaluación".

Inicialmente se deberá profundizar en el entorno en el que se desenvuelven los individuos teniendo en cuenta las diferentes variables que definen la realidad a intervenir, transformar o mejorar, detallando todos los valores y posibles interpretaciones del análisis o diagnóstico. A continuación, se han de definir los objetivos necesarios para cubrir las carencias detectadas junto con la estructura organizativa de la institución. Finalmente se establecerán una serie de normas de actuación que definirán la metodología final del programa y la evaluación posterior.

Además, se debe tener en cuenta las fases del "ciclo vital" de un programa de actuación este tipo (Figura 9) pues son dinámicos y cambiantes, "un organismo de continuo desenvolvimiento" (Montoya, 2002) que precisa de una constante evaluación y transformación en paralelo con el entorno y los sujetos.

La ***primera fase*** es principalmente de diagnóstico pues se comienza a identificar las necesidades, expectativas y demandas tanto de la realidad como de los participantes, atendiendo a los recursos disponibles (personal, infraestructura, tiempo, materiales didácticos...) (Marzo y Figueras, 1990; Baert, Vandemeulebroecke y Callens, 1991).

- 1) Definición del problema
- 2) Determinación y clarificación del problema
- 3) Análisis del problema (necesidades subjetivas, educativas y prescriptivas)

- 4) Análisis del contexto
- 5) Análisis de valores, competencias y capacidades
- 6) Análisis de los recursos
- 7) Determinación de prioridades

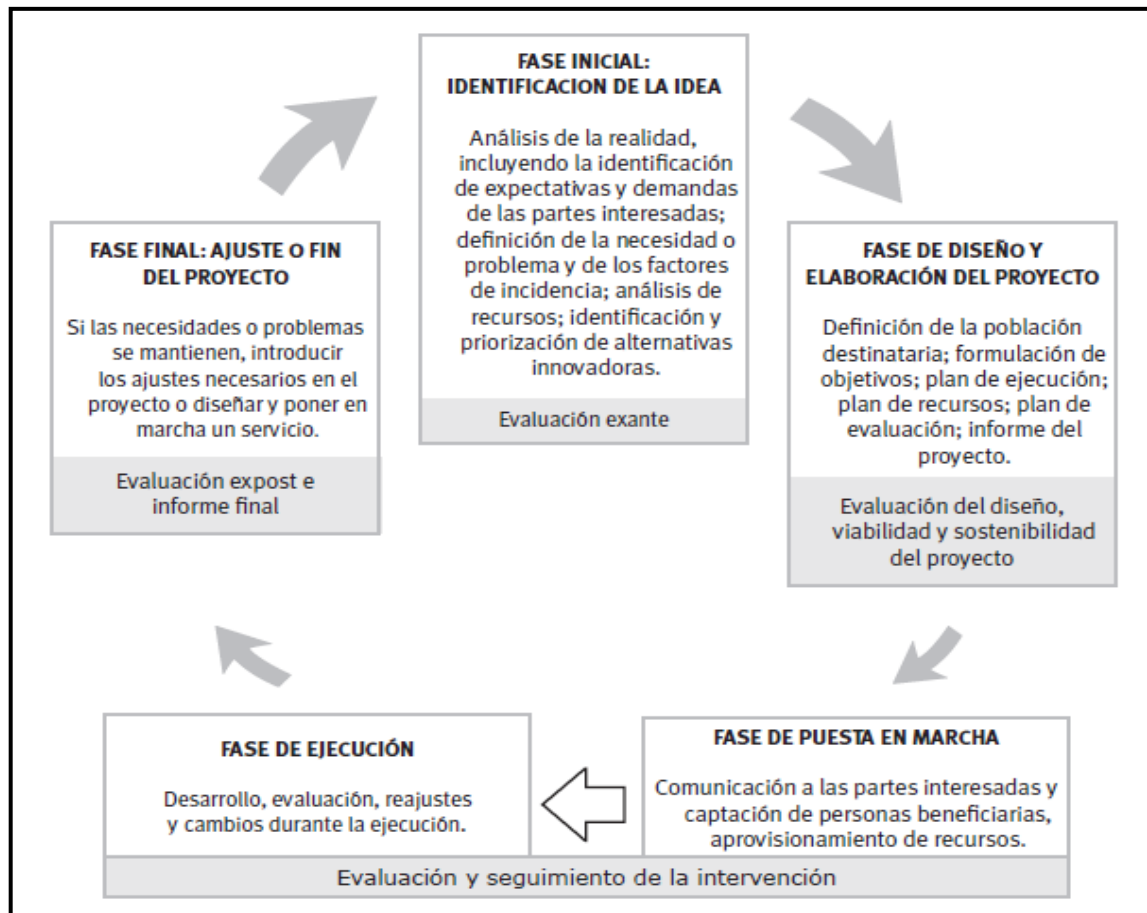


Figura 9: Dinámica de la intervención sobre un colectivo (Gavilán y cols., 2010, p.12)

La *segunda fase* se conforma de un trabajo de predominio reflexivo con la formulación de los objetivos, de los contenidos y del plan de trabajo del programa según el diagnóstico realizado anteriormente.

- 8) Determinación de objetivos, metas y contenidos
- 9) Elección de la estrategia y de la metodología
- 10) Definición del plan de trabajo y de las actividades

A continuación, comienza la puesta en práctica de la intervención mediante los principios metodológicos y las actividades previamente diseñadas. Durante esta *tercera fase* se debe tener en cuenta las posibles necesidades que vayan surgiendo y la atención a la diversidad del alumnado, por lo que se trata de un trabajo con reajustes constantes.

- 11) Puesta en práctica del programa

12) Realización de reajustes según las necesidades y el momento de intervención

Finalmente, en la *cuarta fase*, se evaluará el programa en función del grado de consecución de las metas y de los objetivos propuestos, planificando mejoras en intervenciones futuras e introduciendo los ajustes necesarios para su adaptación al nuevo grupo de trabajo.

13) Evaluación de lo aprendido por el alumnado

14) Observación y análisis de los objetivos y metas alcanzados

15) Planificación y estudio de posibles mejoras en el programa

3.2.3. *El diseño curricular*

Como hemos ido señalando a lo largo de este documento, se debe hacer hincapié en que en la educación para adultos no basta con elaborar un diseño puramente escolar o académico pues se trata de una educación integral y, en consecuencia, interdisciplinar. Por esta razón el diseño curricular debe poseer ciertas cualidades o condiciones como flexibilidad, funcionalidad y un carácter adaptativo que posibiliten la mejora de la autonomía del individuo en paralelo con las actuaciones en el aula.

"Es imprescindible una metodología activa, inductiva, diagonal, grupal, participativa, activa, investigativa, interdisciplinar, interrogativa..." (Sánchez, 1991) a través de bloques temáticos o módulos con conocimientos teóricos y prácticos de tipo filosófico, sociológico y psicopedagógico referentes a áreas ligadas a aspectos cualitativos del individuo (autoestima, libre expresión, defensa de los derechos, comunicación...), al desarrollo personal (saber hacer y saber ser), a la capacitación e inserción laboral, a la profundización democrática (educación comunitaria, participación activa, conocimiento de las instituciones públicas o de los servicios sociales) y a la "herencia educativa" (desarrollo científico y tecnológico).

No obstante, no se debe olvidar que el desarrollo curricular da cabida también a que los mayores conozcan los resultados de su aprendizaje, siendo ellos mismos participes de su propia evaluación. De este modo se logrará un aumento de la motivación y de la planificación ejecutiva junto con una autoestima positiva, lo cual mejorará el bienestar personal del individuo y, en consecuencia, se reducirán los niveles de ansiedad.

BLOQUE II

MARCO EXPERIMENTAL

BLOQUE II: MARCO EXPERIMENTAL

Hemos llevado a cabo un diseño de investigación experimental a través de una metodología proyectiva pues según Hurtado (2000):

"Consiste en la elaboración de una propuesta o de un modelo, como solución a un problema o necesidad de tipo práctico, ya sea de un grupo social, o de una institución, en un área particular del conocimiento, a partir de un diagnóstico preciso de las necesidades del momento, los procesos explicativos o generadores involucrados y las tendencias futuras" (p.325).

Se trata de un estudio transeccional en el cual hemos analizado la situación actual de los participantes para, de este modo, diseñar una propuesta de actuación que satisfaga las necesidades encontradas. Tamayo (1990) define este tipo de diseño como "aquel que comprende la descripción, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos".

Por esta razón el diseño consta de un factor intrasujeto (evaluación inicial), un factor intersujeto (voluntariedad en la participación) y seis covariables (edad, sexo, nivel de ansiedad, calidad de vida, respuesta de las FE y nivel de asertividad).

Arias (2015), citando a Nieto y Recamán (2010), afirma que la elección de este tipo de investigación se fundamenta en su utilidad en las primeras aproximaciones a un área, gracias a su carácter exploratorio, y favorece el proceso de crear hipótesis que estimulen otras investigaciones.

Finalmente señalar que para poder definir las variables de este estudio hemos creído conveniente profundizar en las teorías bio-psíco-sociales que tratan de explicar la conducta de los sujetos y su relación con la calidad de vida durante la tercera edad, indagando en los estudios realizados en la actualidad sobre la psicopedagogía y la educación gerontológica (Figura 10).

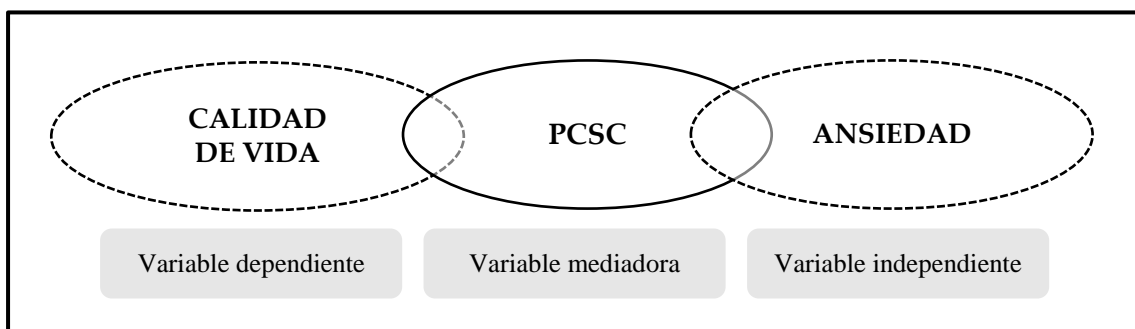


Figura 10: Variables de la investigación realizada

A. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN PSICOPEDAGÓGICA

Sikes, Nixon y Carr (2003) defienden que este tipo de investigación se encuentra cimentada, epistemológicamente, por los fundamentos morales de la práctica educativa, no sólo dentro de la escuela sino en la sociedad como conjunto. De este modo, se forma un triángulo entre la teórica, la práctica y la investigación (Sañudo, 2006) que conlleva una educación definida como una actividad, moralmente deseable, con el objetivo de un cambio cultural y social (Carr, 2003).

Por ello, hemos sido conscientes de las responsabilidades que hemos adquirido en función del fin de esta investigación, de las posibles consecuencias del proceso y de los medios que hemos elegido para lograr nuestros propósitos (Olivé e Ibarra, 2003).

Según la normativa del Departamento de Ética en la Investigación del Consejo Superior de Investigación Científica (CSIC) hemos tenido en cuenta diversos aspectos éticos a la hora de efectuar la puesta en práctica:

- Para poder intervenir hemos obtenido el consentimiento informado de los participantes a través de la inscripción voluntaria en el PCSC.
- A lo largo de este proceso hemos protegido, y protegemos, la confidencialidad y el bienestar de los sujetos, contemplando su desarrollo físico, cognitivo, emocional y social.
- En todo momento hemos asegurado la validez científica y la competencia del equipo investigador para conseguir el beneficio de los individuos con la práctica.
- En ningún momento hemos utilizado ideas o resultados ajenos, es decir, no hemos cometido plagio ni usurpación de otros trabajos.

B. CRITERIOS DE VALIDEZ

Además de la significatividad de los datos, la transparencia y replicabilidad del proyecto, según Briones (2002) se deben presentar cuatro criterios de validez que hemos intentado cumplir a lo largo del mismo (adaptación de Colás y Buendía, 1992, citado en Rodríguez, 2008).

- **Credibilidad** (validez interna o valor de la verdad): Isomorfismo entre la realidad y los datos obtenidos.
- **Transferibilidad** (validez externa o aplicabilidad): Nivel en que pueden aplicarse los descubrimientos y resultados a otros sujetos y/o contextos.

- ***Dependencia*** (fiabilidad o consistencia): Repetición de los resultados cuando se realizan investigaciones en los mismos participantes, manteniendo el contexto.
- ***Confirmabilidad*** (objetividad o neutralidad): Garantía de que los descubrimientos de la investigación no están sesgados por los agentes investigadores.

CAPÍTULO 4: ESTUDIO EMPÍRICO

4.1. HIPÓTESIS

4.1.1. *Hipótesis general*

A través del PCSC, configurado por breves sesiones teórico-prácticas dentro del PIECL, se mejora la competencia social de los participantes provocando, a su vez, una disminución de la ansiedad, posible agente condicionador de la calidad de vida.

4.1.2. *Hipótesis específicas*

- H₁.** Con la aplicación del PCSC se aumenta la competencia social de los participantes.
- H₂.** Se reduce el nivel de ansiedad en los participantes debido a la mejora de las HHSS en las relaciones interpersonales.
- H₃.** Con la reducción de la ansiedad y el aprendizaje de HHSS óptimas se consigue una mejora de la calidad de vida de los alumnos.

4.2. OBJETIVOS

4.2.1. *Objetivo general*

Elaborar e implementar un programa dirigido a personas adultas con el que demostrar la relación entre las HHSS y la competencia social con la mejora de la calidad de vida, mediante la toma de datos y la intervención en sujetos que han sido expuestos de forma voluntaria al programa.

4.2.2. *Objetivos específicos*

- Exponer la relación de un programa psicopedagógico para adultos con la transdisciplinariedad de las áreas para la mejora de la calidad de vida a través del tratamiento de la competencia social y las HHSS.
- Observar el comportamiento y los cambios generados por el PCSC, apoyándonos en el estudio de la gerontología educativa y teniendo en cuenta la inteligencia emocional, para demostrar su efectividad como metodología adaptable a las necesidades de la realidad actual.

4.3. SUJETOS

La intervención que hemos realizado se ha llevado a cabo a través del PIECL. Este programa es una iniciativa de la Junta de Castilla y León, en colaboración con las universidades públicas y privadas de esta comunidad, enmarcada en el programa integral de envejecimiento activo y del aprendizaje a lo largo de la vida.

Además, el PIECL cuenta con la cofinanciación de la Gerencia de Servicios Sociales, de los propios alumnos (club de los 60) y de diversos ayuntamientos de la región. Con esta actuación se pretende proporcionar a las personas mayores la posibilidad de acceder a nuevos conocimientos, tanto culturales como científicos, así como una oportunidad de desarrollo personal (Junta de Castilla y León, 2018).

4.3.1. Reclutamiento

Debido a los recursos y al tiempo del que hemos dispuesto, a la hora de realizar el TFM, hemos trabajado con una universidad pública que se encuentra dentro del plano micro de nuestra situación actual. Por lo tanto, nos encontramos ante una muestra no probabilística, es decir, los sujetos no han sido elegidos al azar o de forma mecánica por una unidad de análisis, sino que se produjo tras contactar con el coordinador del PIECL que se imparte en la Universidad de Valladolid (UVa), concretamente en la Facultad de Educación y Trabajo Social.

No obstante, se trata de una muestra aleatoria en cuanto que la participación en el PCSC ha sido voluntaria tras ser informados los alumnos de la temática y del objetivo que se pretendía alcanzar con la intervención. Además, hemos impedido la contaminación de esta investigación evitando conocer los juicios de otros docentes sobre los participantes. De este modo hemos querido otorgar mayor validez a la intervención psicopedagógica que hemos realizado.

4.3.2. Población

A pesar de tratarse de un muestreo total de más de 160 alumnos en la toma de datos, se produjo un gran porcentaje de mortandad debido a diversas razones: precipitación del calendario, diversos casos por necesidades específicas provocadas por una situación de dependencia, el horario lectivo y la obligación de imponer un número máximo de participantes para lograr una actuación significativa.

Finalmente hemos trabajado con una población voluntaria de 13 personas, cuyas edades oscilan entre los 56 y 75 años. En cuanto al género el grupo se divide en 7 (53.8%) mujeres y 6 (46.2%) hombres, por lo que no se ha encontrado diferencia en la media de participación en base a esta característica.

CAPÍTULO 5: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. MÉTODO

5.1.1. Herramientas de planificación, ejecución y evaluación

Inicialmente hemos buscado conocer en profundidad los rasgos del contexto. Para llevar a cabo dicho fin hemos hecho uso de la investigación cualitativa y la planificación de diversas fases de actuación (Figura 11).

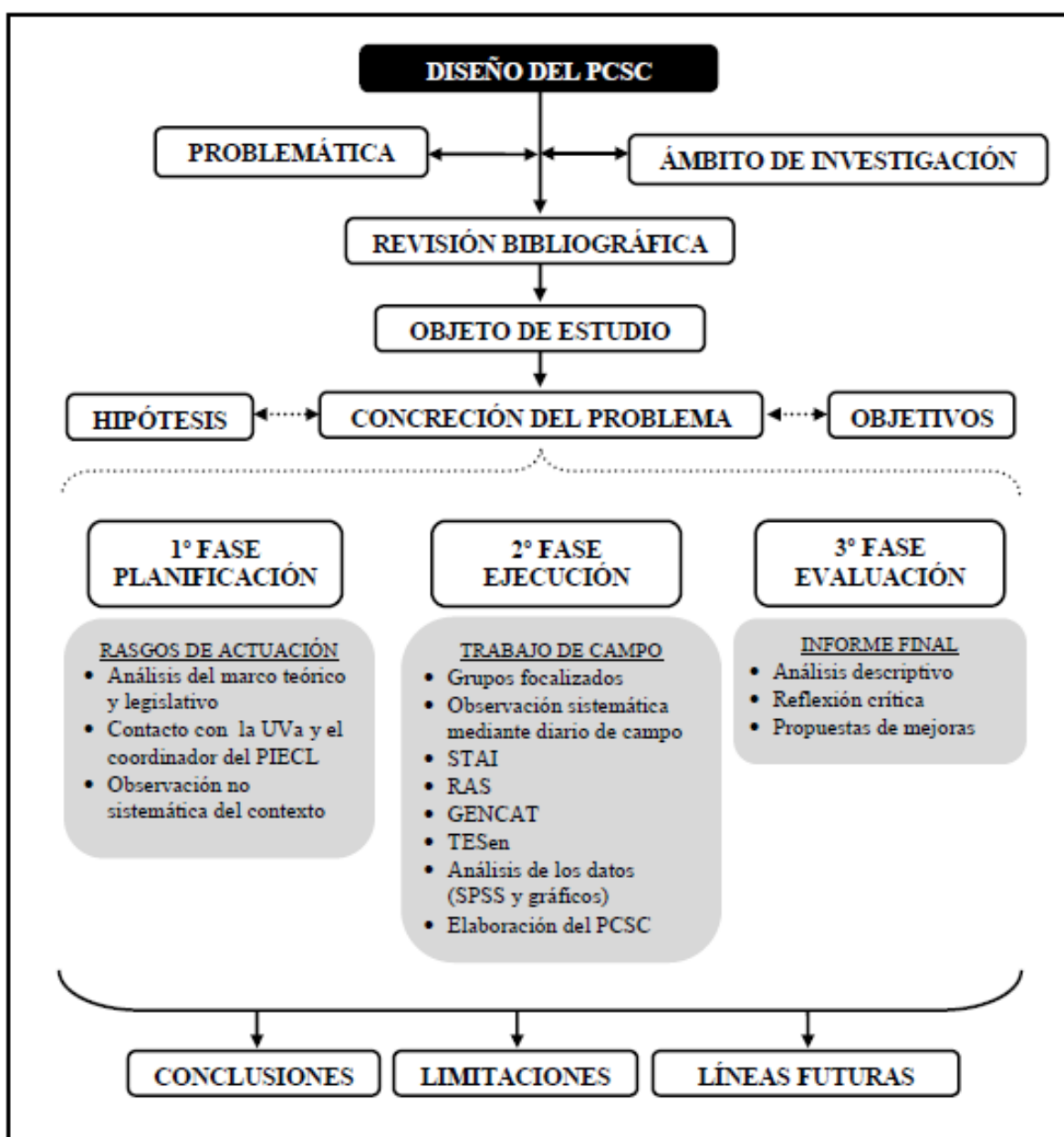


Figura 11: Fases de la investigación

5.1.1.1. *Planificación*

En la primera fase hemos analizado en profundidad el marco teórico y legislativo que orienta este proyecto, así como las características de la etapa del ciclo vital en la que se encuentra este colectivo (análisis del contexto mediante la observación no sistemática, selección de los cuestionarios, estudio de las variables, teorías bio-psíco-sociales...).

5.1.1.2. *Ejecución e instrumentos*

En la segunda fase hemos llevado a cabo el trabajo de campo, para el cual hemos recogido la información pertinente utilizando tres técnicas: las entrevistas mediante grupos focalizados o de discusión con los miembros de equipo y de los implicados en el programa, la evaluación del alumnado a través de los instrumentos de recogida de información y la observación a través del diario de campo.

En cuanto a los instrumentos para la recogida de información hemos hecho uso del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1989), la Escala de Asertividad de Rathus (RAS) (Aguilar, 1982), la Escala GENCAT de calidad de vida (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2009) y Test de los Senderos (TESen) (Portellano y Martínez, 2014). Asimismo, hemos realizado un análisis de datos a través del programa Statistical Product and Service Solutions (SPSS) y el generador de gráficos de Microsoft Excel para, de este modo, lograr una reflexión crítica sobre la información recogida desde un enfoque cuantitativo.

- **STAI**

Prueba destinada a medir específicamente el factor de la Ansiedad tanto en adolescentes como en adultos y puede ponerse en práctica tanto de forma individual como colectiva. Para ello, ofrece dos evaluaciones de 20 ítems y cuatro niveles de respuesta en escala Likert: Ansiedad Estado (AE) (cómo se siente el sujeto en un momento determinado) y Ansiedad Rasgo (AR) (cómo se siente el participante en general).

- **RAS**

Esta escala estandarizada pertenece a aquellas administradas para establecer el nivel de competencia social en alguno de sus componentes, en este caso el grado asertividad de posee el sujeto. El cuestionario consta de 30 ítems con seis posibles respuestas a través de la valoración en escala Likert.

- **GENCAT**

La Escala GENCAT se basa en un modelo multidimensional de ocho dominios con cuatro posibles respuestas (escala Likert) que constituyen el concepto de calidad de vida, es decir, está compuesta por "un conjunto de factores que componen el bienestar personal y sus indicadores centrales como percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones de calidad de vida que reflejan el bienestar de una persona" (Schalock y Verdugo, 2003, p. 34).

- **TESen**

Prueba de cribado o *screening* de aplicación individual cuyo objetivo es evaluar el funcionamiento ejecutivo de la persona mediante cuatro tareas de planificación visomotoras. De este modo se consigue una evaluación general de las FE y la posibilidad de detectar alteraciones en el funcionamiento ejecutivo de diversos colectivos como el de la tercera edad.

5.1.1.3. *Evaluación*

Finalmente, en la tercera fase hemos creído conveniente elaborar un informe sobre la eficacia del programa mediante un análisis descriptivo, dado que no hemos podido realizar una evaluación posterior.

5.1.2. *Procedimiento*

5.1.2.1. *Análisis de la realidad y definición de los componentes del PCSC*

El punto de inicio en esta intervención ha sido marcar los objetivos, las metas y las competencias del programa. Para ello hemos hecho uso de una evaluación inicial de los participantes y de su contexto más cercano mediante las técnicas e instrumentos nombrados anteriormente (diario de campo, TESen, STAI, grupos focalizados...).

Cautela y Upper (1975) enfatizan que la decisión de la técnica a emplear en la intervención depende del profesional que lleva a cabo la sesión, además de las variables dependientes e independientes relacionadas con el ambiente más cercano en el que se mueve el sujeto de estudio.

Debido a la mortandad que se produjo en la muestra y el tiempo disponible para llevar a cabo la intervención, la mayor parte de este apartado se ha dedicado a realizar un análisis descriptivo sobre las tendencias que se han encontrado en cada una de las variables gracias al uso del programa SPSS.

Como hemos trabajado con test estandarizados y al no presentar la muestra normalidad, hemos creído conveniente señalar en qué media se encuentran los participantes haciendo uso de los baremos para adultos de 60 o más años presentes en los manuales originales (Tabla 7). De este modo se han comparado los resultados con una población mayor para conocer qué niveles de ansiedad o de calidad de vida presentan.

Tabla 7:

Comparación grupal de los datos con las puntuaciones estandarizadas

TEST	DIMENSIÓN	MEDIA		DT	
		GRUPO	BAREMO	GRUPO	BAREMO
GENCAT	Puntuación estándar total	12.38	10	1.71	3
RATHUS	Demostrar disconformidad	2.58	2.29	.89	1.17
	Manifestación de sentimientos y creencias	2.15	3.46	.94	.96
	Eficacia	3.77	1.92	1.24	1.01
	Interacción con organizaciones	4.42	3.43	1.63	1.15
	Expresión de opiniones	3.61	2.33	1.76	1.19
	Decir no	2.92	1.90	1.75	1.16
TESen	Ejecución	15.23	11.52	4.01	4.37
	Velocidad	544.85	788.10	162.23	330.27
	Precisión	92.91	95.08	11.27	8.59
STAI	Mujer	13	23.30	10.02	11.13
	AE Varón	11.67	20.54	10.58	10.57
AR	Mujer	22.71	24.99	7.57	7.86
	Varón	15.5	20.19	11.43	11.43

Nota: El baremo de cada cuestionario divide la media según las características de la muestra o categorías analizadas que se han considerado oportunas, por esta razón hemos creído conveniente mantener dicha distinción.

Como no hemos encontrado datos significativos en la media grupal, hemos optado por el análisis individual de cada sujeto para, de este modo, adaptarnos a las necesidades reales de cada uno ellos (Tabla 8 y Tabla 9). Debido al límite de espacio de este documento, nos hemos centrado en las respuestas obtenidas en cada dimensión de la escala GENCAT y en el cuestionario STAI, pues son las pruebas más permitentes para el análisis de las variables principales de este trabajo.

Tabla 8:*Puntuaciones individuales de las dimensiones de la GENCAT con el STAI en mujeres*

TEST	DIMENSIÓN	PUNTUACIÓN						
		BLV	BET	CGG	GNP	GL	LMA	PDA
^a GENCAT	Bienestar emocional	63	91	75	63	91	25	63
	Relaciones interpersonales	63	91	95	91	98	9	75
	Bienestar material	37	63	84	16	75	50	16
	Desarrollo personal	99	99	91	95	91	75	75
	Bienestar físico	84	91	16	5	63	16	9
	Autodeterminación	84	95	91	91	91	25	84
	Inclusión social	91	98	75	95	91	95	75
	Derechos	75	84	50	75	75	5	50
	Índice de calidad vida	89	98	86	79	95	29	57
^b STAI	Ansiedad Estado	30	1	4	50	1	55	55
	Ansiedad Rasgo	65	30	30	55	4	70	60

Nota: ^aPuntuación = Percentil^bPuntuación = Centil**Tabla 9:***Puntuaciones individuales de las dimensiones de la GENCAT con el STAI en varones*

TEST	DIMENSIÓN	PUNTUACIÓN					
		LVA	MAJ	ML	PAF	SBR	VCJ
^a GENCAT	Bienestar emocional	37	91	95	91	75	50
	Relaciones interpersonales	50	95	98	75	75	37
	Bienestar material	63	84	84	37	25	25
	Desarrollo personal	95	98	95	84	91	75
	Bienestar físico	0	91	75	75	25	63
	Autodeterminación	84	84	84	84	63	63
	Inclusión social	84	95	95	84	95	63
	Derechos	75	2	84	75	63	75
	Índice de calidad de vida	62	93	98	87	75	60
^b STAI	Ansiedad Estado	65	4	1	11	11	70
	Ansiedad Rasgo	55	4	1	10	45	90

Nota: ^aPuntuación = Percentil^bPuntuación = Centil

En ambas tablas hemos podido observar que tres de las dimensiones de la GENCAT han obtenido las puntuaciones más bajas en ambos géneros, las cuales son: bienestar material, bienestar físico y derechos. Por otro lado, se ha presentado un nivel más bajo de bienestar emocional en el género femenino junto con cierta escasez en las relaciones interpersonales. Por esta razón hemos enfocado los aprendizajes del PCSC a abordar temas como los derechos humanos básicos, diversas técnicas para el control de la ansiedad como

es una correcta respiración, los estilos comunicativos para conseguir relaciones interpersonales óptimas...

Finalmente debemos señalar que en los datos de los varones es donde se puede intuir una mayor correlación entre calidad de vida y ansiedad, pues a mayor puntuación en el índice de calidad de vida, menor puntuación en las dimensiones del STAI, especialmente en la ansiedad estado. Por ello, hemos realizado la prueba de correlación lineal bivariada con coeficiente Rho de Spearman para afirmar esta hipótesis (Tabla 10).

Tabla 10:

Correlación entre puntuaciones de calidad de vida y nivel de ansiedad

		AE	AR
GENCAT	R _p	-.914**	-.739**
	SIG.	.000	.004
RATHUS	R _p	-.563*	-.465
	SIG.	.045	.110

Nota: ^aR_p = Coeficiente de correlación

* La correlación es significativa en el nivel 0.05

** La correlación es significativa en el nivel 0.01

El hecho de encontrar coeficientes negativos en ambos test nos indica una reciprocidad entre ambas variables pues todas ellas tienen una correlación ($-1 < \rho < 0$) y una significatividad alta, confirmando así que una mayor puntuación en el índice de calidad de vida conlleva un menor nivel de ansiedad en el sujeto y viceversa.

5.1.2.2. *Definición del lugar y calendario de la aplicación del PCSC*

Durante la etapa preparatoria de este diseño hemos decidido llevar a cabo esta intervención con los alumnos del PIECL en la UVa a lo largo de dos semanas en el mes de febrero y con un total de 9 horas de trabajo (Tabla 11).

5.1.2.3. *Estrategias y técnicas del PCSC*

Dado que en los capítulos del Bloque I hemos tratado todos los aspectos teóricos que enmarcan este proyecto, hemos creído conveniente no repetir dicha información en este apartado pues todos los conocimientos y aprendizajes impartidos en el PCSC se fundamentan en ella. De este modo, se evita que la lectura del mismo se haga muy tediosa y que se supere la extensión máxima de este trabajo.

Tabla 11:

Planificación del PCSC

DÍA	PERÍODO
19 febrero	Análisis del contexto y de las necesidades Evaluación inicial a través de los cuestionarios
21 febrero	Presentación de la asignatura Mediación de conflictos
23 febrero	Qué es la comunicación interpersonal Definición y componentes de las HHSS
26 febrero	Estilos y actitudes comunicativas Derechos humanos básicos y derechos asertivos
28 febrero	Dimensiones de habilidad social Por qué hay personas que no pueden actuar de forma adecuada Técnicas para mejorar la comunicación interpersonal
1 marzo	Manejo de la ansiedad Qué es el Mindfulness

Caballo (2002, citado en Bueno y Garrido, 2012) señaló que las competencias que deben alcanzar los participantes a través de estas técnicas son:

- Adquirir y dominar los componentes de las HHSS entrenadas.
- Mostrar la secuencia correcta sin necesidad de apoyo.
- Mostrar las HHSS ante diferentes circunstancias reales.
- Lograr reproducir lo aprendido de forma natural y no mecánica.

Siguiendo el principio de Premack (Premack y Premack, 2003) y, de esta forma, aumentar la probabilidad de ejecución de una conducta de baja frecuencia, se refuerza al sujeto por la puesta en práctica de una conducta con actividades que este realiza frecuentemente (Cidad, 1986, pp. 171-175).

Asimismo, Graziano (1977) defiende que si el objetivo es superar déficits a fin de instaurar conductas autorreguladas, se debe emplear el condicionamiento operante y un reforzamiento positivo, es decir, enseñar a hablar, conductas sociales cooperativas, etc. No sólo es importante la contigüidad entre estímulos para producir el condicionamiento, sino que hay que tener en cuenta la relación de contingencia entre ambos.

Por esta razón no sólo hemos hecho uso de diversas presentaciones en PowerPoint (Figura 12), videos ilustrativos y apuntes sobre la teoría, sino también diferentes actividades y dinámicas, tanto grupales como individuales, mediante las cuales poner en práctica lo aprendido en cada sesión.



Figura 12: Ejemplo de presentación de PowerPoint del PCSC

Palmero, Guerrero, Gómez y Carpi (2006) definen tres aspectos, definidos como la "tríada de respuesta" (Scherer, 2000), en los que se presenta una mayor coincidencia entre las múltiples teorías de la inteligencia emocional: neurofisiológico-bioquímico, motor o conductual-expresivo y subjetivo-experimental.

Así pues, la emoción es un sistema multifactorial de respuesta ante estímulos que implica un cambio en el organismo, interno o externo, siendo determinante el papel del ambiente que le asigna su rol funcional o adaptativo. Por ello nos hemos guiado por el siguiente cuadro panorámico de los distintos enfoques actuales y sus respectivas técnicas en el momento de seleccionar las dinámicas del PSCS (Tabla 12).

Finalmente, hemos clasificado las actividades en cuatro categorías interrelacionadas entre sí que completan los aspectos clave de la teoría anterior: autocontrol, atención sensorial, motórico-experimental y socio-emocional (Tabla 13).

Tabla 13:

Distribución de las actividades del PCSC

CATEGORÍA	ACTIVIDAD
Autocontrol	El mercado Sesión de mindfulness
Atención sensorial	Ejercicios de vocalización Cuéntame lo que te han contado
Motórico-experimental	Anuncio publicitario Gimnasia cerebral
Socio-emocional	La patata de las emociones El boca-oído Cuestionario de la respuesta asertiva

Todas las dinámicas realizadas han tenido un tiempo máximo de 10 minutos y no han necesitado de recursos materiales para su puesta en práctica. El objetivo de las mismas ha sido que cada sujeto disponga libertad de regular su propia conducta. De este modo el desarrollo de las actividades queda "bajo el control de los esfuerzos que se producen de forma natural en el medio y el alumno" (Sheldon, 1982).

Por tanto, la meta principal PCSC ha sido enseñar un adecuado control voluntario de la competencia social y de las propias emociones para, posteriormente, automatizar este control de forma que su autorregulación se mantenga incluso en situaciones de ansiedad y conflicto social (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1995).

Tabla 12:

Enfoque y métodos o técnicas de modificación de conducta (Carrolles, 1985, pp.104-105)

ENFOQUES Y MÉTODOS O TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA			
MÉTODOS OPERANTES	PROCEDIMIENTO	APRENDIZAJE SOCIAL	CONDUCTA COGNITIVA
<ul style="list-style-type: none"> • Adquisición e incremento de autocontrol: <ul style="list-style-type: none"> - Refuerzo positivo - Moldeamiento - Refuerzo negativo (evitación y escape) • Reducción o eliminación de conductas: <ul style="list-style-type: none"> - Extinción - Castigo 	<ul style="list-style-type: none"> • Condicionamiento encubierto. • Condicionamiento de ansiedad-alivio. • Disposición del ambiente físico. • Investigación verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelado. • Entrenamiento en habilidades sociales. • Terapia de grupo conductual. • Técnicas de métodos encubiertos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva: Autoinstrucciones • Habilidades para afrontar situaciones: Inoculación de stress, modelado encubierto... • Principio de Premack.

BLOQUE III

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

BLOQUE III: CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

A. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La necesidad de crear una acción psicopedagógica a través de programas educativos no es algo nuevo, no obstante sí puede serlo el hecho de plantear esta intervención "con" o "para" los adultos desde una perspectiva profesional (Mínguez, 2002). Sin embargo, esta idea no debe interpretarse como un único programa de actuación, sino como un conjunto de proyectos como el PCSC que estén debidamente diseñados y que traten temas concretos para subsanar o mejorar alguna de las carencias de la realidad actual.

La educación para personas mayores se caracteriza por poseer una gran heterogeneidad de funciones, diversas actividades y experiencias prácticas y, dependiendo de la institución donde se imparte, posibles vivencias en distintos contextos para la generalización de los aprendizajes. Por esta razón debemos reivindicar la formación psicopedagógica en educación gerontológica para conseguir poner en práctica las funciones principales de su profesión dentro de este ámbito:

- ***Función diagnóstica:*** Ayudar a los participantes a que realicen un diagnóstico de sus necesidades dentro del contexto en el que se mueven.
- ***Función de motivación:*** Planear con los alumnos la intervención en lo referido a la secuencia de las clases y del temario, dándoles la posibilidad de elegir ellos mismos las actividades que les motiven.
- ***Función metodológica:*** Seleccionar los métodos y las técnicas más adecuadas al grupo de intervención y al momento en el que se produce la misma.
- ***Función de recursos:*** Proporcionar los recursos materiales y didácticos necesarios durante las sesiones.
- ***Función evaluativa:*** Ayudar a los sujetos a medir e interpretar los resultados de su propia actuación y de las consecuencias que esta provoca en el entorno que lo rodea.

En definitiva, lo que hemos pretendido reivindicar con este TFM es señalar que el trabajo psicopedagógico tiene como objetivo principal "favorecer el cambio en el proceso educativo de manera que se puedan conseguir más eficazmente las metas propuestas" (Marzo y cols., 1990). Es decir, la actuación psicopedagógica en educación no se trata solamente de enseñar unos conocimientos o de cómo aplicarlos, sino que se trata por un lado, de ayudar a la persona a mejorar de forma consciente en algún ámbito concreto,

reflexionando sobre sus debilidades y facilitándole los recursos necesarios para conseguir sus metas a través de una guía de actuación. Por otro lado el psicopedagogo ha de proporcionar elementos de acercamiento a las realidades de este colectivo, organizando y difundiendo los conocimientos sobre la gerontología educativa que, debido a la perspectiva social que se tiene sobre la tercera edad, han podido sufrir una marginación y degradación de su verdadero significado.

Finalmente señalar que hemos podido confirmar en gran parte la hipótesis general planteada pues ha sido a través del PCSC, configurada por breves sesiones teórico-prácticas dentro del PIECL, con lo que hemos procurado mejorar la competencia social de los participantes provocando, a su vez, una disminución de la ansiedad y, por consiguiente, una posible mejora de su calidad de vida (Monjas y González, 2000; Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen, 2006; Ortiz y Castro, 2009). Sin embargo, aún no hemos podido debatir las hipótesis específicas pues no hemos contado con el tiempo necesario para una toma de datos posterior con lo que apoyarnos empíricamente. Es por esta razón por la que no hemos podido elaborar un apartado destinado únicamente a los resultados de esta intervención. A pesar de ello, los sujetos nos han manifestado su agradecimiento y expresado su cambio de perspectiva en cuanto a los temas tratados en relación a su mejora personal.

En cuanto a los objetivos creemos que hemos conseguido cumplir cada uno de ellos de forma satisfactoria pues, de forma global, hemos elaborado e implementado un programa dirigido a personas adultas con el que demostrar la relación entre las HHSS y la competencia social con la mejora de la calidad de vida, mediante la toma de datos y la intervención en sujetos que han sido expuestos de forma voluntaria al programa.

Inicialmente, mediante el marco teórico, hemos mostrado la relación de un programa psicopedagógico con la transdisciplinariedad de las áreas para la mejora de la calidad de vida, a través del tratamiento de la competencia social y las HHSS. Seguidamente, en el bloque experimental, hemos observado el comportamiento y los cambios generados por el PSCS apoyándonos en el estudio de la gerontología educativa y teniendo en cuenta la inteligencia emocional, para, finalmente, demostrar su efectividad como metodología adaptable a las necesidades de la realidad actual.

B. LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS

Debido al límite de tiempo con el que hemos contado para realizar este proyecto y que, por razones de formación profesional, me he encontrado fuera de España realizando las prácticas de este máster durante estos últimos meses, la mayor limitación que hemos experimentado ha sido poder contar con el tiempo necesario para pasar los instrumentos de evaluación de nuevo y, en consecuencia, ejecutar una comparativa pre-pos- intervención. De este modo cumpliríamos con el criterio de validez de "dependencia" (Briones, 2002), señalado en el apartado de "C" del Bloque II.

Sin embargo, seguimos en contacto con los alumnos del PCSC y esperamos poder evaluarlos en un periodo de tiempo relativamente corto. Además, hemos contado con la colaboración de diversas instituciones para personas adultas con dependencia y esperamos realizar una comparativa entre grupos institucionalizados y no institucionalizados ya que en diversos estudios se ha comprobado que estos programas se relacionan, en cierto modo, con la protección de la salud mental de las personas mayores gracias a la autorregulación de los sentimientos (García, Musitu y Veiga, 2006; Fernández-Ballesteros, 2009; Fernández, 2010; Muñoz, 2012; Davila, 2013). Por lo que estos programas pueden ser un factor determinante para la "lucha" con el DCL y otro tipo de deterioros mentales como el Alzheimer (Molinuevo, 2007; Sánchez y Torrelas, 2011; Bueno, Franco y Antonlín, 2015).

Asimismo, esperamos poder continuar ofreciendo este programa en el próximo año y poder demostrar que las hipótesis específicas que nos hemos planteado se cumplen o, en caso contrario, mejorar el PCSC para conseguir una adaptación real a las necesidades actualizadas y a las demandas que se produzcan en este ámbito.

REFERENCIAS

- Aguilar, M. (1982). *Adaptación y estandarización del inventario de personalidad de H.J. Eysenck y G. Wilson. para la población de aspirantes al puesto de auxiliar de investigación del Organismo de Investigación Judicial* (Tesis Doctoral). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Amador, L. (1998). *Motivación en los universitarios a distancia. Mejorar el aprendizaje*. Valdepeñas: Centro Asociado UNED.
- Amador, L. (2004). "Psicoformación de las personas mayores", documento ofrecido al alumnado del Curso de Especialista Universitario en Atención y Asistencia a Personas Mayores y Maestría en Dirección de Centros Sociales para Personas Mayores. Sevilla: Universidad Pablo de Olavide.
- American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6ª ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychological Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Madrid: Panamericana.
- Aponte, V.C. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu*, 13(2), 152-182.
- Arias, R. (2015). *Conocimiento matemático para la enseñanza en la formación inicial de maestros de primaria: el caso de las propiedades aritméticas suma y multiplicación* (Tesis Doctoral). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.
- Baert, H., Vandemeulebroecke, L. y Callens, H. (1991). Fases del proceso de educación de adultos. En J. Cavodeassii, L. Martínez y A. Albarrán (coords.), *La Educación de adultos como proceso* (pp.67-95). Madrid: Popular.
- Balaban, S.D. y Thayer, J.F. (2001). Neurological bases for anxiety links. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(2), 53-79. doi: 10.1016/S0887-6185(00)00042-6
- Battro, A.M., Fischer, K.W. y Léna, P.J. (2016). *CEREBRO EDUCADO. Ensayos sobre la Neuroeducación*. Barcelona: Gedisa.
- Baumeister, R.F. y Vohs, K.D. (2007). Self-Regulation, Ego Depletion, and Motivation. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), 115-128. doi: 10.1111/j.1751-9004.2007.00001.x
- Beck, A.T. (2014). *Trastornos de ansiedad y fobias: una perspectiva cognitiva*. Bilbao: Desclée de Brouwe.

- Beltrán-Campos, V., Padilla-Gómez, E., Palma, L., Aguilar-Vázquez, A. y Díaz-Cintra, S. (2011). Bases neurobiológicas del envejecimiento neuronal. *Revista Digital Universitaria*, 12(3), 1-11. Recuperado de www.revista.unam.mx/vol.12/num3/art30/art30.pdf
- Betegón, E. (2017). *Neuroeducación, ansiedad y atención en alumnos de Educación Primaria* (Trabajo de Fin de Máster). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.
- Briones, G. (2002). *Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales*. Bogotá: ARFO.
- Bueno, M.R. y Garrido, M.A. (2012). *Relaciones interpersonales en la educación*. Madrid: Pirámide.
- Bueno, Y., Franco, M.A. y Antolín, R. (2015). *Experiencia de 4 años de tratamiento de un paciente con EA mediante el Software Grador*. Fundación INTRAS. Recuperado de https://www.cvirtual.org/sites/default/files/siteuploads/document/u28/06_Software_Grador.pdf
- Caballo, V.E. (1986). Evaluación de las habilidades sociales. En R. Fernández y J.A. Carroles (comps.), *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámides.
- Caballo, V.E. (2002). *Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V.E., Salazar, I.C., Garrido, L., Iruetia, M.J. y Hofmann, S.G. (2018). *Programa de intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS): Libro del terapeuta*. Madrid: Pirámide.
- Cabrera, I. e Ignacio, M. (2009). Ansiedad y envejecimiento. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 44(2), 106-111.
- Campos, A.L. (2014). *Los aportes de la neurociencia a la atención y educación de la primera infancia*. Bolivia: PRISA Ltda.
- Carr, W. (2003). Educational research and its histories. En P. Sikes, J. Nixon y W. Carr (Eds.) *The moral foundations of educational research: Knowledge, inquiry and values* (pp. 6-17). Nueva York: McGraw-Hill Education.
- Carrasco, J. y Adame, M.L. (2001). *Habilidades sociales para la vida*. Thompson.

- Carrobbles, J.A.I. (1985). Análisis y Modificación de la Conducta II. En R. Fernández y J.A.I. Carrobbles (Eds.), *Evaluación conductual* (pp. 104-105). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Cautela, J.R. y Upper, D.A. (1975) The process of individual behavior therapy. En M. Hersen, R.M. Eisler y M. Miller (coord.) *Progress in behavior modification* (pp. 717-747). Nueva York: Academic Press.
- Cidad, E. (1986). *Modificación de Conducta en el Aula e Integración Escolar*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Coca, A. (2013). *La ansiedad infantil desde el análisis transaccional* (Tesis Doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España.
- Colás, P. y Buendía, L. (1998). *Investigación Educativa*. Sevilla: Alfar.
- Comfort, A. (1990). *Say Yes to Old age*. New York: Crown Publishers.
- Couso, C., Zamora, M., Bernardo, C. y Díaz, S. (1997). Programa de atención al adulto mayor de Santiago de Cuba: Educación para la tercera edad. *Revista de Información Científica*, 13(1), 25-29.
- Dale, E. (1967). Methods for Analyzing the Content of Motion Pictures. *Journal of Educational Sociology*, 6, 244-250.
- Damasio, A. (1994). *El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano*. Barcelona: Crítica.
- Davila, D. (2013). Aprendizaje a lo largo de la vida. Antecedentes y desafíos para la universidad de hoy. *Revista Ciencia Cultura*, 30, 87-101.
- Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E.R. (2007). *Técnicas de autocontrol emocional*. Madrid: Martínez Roca.
- Decreto 14/2001, de 18 de enero, regulador de las condiciones y requisitos para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores. BOCyL nº 17 de 24 de enero de 2001.
- Decreto 24/2002, de 14 de febrero, por el que se aprueba el Estatuto Básico de Centros de Personas Mayores de Castilla y León en BOCyL n.º 36, de 20 de febrero de 2002.
- Del Pozo, J.A. (2013). *Técnicas de comunicación personal y grupal*. Alicante: Club Universitario.
- Del Prette, Z. y Del Prette, A. (2002). *Psicología de las habilidades sociales: terapia y educación*. Méjico: Manual Moderno.

- Echeburúa, E. (1996). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, E. (2010). *Autocontrol*. Vigo: Nova Galicia.
- Fernández, J.O. (1994b). Estilos de vida e investigación sociológica. En Universidad de Deusto (ed.), *Valores y Estilos de vida* (pp. 161-197). Recuperado de <https://www.deusto.es/cs/Satellite/deusto/es/universidad-deusto>
- Fernández, M. (2010). *Desarrollo de la competencia social en niños de tres años como prevención de problemas de conducta* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M.G., Iñiguez, J. y García, L.F. (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa "Vivir con vitalidad". *Revista Especializada en Geriatria Gerontológica*, 40(2), 92-102.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2008). *Active aging. Contribution of psychology*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: contribuciones de la psicología*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos*. (2º ed.) Madrid: Editorial Pirámide.
- Fernandez-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Rudinger, G., Schroots, J., Drusini,A., Heikinnen, E., Paul,C., Charzeska, L. y Rosenmayr, L. (2004). Assessing Competence: the European Survey on Aging Protocol. *Gerontology*, 50, 330-347.
- Franco-Fernández, M.D. y Antequera-Jurado, R. (2009). Trastornos de ansiedad en el anciano. *Psicogeriatría*, 1(1), 37-47.
- García, A.J. (coord.) (2016). *Competencias sociales en las relaciones interpersonales y grupales*. Madrid: Pirámide.
- García, J. (2004). *La educación en personas mayores. Ensayo de nuevos caminos*. Madrid: Narcea.
- García, J. F., Musitu, G. y Veiga, F. (2006). Autoconcepto en adultos de España y Portugal. *Revista Psicothema*, 18(3), 551 - 556.

- García, R. (2014). *El estilo de vida de las personas mayores y la comunicación publicitaria. Un análisis empírico* (Trabajo Fin de Máster). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.
- Gavilán, B., Massa, I., Guezuraga, N., Bergara, A. y López-Arostegui, R. (2010). *Guía para la gestión de proyectos Sociales*. Equipo del Observatorio del Tercer Sector de Bizkaia. Recuperado de www.3sbizkaia.org/Archivos/Documentos/Enlaces/364_CAST-3sgestion4.pdf
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Nueva York: Bantam.
- Gómez, J.A. (2014). La calidad de vida y el tercer sector: nuevas dimensiones de la complejidad. *Cuadernos de Investigación Urbanística*, (42), 35-48.
- Gómez, L. (2010). *Evaluación de la Calidad de Vida en Servicios Sociales: Validación y Calibración de a Escala GENCAT* (Tesis Doctoral). Universidad de Salamanca, Salamanca, España.
- Gómez, M.J. (2013). *La atención a las personas mayores desde una aproximación multidisciplinar*. Barcelona: Horsori.
- Gómez-Cabello, A., Vicente, G., Vila-Maldonado, S., Casajús, J.A. y Ara, I. (2012). Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España. *Nutrición hospitalaria*, 27(1), 22-30.
- Gómez-Pinilla, F. y Hillman, C. (2013). The influence of exercise on cognitive abilities. *Comprehensive Physiology*, 3(1), 403-428. doi: 10.1002/cphy.c110063
- González-Celis, R.A.L. (2013). Aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y la calidad de vida en el adulto mayor. En M.A. Cubillo-León y F. Quintanar-Olguín (comp.). *Por una Cultura del Envejecimiento* (pp. 54-70). México: Centro Mexicano, Universitario de Ciencias y Humanidades.
- Graziano, A.M. (1977). *Terapéutica de conducta en la infancia*. Barcelona: Fontanella.
- Gutiérrez, C. y Hernández, G.A. (2011). *Habilidades sociales y de comunicación*. Universidad de las Palmas de Gran Canaria: Colección Manuales Universitarios de Teleformación.
- Howard-Jones, P.A. (2011). *Investigación neuroeducativa. Neurociencia, educación y cerebro: de los contextos a la práctica*. Madrid: La Muralla.
- Huenchuan, S. (s.f.). *Conceptos de vejez y enfoques de envejecimiento* [presentación PowerPoint]. Recuperado de <https://www.cepal.org/>

- Hurtado, J. (2000). *Metodología de la Investigación Holística*. Caracas: SYPAL.
- Ibargüen, L.E. (2014). *Relaciones interpersonales y calidad de vida en la adolescencia (12 a 16 años). Un campo de acción para el deporte* (Trabajo de Fin de Grado). Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia.
- Ibarrola, B. (2013). *Aprendizaje emocionante. Neurociencia para el aula*. Madrid: SM.
- Junta de Castilla y León (2018, enero 22). *Programa interuniversitario de la experiencia de Castilla y León*. Recuperado de <http://www.jcyl.es/servicios-sociales>
- Kessler, R.C. y Wang, P.S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annu Rev Public Health*, 29, 115-29.
- Koizumi, H. (1998). A Practical Approach to Trans-Disciplinary Studies for the 21st Century. *Journal of Seizon and Life Sciences*, 9, 5-24.
- Krzemien, D. (2001). *Calidad de vida y participación social en la vejez femenina*. Mar de Plata: Universidad Nacional del Mar del Plata, Grupo de investigación psicológica del desarrollo.
- Labrador, F.J., Cruzado, J.A., Muñoz, M. (1995). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Lane, C. (2009). The surprising History of Passive-Aggressive Personality Disorder. *Theory & Psychology*, 19(1), 55-70. doi: 10.1177/0959354308101419.
- Larrañaga, G. (1994). Estilos de vida y consumo de televisión. En Universidad de Deusto (ed.), *Valores y Estilos de vida* (pp. 301-308). Recuperado de <https://www.deusto.es/cs/Satellite/deusto/es/universidad-deusto>
- Lazarus, R.S. (1998). Coping with aging: Individuality as a key to understanding. En I.H. Nordhus, G.R. VandenBos, S. Berg y P. Fromholt (eds.). *Clinical Geropsychology* (pp.109-130). Washington,D.C.: American Psychological Association.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- León, A. (2002). *Estrategias para el desarrollo de la comunicación profesional*. Méjico: Limusa.
- León, B. (2009). Salud mental en las aulas. *Revista de Estudios de Juventud*, 84, 66-83.
- Ley 5/2003, de 3 de abril, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León en BOCyL nº 67 del 8 de abril de 2003.

- Linehan, M.M. (1984). Interpersonal effectiveness in assertive situations. En E.A. Bleechman (comp.), *Behavior modification with women*. New York: Guilford Press.
- López, N., Iriarte, C. y González-Torres, M.C. (2004). Aproximación y revisión del concepto "competencia social". *Revista española de Pedagogía*, 227, 143-156.
- López, N., Iriarte, C. y González-Torres, M.C. (2008). *Competencia social y educación cívica: concepto, evaluación y programas de intervención*. Madrid: Síntesis.
- Luengo, D. (2005). *La ansiedad al descubierto: Como aprender y hacerle frente*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Mañas, M.A. (2005). *La comunicación interna. Experiencias en una Administración Pública*. Diputación provincial: Instituto de estudios Almerienses.
- Mañas, M.A. y Salvador, C.M. (2008). *La comunicación de las organizaciones*. En V. Zarco y A. Rodríguez (dirs.), *Psicología de los grupos y de las organizaciones* (pp. 93-115). Madrid: Pirámide.
- Marín, M. (2013). La psicología social de la comunicación. Sus aplicaciones en el aula. En M. Marín, R. Grau y S. Yubero (coords.), *Procesos psicosociales en los contextos educativos* (pp.107-142). Madrid: Pirámide.
- Marina, J.A. y Bernabeu, R. (2007). *Competencia social y ciudadanía*. Madrid: Alianza.
- Martínez-Pecino, R. y Guerra, J.M. (2012). Aspectos psicosociales de la comunicación. En M. Marín y R. Martínez-Pecino (coords.), *Introducción a la psicología social* (pp. 113-123). Madrid: Pirámide.
- Marzo, A. y Figueras, J.M. (1990). *Cuadernos de educación. Educación de adultos, situación actual y perspectivas*. Barcelona: Horsori.
- Mendoza, B. (2010). *Manual del autocontrol del enejo: Tratamiento cognitivo-conductual*. Méjico: El Manual Moderno.
- Mesa, J.R. (2010). *Resultados del programa de competencia social "ser persona y relacionarse" con alumnado de Educación Secundaria Obligatoria* (Tesis Doctoral). Universidad de La Laguna, Tenerife, España.
- Millon, T., Millon, C.M., Meagher, S.E., Grossman, S.D. y Ramnath, E. (2012). *Personality Disorders in Modern Life*. Nueva Jersey: John Wiley & Sons.
- Mínguez, C. (2002). Las políticas sociales y la educación de los mayores: papel de los educadores sociales. En J. Sáez (coord.), *Pedagogía social y programas*

- intergeneracionales: Educación de personas mayores* (pp. 193-206). Málaga: Aljibe.
- Ministerio de Educación y Cultura. (2006). *Currículo y competencias básicas*. Madrid: MEC.
- Modroño, C. (2014). *Teoría de la mente y neuronas espejo en entornos complejos* (Tesis Doctoral). Universidad de La Laguna, Tenerife, España.
- Molinuevo, J.L. (2007). Deterioro cognitivo leve: antecedentes históricos y concepto. En J.L. Molinuevo, (coord.), *Deterioro cognitivo leve* (pp. 9-25). Barcelona: Glosa.
- Monjas, M.I. (2011). *Cómo promover la convivencia: Programa de Asertividad y Habilidades Sociales (PAHS)*. Madrid: CEPE.
- Monjas, M.I. y González, B. (2000). *Las habilidades sociales en el currículo*. Madrid: Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE), Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Recuperado de www.bienestaryproteccioninfantil.es
- Montoya, J.M. y Fernández, M. (2002). *Educación de las personas mayores*. Madrid: UNED.
- Montoya, P. (2002). *Manual para la gestión de proyectos*. Servicio de Organización y Racionalización Administrativa. Universidad de Almería. Recuperado de: http://docsfiles.com/pdf_gestion_de_proyectos.html
- Mora, F. (2018). *Neuroeducación. Solo se puede aprender aquello que se ama*. Madrid: Alianza.
- Moreno-Crepo, P., Muñoz, M.C. y Pedrero, E. (coord.) (2015). *Intervención socioeducativa con personas adultas mayores: teoría y práctica*. Madrid: Síntesis.
- Muraven, M. (2011). Building self-control: Practicing self-control leads to improved self-control performance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46(2), 465-468. doi: 10.1016/j.jesp.2009.12.011
- Olivé, L. y Ibarra, A. (2003). *Cuestiones éticas en ciencia y tecnología en el siglo XXI*. Madrid: OEI.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). *Envejecimiento activo, un marco político*. Madrid: Organización mundial de la salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018, mayo 29). *Repercusión mundial del envejecimiento en la Salud*. Recuperado de <http://www.who.int/es>
- Orte, C. (coord.) (2006). *El aprendizaje a lo largo de toda la vida*. Madrid: Dykinson.

- Orte, C. y March, M.X. (2006). La intervención socioeducativa, los programas universitarios para mayores y la calidad de vida: La construcción de una gerontología educativa. En C. Orte (coord.), *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios en mayores*. Madrid: Dykinson.
- Orte, C., Ballester, L. y Tousa, C. (2004). University Progra, for Seniors in Spain: Analysis and Perspectives. *Educational Gerontology*, 30, 4, 315-328.
- Orte, C., Touza, C. y Holgado, A. (2006). Los programas universitarios de mayores en España. En C. Orte (coord.), *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios en mayores*. Madrid: Dykinson.
- Ortega, M. y Calero, A. (2015). Un caso de interacción no asertiva. *Clínica Contemporánea*, 6(1), 21-32.
- Ortiz, J.B. y Castro, M. (2009). El bienestar psicológico de la tercera edad y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Revista Ciencia y Enfermería*, 15(1), 25-31. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100004>
- Palmero, F., Guerrero, C. Gómez, C. y Carpi, A. (2006). Certezas y controversias en el estudio de la emoción. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 9, 23-24.
- Papalia, D.E., Sterns, H.L., Feldman, R.D. y Camp, C.J. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez* (3º ed.). México: McGraw-Hill.
- Papalia, D.E., Wenkos, S. y Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill.
- Perna, G. y Griez, E. (2003). Anxiety and respiration. En J.R. Davinson y D. Nutt (eds.), *Anxiety Disorders* (pp. 625-630). Oxford: Blackwell.
- Portellano, J.A. y Martínez, R. (2014). *TESen. Test de los senderos para Evaluar las Funciones Ejecutivas*. Madrid: TEA.
- Premack, D. y Premack, A. (2003). *Original intelligence*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Ramos, I. (2005). *El estilo de vida de las personas mayores y la comunicación publicitaria. Un análisis empírico* (Tesis Doctoral). Universidad de Alicante, Alicante, España.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española* (22ª ed.). Recuperado de <http://www.rae.es/>
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española* (23ª ed.). Recuperado de <http://www.rae.es/>

- Rizzolati, G. y Sinigaglia, C. (2008). *Las neuronas espejo: los mecanismos de la empatía emocional*. Barcelona: Paidós.
- Roca, E. (2003). *Cómo mejorar tus habilidades sociales. Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional*. ACDE Psicología.
- Roca, E. (2007). *Cómo mejorar tus habilidades sociales: Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional*. Valencia: ACDE Psicología.
- Rodríguez, G.R., Morales, V.J., Encinas, R.J., D'Hyver, W.A. y Trujillo Z. (2000). *Geriatría*. México: McGraw Hill.
- Rodríguez, H. (2008). *La situación del alumnado inmigrante y su proceso de integración escolar en los centros educativos de Valladolid* (Tesis Doctoral). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.
- Rodríguez, K.D. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Bogotá: Universidad de Rosario.
- Rojas, E. (2014). *¿Cómo superar la ansiedad?* Barcelona: Grupo Planeta.
- Rubio, L. (2016). Habilidades de comunicación eficaz en relaciones interpersonales. En A.J. García (coord.), *Competencias sociales en las relaciones interpersonales y grupales* (pp. 91-110). Madrid: Pirámide.
- Rulicki, S. (2011). *Comunicación no verbal. Cómo la inteligencia emocional se expresa a través de los gestos*. Buenos Aires: Granica.
- Sáez, J. (coord.) (2002). *Pedagogía social y programas intergeneracionales: Educación de personas mayores*. Málaga: Aljibe.
- Salas, M. (1991). Presentación. En S. Sanchez (autor), *Educación en adultos y calidad de vida* (pp. 11-12). Esplugues de Llobregat, Barcelona: El Roure.
- Sánchez, J.L. y Torrellas, C. (2011). Revisión del constructo deterioro cognitivo leve: aspectos generales. *Revista de Neurología*, 52(5), 300-305.
- Sánchez, S. (1991). *Educación de adultos y calidad de vida*. Esplugues de Llobregat: El Roure.
- Sañudo, L.E. (2006). La ética en la investigación educativa. *Hallazgos*, 3(6), 83-98. doi: 10.15332/s1794-3841.2006.0006.05
- Sarrate, M.L. (2002). Aprender en la edad adulta. En López-Barajas y Sarrate (coords.). *La educación de personas adultas: reto de nuestro tiempo*. Madrid: Dykinson.
- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2003). *Quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

- Scherer, K.R. (2000). Psychological models of emotion. En J.C. Borod (ed.), *The Neuropsychology of Emotion* (pp.137-162). Nueva York: Oxford University Press.
- Sheldon, B. (1982). *Behavior Modification*. Londres: Tavistock.
- Sikes, P., Nixon, J. y Carr, W. (2003) *The moral foundations of educational research: Knowledge, inquiry and values*. Nueva York: McGraw-Hill Education.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1982). *Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. Madrid: TEA.
- Stossel, S. (2014). *Ansiedad: miedo, esperanza y la búsqueda de la paz interior*. Barcelona: Seix Barral.
- Tamayo, M. (1990). *Metodología de la Investigación Científica*. Méjico: Limusina.
- Teruel-Díaz, R. (2014). Filosofía y comunicación. *Historia y comunicación social*, 9(Sp), 365-376.
- Teyssier, M. (2015). *Estudio de la calidad de vida de las personas mayores en la ciudad de Puebla de México* (Tesis Doctoral). Universidad de Santiago de Compostela, Galicia, España.
- Toledo, M., Ferrero, J. y Barreto, P. (2000). Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. En R. González (coord.) *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 157-199). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Tortella-Feliu, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 110, 62-69. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/>
- Trianes, M.V., Muñoz, A.M. y Jiménez, M. (2005). *Competencia social: su educación y tratamiento*. Madrid: Pirámide
- Troyano, Y. y García, A.J. (2015). *Comunicación interpersonal en relaciones sociales eficaces*. Santiago de Compostela: Andavira.
- Tuesca, R. (2012). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Revista Científica Salud Uninorte*, (21), 76-86.
- Universidad de Valladolid (2018, diciembre 22). *Guía docente de la asignatura: Trabajo de Fin de Máster*. Recuperado de <http://www.uva.es/export/sites/uva/>
- Valle, G. y Coll, L. (2011). *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Barcelona: FICE-UAB. Recuperado de www.fundacioagrupacio.es

- Van-der Hofstadt, C.J. (2005). *El libro de las habilidades de comunicación*. Madrid: Díaz de Santos.
- Van-der Hofstadt, C.J. (2006). Comunicación personal eficaz. En C.J. Van-der Hofstadt y J.M. Gómez (dirs.), *Competencias y habilidades profesionales para universitarios* (pp. 168-198). Madrid: Díaz de Santos.
- Vellas, P. (1998). Las universidades de la tercera edad. En H. Reboul y M. Pozo (coords.), *Las aportaciones de las UTE a los estudiantes. Las aportaciones de las UTE a la sociedad. 1996-1997* (pp.27-30). Santiago de Compostela: PLANA ARTES GRÁFICAS.
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina Lima*, 68(3), 284-209. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v68i3.1218>
- Verdugo, M.A. (2003). *Programa de habilidades sociales: programas conductuales alternativos*. Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M.A., Arias, B., Gómez, L.E. y Schallock, R. (2009). *ESCALA GENCAT. Manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de vida*. Barcelona: INDICA
- Vergara-Lope, T.S. y González-Celis, R.A.L. (2009). La psicoterapia cognitivo-conductual de grupo manualizada como una alternativa de intervención con adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 11(2), 155-190.
- Virues, R.M. (2005). Estudio sobre ansiedad. *Revista Psicología Científica.com*, 7(8). Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/>
- Warneken, F. y Tomasello, M. (2007). Helping and cooperation at 14 months of age. *INFANCY*, 11(3), 271-279.
- Wiemann, M.O. (2011). *La Comunicación en las Relaciones Interpersonales*. Cataluña: UOC.
- Willingham, D. (2011). *¿Por qué a los niños no les gusta ir a la escuela?* Barcelona: Graó.
- Zavala, M., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, P. y Klassen, G. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y enfermería*, 12(2), 53-62.