



Universidad
Católica
de Valencia
San Vicente Mártir

Facultad de Psicología

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

**Programa de Intervención para Prevenir
las Conductas Suicidas en Personas
Mayores**

PRESENTADO POR:

D^a Paula Perales Afán

TUTOR/A:

D^a Teresa Mayordomo Rodríguez

Valencia, a 3 de junio de 2019

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Descripción del programa de intervención	10
2.1. Ámbito de aplicación	10
2.2. Objetivos del programa	11
2.3. Población diana sobre la que se va a aplicar el programa	11
2.4. Fases en la elaboración del programa	12
2.5. Descripción del programa	13
2.6. Calendario de actividades	35
2.7. Delimitación de recursos	38
2.8. Análisis de su viabilidad	39
2.9. Evaluación: instrumentos de evaluación inicial y final	40
3. Conclusión	43
4. Referencias	45
5. Anexos	50

TÍTULO: Programa de Intervención para Prevenir las Conductas Suicidas en Personas Mayores.

RESUMEN

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud como el acto deliberado de quitarse la vida. Diversas investigaciones han podido demostrar que la tasa de suicidio aumenta conforme avanza la edad. Es, por tanto, que las personas mayores se están viendo gravemente afectadas ante tal situación, ya que emplean métodos e instrumentos mucho más letales para acabar con sus vidas. El intento de suicidio en personas mayores es complejo de identificar, pues presenta una serie de rasgos que lo difieren de las conductas suicidas realizadas en cualquier otro período de edad. Uno de los aspectos más característicos es el conocido como “suicidio silencioso” o “síndrome de deslizamiento”, es decir, cometer una conducta suicida privándose de satisfacer las necesidades básicas. Los factores que pueden desencadenar que una persona mayor realice este tipo de comportamientos pueden ser múltiples y variados, destacando mayor vulnerabilidad en varones, jubilados, viudos, antecedentes de conductas suicidas, aislamiento social y soledad, y enfermedades crónicas o incapacitantes.

El programa de intervención está diseñado para reducir el auge que están teniendo las conductas suicidas en la población mayor, y asegurar una mejora de la calidad y el bienestar psicosocial mediante la adquisición de las habilidades y destrezas necesarias para hacer frente a cualquier situación de malestar. También tiene como objetivo mejorar la autoestima, fortalecer la identidad, y fomentar la actividad en la vida diaria.

Este programa cuenta con las sesiones teórico-prácticas necesarias para asegurar una mejora en el estado anímico del mayor.

PALABRAS CLAVE

“Suicidio”, “Personas mayores”, “Programa de Intervención”, “Sintomatología depresiva”, “Soledad”, “Aislamiento”, “Factores de riesgo”, “Factores de protección”

ABSTRACT

Suicide is defined by World Health Organization as the deliberate act of taking the life. Various investigations have shown suicide rate increases with advancing age. It is, therefore, elderly people are being seriously affected by such a situation, since they use much more lethal methods and instruments to end their life. The attempt of suicide in elderly people are complex to identify, because it presents a series of features that differ from the suicidal behaviours carried out in any other age period. One of the most characteristic aspects would be “silent suicide” or “sliding syndrome”, that is, committing suicidal behaviour depriving yourself of satisfying basic needs. The factors can trigger that an older person performs this type of behaviour can be multiple and varied, highlighting increased vulnerability in men, retirees, widowers, history of suicidal behaviour, social isolation and loneliness, and chronic or disabling diseases.

The intervention program is designed to reduce the rise of suicidal behaviour in the elderly population, and ensure an improvement in quality and psychosocial well-being with the skills and abilities necessary to cope any situation of discomfort. Also, it aims to improve self-esteem, strengthen identity, and encourage activity in daily life.

This program has theoretical practical sessions to ensure an improvement in the state of mind of the elderly people.

KEYWORDS

“Suicide”, “Elderly people”, “Intervention Program”, “Depressive symptomatology”, “Loneliness”, “Isolation”, “Risk factors”, “Protection factors”.

1. INTRODUCCIÓN

El estudio del suicidio no fue considerado conducta patología hasta el siglo XIX, definiéndose como fruto de una enfermedad mental subyacente, de naturaleza biológica (Bernard, 2005). Émile Durkheim, a través de la corriente sociológica, explicaba el suicidio a partir de las “características del grupo social al que pertenecía el individuo (Durkheim, 2004)” (Huerta, 2015, p. 9), teniendo en cuenta factores sociales y culturales estrechamente relacionados con el aislamiento, la anomia o la ausencia de metas que influían en la conducta suicida.

A través de esta vertiente psicosocial que comenzó a abrirse paso, se comenzó a explicar el suicidio recurriendo al psicoanálisis freudiano, que consideraba de mayor relevancia los aspectos individuales e interpersonales que pudieran influir en el suicidio, que los únicamente sociales. El psicoanálisis entendía el suicidio como la manifestación “de la pérdida de un objeto amoroso, en donde el yo se identifica con éste para aniquilarse melancólicamente, o el vuelco del impulso homicida hacia el yo, en el neurótico” (Ferreya, 2017, p. 487).

En el siglo XX el estudio del suicidio comenzó a adquirir mayor importancia abriendo paso al modelo biopsicosocial como modelo principal para explicar esta conducta. Esto ha propiciado que en los últimos años se hayan llevado a cabo varios estudios epidemiológicos acerca del suicidio y se hayan creado instituciones con la función de asistir e investigar tales situaciones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

Edwin S. Shneidman, considerado como el padre de la suicidología contemporánea, explicaba que los efectos que la comunidad social tenía sobre la psique individual eran los que determinaban el suicidio. Así pues, definía esta conducta como “reacción ante un dolor psicológico resultante de las necesidades psicológicas insatisfechas (Chávez y Leenaars, 2010)” (Arango y Martínez, 2012, p. 62).

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el acto deliberado de quitarse la vida y se trata de una de las causas de muerte más frecuentes a nivel mundial. La conducta suicida se constituye por la manifestación de diversos fenómenos, entre los cuales se identifica la ideación suicida, la tentativa de suicidio y el suicidio consumado. La ideación suicida hace referencia a todos aquellos pensamientos acerca de la consumación de la propia muerte; la tentativa de suicidio son conductas autolesivas cuyo suicidio no ha sido

resultado efectivo; y el suicidio consumado es el acto por el cual se consigue acabar con la vida (American Psychiatric Association, 2003).

La conducta parasuicida es aquel acto que la persona realiza contra sí misma con el fin de causarse daño, pero sin la determinación de morir. Se interpreta como una llamada de atención o manipulación del entorno. A diferencia de estas conductas, las personas que hayan cometido intentos de suicidio, presentan mayor probabilidad de alcanzar el suicidio consumado (Blasco-Fontecilla et al., 2010).

En el plano cognitivo, la expresión del suicidio se manifiesta a través de amenazas suicidas; la persona expresa a su entorno cercano el deseo de morir, pero no lleva a cabo ninguna conducta para consumarlo. No obstante, si va acompañado de un plan suicida, se convierte en una situación de alarma que expresa una conducta futura. La ideación suicida generalmente no tiende a expresarse a otras personas, y apela a pensamientos prolongados acerca del suicidio. (Echeburúa, 2015).

Los motivos que llevan a una persona a suicidarse son diversos y complejos (Benton, Staab, & Evans, 2007), influyendo una serie de factores que debilitan las redes afectivas y sociales de la persona. Es por ello que, ante la decisión de realizar una conducta suicida predominan tres elementos básicos: a nivel emocional, se puede identificar un dolor intenso; a nivel conductual, existe una ausencia de estrategias psicológicas para afrontar tal situación; y, por último, a nivel cognitivo, predominan sentimientos de desesperanza y la percepción de la muerte como única solución. Las personas que cometen conductas suicidas se sienten desbordadas ante tanto sufrimiento y carecen de esperanza, lo que provoca que únicamente vean como solución acabar de forma radical con estas emociones (Bobes, Giner y Saiz, 2011).

La OMS estima que cada año se suicidan más de 800.000 personas en todo el mundo, lo que significa que cada 40 segundos, se produce una muerte. Para el año 2020 se prevé que se cometerán más de un millón y medio de suicidios, mientras que las tentativas de suicidio aumentarán entre 10 y 20 veces. Datos del Instituto Nacional de Estadística revelan que, en el 2017, en España se produjeron 7,906 suicidios por cada cien mil habitantes de todas las edades, siendo 11,906 cometidos por hombres, y 4,054 por mujeres.

La tasa de suicidio aumenta conforme avanza la edad, es por ello que las personas mayores presentan la tasa de suicidio más alta, en contraste con el conjunto de la población siendo la tasa media a partir de 65 años de 14,474. La tasa de suicidio más elevada en personas

mayores tiene lugar entre los 85 - 89 años con un valor de 19,292 (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2017).

Esto se explicaría teniendo en cuenta que se trata de un período de edad en la que la soledad, la ausencia de apoyo social, la existencia de un trastorno mental y/o enfermedad crónica incapacitante, junto con las sensaciones de fracaso o desesperanza que se pudiera experimentar en un momento determinado de la vida, desencadenarían una situación de desesperación en la que se planificaría y se realizaría la conducta suicida por medio de métodos rápidos y efectivos. (Värnik, 2012).

El suicidio en personas mayores es un hecho y está teniendo lugar de forma considerable en la sociedad, tratándose de un grave problema para la Salud Pública. No obstante, el suicidio en esta edad es difícil de identificar, ya que presenta una serie de rasgos que difieren del suicidio en la adolescencia y la adultez. Pérez, S.A. (2012) destaca los siguientes rasgos distintivos del suicidio en personas mayores: menos intentos de suicidios que la población joven; métodos violentos y mortales (armas de fuego, ahorcamiento, cuchillas, uso de tóxicos, precipitación...); menos señales de aviso y, por tanto, más difíciles de detectar; es premeditado, pues conlleva un período de gran reflexión por parte del implicado; y puede cometerse por medio de actos pasivos (por ejemplo, negarse a ingerir alimentos).

En relación con lo anterior, cabe destacar que el suicidio se ha clasificado como directo o indirecto, en función de la forma en que la que se lleva a cabo. El comportamiento suicida directo hace referencia a todas aquellas conductas que una persona realiza con el propósito de quitarse la vida (por ejemplo, provocarse una sobredosis de medicamentos o ahorcarse). En cuanto al comportamiento suicida indirecto, también conocido como “suicidio silencioso” o “síndrome de deslizamiento” se ha definido como un acto violento en el que se priva satisfacer las necesidades básicas de la persona hasta conducir indirectamente a la muerte (Velásquez, 2013).

Las personas mayores suelen expresar en reiteradas ocasiones el deseo de acabar con su vida, verbalizando constantemente que son una carga para su familia y que estarían mejor sin ellos, así como que han vivido demasiado y no les merece la pena seguir viviendo (Pérez, S.A., 2012).

Son numerosos los estudios que se han realizado acerca del suicidio, lo que ha

permitido establecer una serie de factores que indican mayor riesgo en esta población: El índice de conductas suicidas aumenta en varones de más de 60 años, con antecedentes de intento de suicidio, con elevada carga afectiva y aislamiento social, problemas económicos, jubilados, con sentimiento de incompreensión y abuso de alcohol, (Olivares y Pinal, 2009). También ante la pérdida del cónyuge o de los hijos, la sensación de ser un estorbo para la sociedad, el aislamiento social, la depresión, o alguna enfermedad crónica o incapacitante. Las personas mayores realizan menos intentos suicidas, pero emplean métodos más efectivos, lo que da lugar a conductas suicidas que se caracterizan por su letalidad. (Värnik, 2012).

En ocasiones es fundamental plantearse la necesidad de ingreso de la persona según la gravedad clínica del episodio, la planificación, la letalidad y el riesgo de la conducta suicida, la patología que pueda presentar y la ausencia de apoyo social y familiar (Grupo de Trabajo, 2011).

Los factores de riesgo para el suicidio en personas mayores que estableció Pérez, S.A. (2012) son los siguientes:

Tabla 1. Factores de riesgo para el suicidio en personas mayores

Factores médicos	Enfermedades crónicas y terminales, hospitalizaciones periódicas, tratamientos y enfermedades prodepresivas.
Factores psiquiátricos	Trastornos depresivos, trastornos crónicos del sueño, psicosis delirantes paranoides (en concreto aquella que presenta gran desconfianza y agitación), abuso de alcohol y drogas.
Factores psicológicos	Soledad, falta de apoyo social, inutilidad, inactividad, aburrimiento, ausencia de proyectos vitales...
Factores familiares	Pérdida de seres queridos, viudedad, período de adaptación durante el ingreso a una residencia o movilidad a otro domicilio, ausencia de hijos.
Factores socio-ambientales	Jubilación, aislamiento social, desprecio de la sociedad por los ancianos...

(Fuente: Pérez, S.A., 2012)

Se ha visto que el 85% de personas mayores que padecían depresión y han acabado suicidándose eran hombres. Además, ser viudo o divorciado, vivir solo, abusar de sustancias,

y experimentar situaciones estresantes debido a problemas económicos o interpersonales son factores que podrían dar lugar al suicidio (Conwell, et al., 2002). Otros estudios señalaron como factores de riesgo el tabaquismo, poseer una educación superior, no llevar a cabo prácticas religiosas, haber recibido abusos físicos en la infancia, tener antecedentes familiares de suicidios, padecer ansiedad, dolor y problemas de salud (Almeida et al., 2012).

Las enfermedades, ya sean somáticas o no, se han asociado con un aumento del riesgo de suicidio en las personas con más de 75 años, así como las enfermedades que afectan a los órganos de los sentidos, destacando la visión, cuya pérdida llega a multiplicar por ocho el riesgo de suicidio en personas mayores (Waern, Rubenowitz & Wilhelmson, 2003).

La depresión es la enfermedad mental que más se asocia con el suicidio. El riesgo de suicidio que presenta una persona mayor aumenta de manera alarmante cuando ésta posee un trastorno de depresión mayor, elevándose hasta veinte veces el riesgo de cometer dicha conducta. Del mismo modo, el 15% de personas mayores diagnosticadas con depresión acaban suicidándose. En la población mayor, este suceso se agrava cuando además presentan aislamiento social o comorbilidad clínica (Dolder, Nelson & Stump, 2010). La depresión en la tercera edad se puede confundir como parte del desarrollo natural que conlleva el envejecimiento, por lo que esta patología pasa desapercibida por el personal médico y, sobre todo, por la familia, hasta que tiene lugar una tentativa de suicidio (Acosta y García, 2011). La depresión se caracteriza por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza. Esto genera que la persona presente una menor capacidad para adaptarse a situaciones de estrés, y, por ende, mayor riesgo de suicidio (Urbina, Flores, García, Torres y Torrubias, 2007).

Las personas mayores tienden a somatizar cualquier problema emocional, siendo, por tanto, un signo a tener en consideración ante el diagnóstico de la depresión. La población mayor no presta relevancia a los sentimientos de desesperanza o tristeza que puedan experimentar, pues los consideran como parte de la vejez, y únicamente manifiestan quejas acerca de la sintomatología física (Pérez, S.A., 2012). En cuanto a la soledad, el aislamiento y la falta de relaciones sociales también son factores importantes para el desencadenamiento del suicidio (Price B, 2015). Este sentimiento provoca que disminuya el autocuidado y la motivación, así como la actividad física, la higiene y la nutrición. La soledad provoca que la persona mayor se encuentre desesperanzada, con baja autoestima y no respete las normas sociales (Mezuk, Rock, Lohman & Choi, 2014).

El sentimiento de desesperanza y el trastorno de depresión es más frecuente que se presente en varones (Reyes, 2000), ya que con el tiempo la participación en la toma de decisiones se reduce, perdiendo así, autoridad, inactividad y a su vez frustración, acelerando el envejecimiento físico y el deterioro cognitivo y emocional. Asimismo, tras la jubilación se reduce la capacidad económica y las redes sociales (Pérez, V., y Arcia, 2008).

Las personas mayores perciben la jubilación como el fin de la etapa productiva que conlleva un cambio de rol y la pérdida de identidad, ya que dejan atrás un período de sus vidas en el que se sentían útiles y realizados. Este cambio puede desencadenar alteraciones en el estado anímico y, por consiguiente, manifestar problemas psicológicos y sociales (Moreno, 2011) que actuarían como otro componente de riesgo de suicidio.

Es fundamental promover entre la población mayor factores de protección que les permitan alcanzar un pleno desarrollo y un estilo de vida saludable, con el fin de evitar así, que se lleven a cabo cualquier tipo de conductas que desencadenen el suicidio.

Los factores que actúan como protección ante personas mayores con riesgo de suicidio son los siguientes: en cuanto a la dimensión de personalidad, se puede identificar como factores de protección tener una autoestima adecuada, flexibilidad cognitiva, impulsividad controlada, estabilidad emocional y estrategias de afrontamiento, especialmente en la resolución de conflictos y las habilidades sociales. Los valores religiosos, espirituales o altruistas pueden actuar contra los pensamientos suicidas (Mann, Apter, Bertolote, Beautris, Currier & Haas, 2005). Los factores sociales y familiares presentan un papel fundamental en la protección al suicidio. Así pues, tener relaciones sociales enriquecedoras, estar inmerso en la propia cultura, percibir apoyo familiar y estar rodeado de niños pequeños son factores protectores. Tener animales domésticos también puede actuar como protección, pues acompañan e interactúan con sus dueños (World Health Organization [WHO], 2014).

Uno de los factores más relevantes que actúa como protector de cualquier conducta suicida es seguir un tratamiento médico y/o psicológico cuando la persona mayor esté enferma o presenta un trastorno mental grave (WHO, 2014).

Del mismo modo, la percepción del apoyo y cuidado de familiares y amigos; terapia farmacológica; reenfocamiento de las emociones a través de las creencias religiosas (Lee, Tsai, Chen & Huang 2014); habilidades interpersonales positivas; adaptación de la propia persona y apoyo social ante situaciones estresantes (Huang, Tsai, Liu & Chen, 2016);

autoeficacia, locus de control interno y satisfacción con la vida también formarían parte de los factores de protección contra el suicidio (Heisel & Flett, 2004).

El factor de mayor protección ante el suicidio es el de apoyo social. Así lo demuestran diversos estudios, destacando una intervención en la que, se brindó servicio telefónico a las personas mayores con tentativa de suicidio durante 11 años. En consecuencia, se registró una disminución significativa de la tasa de suicidios en referencia a la esperado desde un principio (De Leo, Dello Buono & Dwyer, 2002).

La Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) estableció una serie de factores que actúan como protección ante conductas de suicidio:

Tabla 2. Factores de protección para personas mayores con riesgo de suicidio

Factores de protección
- Hábitos de vida saludables
- Contacto con la familia y amigos
- No consumir alcohol de manera excesiva
- Mantenerse activo
- Prácticas religiosas y tener un propósito en la vida
- Rasgos de la personalidad: extraversión, apertura a la experiencia y responsabilidad
- Locus de control interno
- Percepción autoeficacia
- Satisfacción con la vida
- Habilidades de afrontamiento
- Orientación al futuro y espiritualidad

(Fuente: Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012)

Las personas mayores con tendencia a realizar conductas suicidas tienden a manifestar su malestar presentando sentimiento de desesperanza, insomnio, angustia, irritabilidad, actitud pasiva y apática, incomunicación, desinterés, tensión y agitación, sentimientos depresivos, etc. (Moreno, 2011). Además, muestran tendencia a la somatización, anhedonia, mal humor, disforia, disminución del cuidado propio, indecisión e inseguridad y pensamientos recurrentes sobre la muerte (Zarragotía, 2010).

A pesar de lo comentado anteriormente, el suicidio es un tema del que se han realizado escasos estudios, siendo, si cabe, aún más limitados en personas mayores. Con el fin de dar una visión más detallada del problema, a continuación, se detallan algunos de los artículos más relevantes que han tenido lugar en los últimos años.

En 2010, el Departamento de Psicología de la Universidad de Colorado (EE. UU) realizó un estudio acerca de las estrategias de afrontamiento en personas mayores de 60 años con riesgo de suicidio. Los resultados señalaron que había una estrecha relación entre el afrontamiento y la ideación suicida. Así pues, se identificó una serie de estrategias que ejecutaban las personas mayores: estrategias de afrontamiento adaptativas, orientadas al compromiso y a la búsqueda de soluciones (búsqueda de ayuda, regulación emocional, reevaluar los factores estresantes); y estrategias de afrontamiento disfuncionales, asociadas al suicidio (negación, evitar el enfrentamiento al problema). El afrontamiento centrado en la emoción permitía regular la respuesta emocional ante el malestar, especialmente en aquellas situaciones carentes de cambio (p.ej. viudedad). En cuanto al afrontamiento centrado en el problema no resultó significativo para la tercera edad. El afrontamiento disfuncional se relacionaba con temor a morir y desaprobación social, y actuaban como indicadores de una posible patología. A pesar de que la subescalas de enfoque y descarga emocional pertenecía a las estrategias de afrontamiento disfuncionales, se relacionó positivamente con razones para vivir, ya que permitía a la persona mayor prestar atención a sus emociones, liberar carga emocional, y tener apoyo social.

La Asociación Americana de Geriátrica Psiquiátrica realizó en 2013 un estudio acerca del suicidio con una muestra de personas mayores de 50 años, concluyendo que las personas que realizaban conductas suicidas presentaban un trastorno de depresión mayor u otra sintomática psiquiátrica, fruto del inicio de una enfermedad mental. También se caracterizaban por ser viudas o vivir solas, carecer de apoyos sociales y escasos logros escolares. Las personas mayores de 75 años eran la muestra más afectada. Un aspecto relevante de la investigación fue que las personas mayores con frecuencia visitaban a un médico al menos seis meses antes de realizar una conducta suicida, ya que, como se ha podido demostrar, experimentaban factores de estrés. La enfermedad física pudo ser otro aspecto que influyera en el suicidio, así como factores de elevado estrés que tuvieron lugar en la etapa de la infancia. Es por tanto que, la

sobrecarga de eventos estresantes y las circunstancias sociales complejas parecen elevar el riesgo a realizar una conducta suicida en la población mayor.

En 2014, la Asociación Americana de Geriatria Psiquiátrica (EE. UU) llevó a cabo un estudio en el que adaptaron la Psicoterapia Interpersonal a un grupo de personas mayores de 60 años que presentaban elevado riesgo de suicidio, e incluso, algunos habían elaborado un plan suicida y habían cometido diversos intentos de realizarlo. Dicho estudio demostró que por medio de esta adaptación se redujo de forma significativa la ideación suicida, los pensamientos recurrentes de muerte, y la pérdida de valor personal y social que se atribuía la propia persona. Además, se estableció una fuerte alianza terapéutica que favoreció un aumento del ajuste social, mayor disfrute de las actividades sociales y de ocio, y una mejora significativa en las relaciones sociales, en concreto, en las relaciones familiares. La autonomía, la autoaceptación, el crecimiento personal y la búsqueda de nuevo propósitos en la vida también se vieron positivamente afectadas.

El suicidio en personas mayores se trata de un suceso que está afectando a nivel mundial de forma alarmante (Malfent, Wondrak, Kapusta & Sonneck, 2009). Cualquier patología afectiva que esté presente carece de importancia, pues socialmente se considera como algo normal en este período de edad. A pesar de existir evidencias acerca de este hecho, no se le está dando la importancia necesaria, ni se están planteando las medidas adecuadas para paliar el avance que está teniendo tal situación.

Es por tanto que la realización de un programa de intervención en personas mayores se considera de gran relevancia debido a diversas razones, siendo una de ellas la necesidad de implantar protocolos de actuación con el fin de frenar el auge que en los últimos años están teniendo estas conductas. Asimismo, prevenir cualquier sintomatología que pudiera desembocar en dicha actuación, y dotar de herramientas y estrategias para que la propia persona sea capaz de afrontar y buscar ayuda ante tal situación. Del mismo modo, este programa permitiría impulsar el estudio científico acerca de los trastornos del estado de ánimo en esta población, pues a pesar de ser patologías que en los últimos años están afectando de forma desorbitada a las personas mayores, existen pocas investigaciones al respecto, en especial acerca del suicidio en personas mayores.

La realización de este programa se considera necesaria, no sólo para paliar el auge que el suicidio está teniendo en la tercera edad, sino para dar visibilidad a una situación que,

a pesar de su gravedad, se encuentra normalizada.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

El proyecto que se pretende llevar a cabo se trata de un programa de intervención para prevenir las conductas suicidas en personas mayores.

Por medio de este programa se espera conseguir un cambio de actitudes en las personas mayores y evitar cualquier situación de vulnerabilidad que pueda desencadenar una conducta suicida. Se pretende dotar de información y de recursos suficientes para ser capaz de afrontar la situación y pedir ayuda en caso de necesitarla. Además, la realización de las sesiones tratará de reestablecer la red de apoyo y retomar aquellas actividades agradables que han sido abandonadas debido a las circunstancias personales de cada uno de los participantes.

El programa de intervención consta de una serie de sesiones en las que se realizará de forma grupal únicamente con personas mayores de 65 años, y siempre se llevará a cabo en el mismo lugar. La finalidad de hacerlo grupal es para que cada uno de los participantes se retroalimente de las experiencias del otro, y fomentar la unión de grupo.

2.1. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El lugar donde se realizará el programa de intervención con personas mayores será en un Centro Especializado en Atención a Mayores (CEAM), donde se dispondrán de los recursos necesarios para su realización, así como la habilitación de una sala para realizar las sesiones grupales.

Antes de la implantación de los talleres, se acudirá al CEAM para explicar el material necesario para su realización, se informará acerca del número de participantes, los pasos que estos deberán de seguir para inscribirse, el procedimiento de elección, y las fechas orientativas en las que se desea implantar el programa.

La elección de dicho centro se debe a que cuenta con servicios especializados en personas mayores que se encargan en todo momento de ofrecer atención preventiva, mantenimiento de la salud, rehabilitación, formación, actividades culturales de ocio, convivencia y promoción social. Este centro cuenta con un elevado número de profesionales que trabajan diariamente por fomentar hábitos de vida saludable y dinamizar las relaciones

interpersonales, para así, evitar la soledad y el aislamiento; objetivos que coinciden con el programa de intervención.

Asimismo, se pondrá en contacto con un Centro de Atención Primaria para informar acerca del programa que se pretende realizar. Debido a que estos centros ofrecen asistencia socio sanitaria, servicios de promoción de la salud y de atención preventiva, podrán facilitar la difusión entre aquellas personas mayores que puedan estar interesadas.

2.2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

El objetivo general del programa de intervención en personas mayores es dotarlas de recursos psicológicos con la finalidad de hacer frente a cualquier sintomatología depresiva que pudiera derivar a una tentativa de suicidio.

En cuanto a los objetivos específicos del programa, se detallan los siguientes:

1. Concienciar a la población mayor acerca del suicidio proporcionando más información sobre este ámbito.
2. Enseñar a población mayor a ser capaz de identificar cuándo se encuentra en situación de riesgo de suicidio.
3. Ofrecer a la población mayor estrategias de afrontamiento para que sea capaz de actuar ante un posible caso de tentativa de suicidio.
4. Promover en la población mayor una salud mental positiva.

2.3. POBLACIÓN DIANA SOBRE LA QUE SE VA A APLICAR EL PROGRAMA

El Programa de Intervención contará con un total de doce participantes, en concreto, personas mayores de más de 65 años con riesgo de cometer suicidio.

Las personas mayores interesadas en formar parte del programa, deberán de registrar sus datos en el Centro Especializado de Atención a los Mayores (CEAM). Antes de formar el grupo de participantes deberán pasar por una fase de selección. Es por ello que se les convocará para realizar el Mini Examen Cognoscitivo (MEC). Aquellas personas que no presenten deterioro en las funciones cognitivas, serán seleccionadas para la realización de una entrevista individual con el psicólogo que se encargará de implantar el programa. Además, se les

administrará una serie de instrumentos de evaluación que determinarán los participantes definitivos.

Los criterios para incluir a las personas al programa de intervención son los siguientes:

- Personas que cumplan un elevado número de factores de riesgo que genere mayor vulnerabilidad a cometer una conducta suicida.
- Personas que no presentan deterioro en las funciones cognitivas.
- Personas con ingresos económicos inferiores a 12.000 € anuales.
- No estar recibiendo tratamiento psicológico.

Se dará preferencia a todas aquellas personas que carezcan de apoyo social y se hallen en situación de aislamiento.

2.4. FASES EN LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA

A continuación, se muestra una tabla con las fases que se precisan para el desarrollo de un programa de intervención:

Tabla 3. Fases de la elaboración del programa

Primera fase	- Identificar la idea principal del programa - Búsqueda bibliográfica - Recogida y análisis de datos
Segunda fase	- Establecer los objetivos que se pretenden conseguir con el PI - Seleccionar los destinatarios, el tiempo y el número de sesiones - Desarrollar el programa de intervención y plantear las actividades
Tercera fase	- Identificar los recursos para su realización - Concretar el ámbito de aplicación del programa - Establecer el presupuesto económico - Seleccionar pruebas evaluativas
Cuarta fase	- Entrevista individual con los posibles participantes - Selección definitiva de los participantes - Puesta en marcha del programa

Fases de la elaboración del programa de intervención.

2.5. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El programa de intervención está constituido por 19 sesiones que se realizarán de forma grupal. Para introducir cada una de las sesiones se realizará una dinámica de presentación y cohesión grupal, posteriormente se presentará una de las temáticas que constituye el programa, y se intercalará con diversas dinámicas para consolidar conocimientos y hacer más amena la intervención.

Para la realización del programa se contactará con el CEAM más próximo a la zona, y así, proporcionar una mayor difusión y participación entre las personas mayores. Aquellos que estén interesados en la participación del programa deberán registrar sus datos personales en las instalaciones del propio centro. Además, se contará con el Centro de Atención Primaria más próximo para comunicar este programa entre los pacientes de avanzada edad. Tras la finalización del plazo de inscripción, se procederá a realizar una reunión informativa para informarles acerca del programa y el procedimiento de selección. La prueba que se les administrará para determinar si podrán ser posibles candidatos al programa será la prueba Mini Examen Cognoscitivo (MEC) (Lobo, Saz y Marcos, 2002), que determinará la presencia de deterioro cognitivo.

Un mes antes de comenzar el programa, el psicólogo se reunirá de forma individual con aquellos participantes que realizaron correctamente la prueba MEC, para entrevistarlos, informarles más detenidamente acerca del programa, entregarles la hoja de consentimiento informado (anexo A), y pasarles una serie de pruebas evaluativas (anexo B): La Escala de Autoestima (RSES) (Rosenberg, 1965), la Escala Breve de Resiliencia (BRCS) (Sinclair & Wallston, 2004), el índice de Satisfacción Vital (LSI-A) (Neugarten, Havighurst & Tobin, 1961), la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Radloff, 1977), la Escala de Desesperanza de Beck (BHS) (Beck, Weissman, Lester & Trexler 1974), La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) (Henry & Crawford, 2005), la Entrevista de Apoyo Social de Manheim (MISS) (Veiel, 1990), y una Escala de Valoración Analógica para evaluar la calidad de vida.

Debido a la extensión de las pruebas se dedicará dos sesiones para cada uno de los candidatos. Una vez pasada estas dos primeras sesiones, se contactará con las 12 personas que participarán en el programa, y se les concretará la fecha de inicio del mismo. Estos cuestionarios

se cumplimentarán al iniciar y al finalizar el programa con el objetivo de conocer si se ha cumplido con los objetivos previstos.

El inicio del programa será a mediados de febrero y finalizará en junio. Se realizará una sesión todos los jueves de cada mes, con horario de diez y media de la mañana a doce del mediodía. Este horario ha sido elegido teniendo en cuenta la mayor disponibilidad de asistencia de muchas personas mayores. Además, debido a que muchos de ellos se quedan a cargo de sus nietos, el horario del programa está establecido de tal manera de que coincida con el horario escolar, y no interrumpa cualquiera tarea que los participantes puedan tener a lo largo del día.

Una semana después de la finalización del programa, nos volveremos a reunir con los participantes de forma individual para realizar la evaluación final. Esta sesión se volverá a repetir al mes siguiente, para obtener unos datos más objetivos sobre la efectividad del programa. Así pues, tras este último análisis, se convocará una sesión donde se realizará una pequeña actividad grupal, y se pondrá en común cómo se han sentido tras la finalización del programa.

El planteamiento que se va a seguir para la realización del programa de intervención es el siguiente:

1º sesión

Nombre de la sesión: ¡Bienvenido!

Materiales: Ovillo de lana, bolígrafos, libretas, documentos informativos acerca del suicidio en personas mayores, impresora, ordenador, proyector.

Objetivos: Presentar a cada uno de los participantes por medio de una actividad, dar a conocer el programa, los temas a tratar y cómo se va a desarrollar a lo largo de estos meses.

Dinámicas:

La primera actividad que se realizará para presentar y conocer a los componentes del grupo se denomina “La madeja de lana”. Todos los asistentes, incluido el psicólogo, formarán un círculo, y se utilizará un ovillo de lana. El psicólogo será quién inicie la ronda de presentación, de tal forma que anudará el extremo libre del ovillo en uno de sus dedos y, antes de pasar el ovillo a otra persona, deberá presentarse al grupo. Una vez pasado éste, al que le haya pasado la lana deberá hacer lo mismo, junto con una breve descripción de su vida: edad,

pasatiempos, empleo anterior, qué le ha motivado a participar en el programa, etc. De tal forma que se formará una pequeña telaraña entre todos los miembros y, para poder deshacerla, deberán retroceder uno a uno, diciendo el nombre de la persona que le precede hasta llegar de nuevo al psicólogo.

Una vez finalizada la actividad, se repartirán los bolígrafos y las libretas a cada uno de los participantes, y se les hará entrega del calendario y de la programación del taller.

Tras esto, se realizará un pequeño recorrido por todas y cada una de las sesiones que se van a impartir. A lo largo de esta explicación, los participantes podrán manifestar determinadas dudas o sugerir aspectos que les gustaría trabajar en el programa.

Antes de finalizar la primera sesión, se les informará acerca de una tarea que deberán de realizar en casa. Se les repartirá diferentes documentos informativos acerca del suicidio en personas mayores a cada uno de los participantes, con propósito de concienciar acerca del riesgo que presenta esta práctica. Deberán destacar aquella información que les resulte relevante o se sientan identificados. La extensión será entre tres y cuatro hojas para facilitar una rápida lectura.

2º sesión

Nombre de la sesión: Psicoeducación I.

Materiales: Rotuladores, cartulinas, tijeras, pegamento en barra, imágenes de personas mayores, cinta adhesiva, bolígrafos, impresora, ordenador, proyector.

Objetivos: Concienciar acerca del suicidio, los riesgos que conlleva, y comprender cómo una persona puede llevar a presentar ideación suicida.

Dinámicas:

La primera actividad que se realizará en la segunda sesión consistirá en trabajar la información acerca del suicidio en personas mayores que se repartió la semana anterior. Para ello, se pondrá en común la información que han leído, aspectos que más han llamado la atención, qué les ha parecido, etc. Posteriormente se realizarán tres grupos para elaborar un mural con aquella información que más les ha impactado, acompañado de algunas imágenes de personas mayores. Una vez finalizados, estos murales decoraran los pasillos del centro.

Seguidamente se comenzará a hablar acerca de los factores de riesgo que pueden influir en la aparición de la ideación suicida para facilitar una mayor comprensión sobre la aparición de estas conductas. Antes de comenzar a detallar los diferentes factores, se les explicará que un factor de riesgo son todas aquellas circunstancias o situaciones que aumentan la probabilidad de que una persona contraiga una enfermedad u otro problema de salud. Así pues, se les informará de cómo el hecho de padecer gravemente de la salud, presentar trastornos depresivos, delirios, abuso de alcohol y drogas, sentimiento de soledad y desesperanza, carecer de apoyo social, sentimientos de inutilidad, perder a seres queridos, ser viudo, estar jubilado, sentirse una carga social, etc., podría propiciar que la persona mayor manifieste deseos de acabar con su vida.

3º sesión

Nombre de la sesión: Psicoeducación II.

Materiales: Bolígrafos, libreta, ordenador, proyector.

Objetivos: Conseguir una mayor cohesión del grupo, e informar acerca de la conducta suicida, las emociones y la relación entre ambos aspectos.

Dinámicas:

Para iniciar la sesión se realizará una actividad para fomentar la cohesión grupal denominada “Verdades y mentiras”. Para llevar a cabo esta actividad, cada participante tiene que pensar en dos datos de su vida que sean reales, y uno falso. Es importante que el dato que se vaya a proporcionar como falso sea realista para dificultar un poco más la complejidad de la actividad. Una vez tengan todos anotados los tres datos que van comunicar, se realizará un círculo, y se le pedirá a cada uno de los participantes que digan en voz alta los datos que han escrito, sin desvelar cuál es el dato falso. Cuando la persona haya terminado de hablar, los demás participantes deberán de adivinar qué dato es el falso.

Después de la actividad seguiremos hablando acerca del suicidio en personas mayores. En concreto de las conductas y las verbalizaciones que tienden a aparecer. Por tanto, se les explicará que las personas mayores tienden a somatizar, es decir, sentir como síntomas orgánicos y funcionales, cualquier afección psíquica. Se les comentará algunas de las conductas

que realizan las personas con riesgo a cometer conductas suicidas: presentar dificultad para conciliar el sueño, mostrarse irritable, en constante agitación, presentar apatía y sentimientos de desesperanza y tristeza. Además de verbalizar constantemente que morir es su mayor deseo, la solución a sus problemas, o simplemente, que ya no les importa nada.

Una vez explicado estos conceptos, se pasará a hablar acerca de las emociones, que son un estado afectivo de carácter subjetivo, que se produce ante una reacción al ambiente que produce cambios orgánicos, es decir, fisiológicos y endocrinos. Se les informará acerca de las emociones básicas y universales (miedo, sorpresa, asco, ira, alegría, tristeza), de las cuales derivan todas las demás. La función de las emociones es adaptativa, por lo que nos ofrecen información acerca de lo que está ocurriendo a nuestro alrededor, y nos motivan a llevar a cabo determinados comportamientos que aseguran nuestra supervivencia.

Para finalizar la sesión se explicará los tres componentes de las experiencias emocionales: lo que pensamos, lo que hacemos y cómo nos sentimos. Comprender las emociones por medio del plano físico-cognitivo-conductual, permitirá a los participantes desgranar sus emociones y a comprender más fácilmente la razón de su malestar emocional.

Es por ello que se les detallará el plano fisiológico de las emociones como las respuestas físicas que las emociones causan en nuestro cuerpo. En plano cognitivo, correspondería a los pensamientos que acompañan a la emoción. Y, por último, el plano conductual, hace referencia a las conductas que la emoción impulsa a realizar. Para facilitar mejor la comprensión, se les facilitará una tabla con unos ejemplos (anexo C).

Asimismo, a lo largo de esta semana, deberán registrar sus propias emociones tal y cómo se ha explicado.

4° sesión

Nombre de la sesión: ¿Cómo me siento?

Materiales: Bolígrafos, libretas, rotuladores, cartulinas, impresora, ordenador, proyector

Objetivos: Trabajar la cohesión grupal, aprender sobre el poder que tiene nuestra forma de pensar en nuestras emociones, trabajar los pensamientos alternativos, motivar para el cambio.

Dinámicas:

Para comenzar la sesión se llevará a cabo una actividad denominada “La palabra clave”. Para ello se realizará equipos de tres personas y a cada grupo se le repartirá ocho papeletas con la palabra: amistad, libertad, diálogo, justicia, verdad, compañerismo, valentía, ideal. Los componentes del grupo deben de comentar el significado que asocian a dichas palabras. Seguidamente el equipo deberá de elegir una de las palabras y crear un lema que los represente con relación a la palabra escogida.

Al acabar la actividad, se realizará un breve repaso acerca de los conceptos presentados la semana anterior, especialmente sobre los componentes de las emociones, y se pondrá en común el registro que se mandó como tarea para casa con el propósito de resolver cualquier duda que haya podido surgir y comprobar que lo han comprendido correctamente. Este repaso permitirá enlazarlo con las explicaciones y las dinámicas de esta nueva sesión.

Se explicará la importancia de nuestros pensamientos y cómo estos pueden influir en nuestro estado emocional. Se comenzará hablando sobre la cantidad de aspectos diferentes que podríamos atender y evaluar ante una situación que está aconteciendo. Las interpretaciones que hagamos de dicha situación pueden moldearse en función de la importancia y el significado que cada uno le otorgue. Las evaluaciones que realizamos diariamente pueden influir en los sentimientos o estados de ánimos.

Para ayudar a los participantes a comprender este aspecto un poco mejor, se realizará la actividad “La imagen ambigua” (anexo D), que consistirá en la proyección de una imagen, cada uno de los miembros del grupo deberá buscar diferentes interpretaciones. Una vez se tengan las interpretaciones, se pasará a preguntar a los participantes, y a buscar todos juntos evaluaciones alternativas y cómo serían las emociones en cada una de las opciones.

Una vez esto ha sido comprendido, se pasará a explicar que pensar de forma catastrófica quizá ayude a que nos preparemos ante la llegada de un peligro real. No obstante, esto se convertiría en un inconveniente cuando con frecuencia se sobreestima la probabilidad de que el pensamiento catastrófico ocurra. Es por tanto que se pasará a explicar el registro de pensamientos automáticos (anexo E). Este registro permitirá identificarlos y evaluarlos más fácilmente, y poder generar un elevado nivel de flexibilidad de pensamiento que genere de forma automática otros pensamientos alternativos. Para ello se les repartirá una hoja donde

aparecerá una tabla con los siguientes apartados: situación, pensamiento, emoción, interpretación alternativa del pensamiento. Este ejercicio se explicará mediante la puesta en común de un par de ejemplos, y lo que facilitará mejor la comprensión de éste. Además, deberán de registrar esta tabla como tarea para casa.

Para finalizar la sesión, se realizará un pequeño ejercicio sobre la motivación de cambio (anexo F). Para ello se apelará a la importancia de querer cambiar para aprovechar al máximo el beneficio que aporta la intervención. Pensar en los beneficios y en los costes del cambio puede suponer, puede facilitar que la persona se decida a adoptar una postura determinada. Se les repartirá una tabla que deberán de rellenar y colocar en un sitio visible para tenerla siempre presente durante el tiempo que dure el programa.

5º sesión

Nombre de la sesión: ¡Qué me gusta y qué quiero hacer!

Materiales: Bolígrafos, libreta, cartulinas, impresora, ordenador, proyector

Objetivos: Favorecer la integración grupal, dar a conocer el beneficio de las actividades agradables, impulsar a la realización de éstas.

Dinámicas:

Se realizará la actividad “El blanco y la diana”, que consiste en formar grupos de cuatro personas, a los cuales se les entregará una cartulina donde aparecerá una serie de círculos concéntricos, divididos en cuatro partes, uno para cada componente del grupo. En este círculo deberán escribir su nombre, una cualidad y un defecto, una afición y una manía. Una vez completado estos aspectos, deberán analizar aquellos aspectos que tienen en común y que los diferencian.

Una vez realizada la actividad, se procederá a explicar las actividades agradables. Es decir, actividades placenteras que generan en el individuo una mejora en su estado de ánimo. Las actividades agradables tienen como finalidad potenciar el bienestar físico, social y mental de las personas mayores, y fomentar la integración en la comunidad.

Cuando se está atravesando una situación compleja, se abandonan muchas actividades de las que se hacía a diario. No obstante, aquellas que se mantienen permiten ser el punto de partida del plan de intervención. Es por ello que cada uno de los participantes deberán planificar las actividades que desean realizar, el tiempo que les va a dedicar, y cuándo y dónde la va a llevar a la práctica.

Previamente se les explicará las diferentes modalidades de ejercicios que están a su disposición: Ejercicios físicos, que consisten en actividades que proporcionan bienestar físico y favorecen la vitalidad y la energía, como, por ejemplo, gimnasia rítmica y la natación. Ejercicios cognitivos que favorecen el desarrollo de la plasticidad cerebral y las funciones cognitivas, como son los ejercicios de categorización, ordenación, clasificación y las actividades de resolución de problemas. Ejercicios para potenciar el bienestar social, que permiten estrechar relaciones sociales y fortalecer vínculos interpersonales, por ejemplo, actividades de ocio y tiempo libre, talleres grupales.

Tras esta explicación se pasará a realizar una tabla con las actividades agradables (anexo G) de cada uno de los miembros del grupo, y se deberán comprometer a realizarla, al menos dos actividades a la semana.

Antes de finalizar la sesión se informará acerca de las asociaciones y centros que fomentan la integración de la persona mayor en la sociedad, en concreto de los Centro Especializado de Atención a Personas mayores (CEAMs), los hogares y clubes para personas mayores, el Centro Municipal de Actividades para Personas Mayores, la Oficina Municipal de Atención a las Personas Mayores, les Aules de la tercera edad, las asociaciones culturales, la Universidad y las academias para las personas mayores.

6º sesión

Nombre de la sesión: ¡Haciendo lo que me gusta!

Materiales: Bolígrafos, libreta, papel, ordenador, proyector

Objetivos: Dar a conocer más de cerca los recursos sociales de los que disponen las personas mayores.

Dinámicas:

Se realizará un breve resumen de la sesión que tuvo lugar la semana pasada acerca de las actividades agradables y el beneficio físico y psicológico que comportan. También se hablará sobre las actividades que han realizado a lo largo de esta semana, y cómo se han sentido al respecto.

A diferencia del resto de sesiones, en esta ocasión y para finalizar el módulo de actividades agradables, participaremos activamente en una asociación de personas mayores, en concreto un CEAM, para dar a conocer más de cerca los recursos que servicios que ofrece: convivencia, actividades socioculturales y recreativas, mantenimiento físico, talleres y cursos.

7º sesión

Nombre de la sesión: Cómo afrontar mi malestar I.

Materiales: Fotografías, papel, bolígrafos, libreta, impresora, ordenador, proyector.

Objetivos: Cohesionar el grupo, entrenar en estrategias de afrontamiento.

Dinámicas:

Se realizará la actividad “Presentación por fotografías”, la cual consiste en formar un círculo y en medio colocar varias fotografías dispares. Cada uno de los participantes debe escoger la que más le guste, y deberá explicar ante el resto de sus compañeros por qué ha seleccionado esa fotografía, qué es lo que más le ha llamado la atención, etc.

Tras la realización de esta primera actividad se procederá a explicar una serie de estrategias que podemos llevar a la práctica cuando sintamos malestar debido a la presencia de emociones demasiado intensas. En primer lugar, se hará hincapié en los beneficios que posee expresar a otra persona nuestro malestar, la descarga emocional y el cambio de perspectiva que esto supone. También se apelará a la importancia de realizar actividades agradables, refrescando las dos sesiones anteriores donde trabajamos este aspecto tan relevante. Asimismo, se apelará a la importancia de seguir con la rutina y buscar compañía a pesar de no sentirnos anímicamente bien.

Por último, la última de las estrategias que se trabajará en esta sesión será la relajación, ya que aporta un estado de reposo físico y mental que permite equilibrar el metabolismo y el ritmo cardiaco, liberando de cualquier nivel de estrés o ansiedad, y generando un estado de calma. A su vez, reduce el riesgo de contraer una enfermedad nerviosa, mejora el sistema circulatorio, pulmonar y digestivo. Una vez se les ha informado de los beneficios, se presentará dos técnicas de relajación (anexo H), y se pondrá en común cómo se han sentido durante la realización.

8º sesión

Nombre de la sesión: Cómo afrontar mi malestar II.

Materiales: Bolígrafos, libreta, rotuladores, cartulinas, folios, ordenador, proyector.

Objetivos: Trabajar la cohesión grupal, entrenar en estrategias de afrontamiento.

Dinámicas:

Se realizará una actividad denominada “Bingo”, que consistirá en repartir unas pequeñas fichas con una serie de preguntas, por ejemplo: “¿Quién nació en Villacarrillo (Jaén)?”, “¿A quién le encanta bailar?”, “¿Quién trabajó en el teatro?”, etc. Estas preguntas se harán en función de los datos biográficos que se hayan obtenido en la entrevista de los participantes. Las personas mayores deben darse prisa en responder identificado a cada uno de los compañeros que hace mención las preguntas. El primero que rellene la ficha ha de gritar “Bingo”, y en voz alta se revisará si las ha respondido correctamente.

Seguidamente se realizará un breve resumen de las estrategias de afrontamiento que se impartieron la semana pasada, y se enlazarán con otras nuevas estrategias.

Así pues, se comenzará explicado la parada de pensamiento, que consiste, en primer lugar, identificar cuáles son los pensamientos que generan malestar, y la frecuencia en la que estos aparecen. Después, se pensará un pensamiento alternativo que sustituya al pensamiento desadaptativo. Una vez se tenga esto, se pensará constantemente en el pensamiento desadaptativo durante un breve periodo de tiempo. Es importante sentir que la ansiedad está elevándose. Cuando se considere conveniente, se dirá en voz alta “¡Basta!”, con el fin de cortar

ese pensamiento e introducir el alternativo. Es importante practicar este ejercicio a diario, la ansiedad se reducirá de forma gradual.

El pensamiento alternativo es otra de las estrategias de afrontamiento que se van a explicar. Esta técnica trata de localizar un pensamiento realista, acorde a las circunstancias de la situación que está provocando tal pensamiento negativo. Es recomendable escribir este pensamiento más acorde a la realidad, para que poco a poco se vaya consolidando más en nuestro sistema de creencias.

Por último, se explicará el entrenamiento en autoinstrucciones. Esta técnica consiste en darse a sí mismo una serie de órdenes o, como bien dice el nombre, instrucciones, que permitirán regular la conducta. Al tratarse de personas mayores deberán de aprender y entrenar para que surja de forma automática. Esta técnica presenta una serie de pautas para asegurar el máximo resultado: En primer lugar, es el psicólogo quien hace de modelo para facilitar la comprensión de las autoinstrucciones. En segundo lugar, lo hace el individuo, pero es el psicólogo quien verbaliza las autoinstrucciones. En tercer lugar, es la persona quien hace las autoinstrucciones en voz alta. Por último, en cuarto lugar, sería la persona quien se diera las autoinstrucciones de manera encubierta.

Para una mayor comprensión de estas técnicas, se realizarían role-playing en el que los participantes podrán entrenar estos conceptos para su posterior aplicación.

9º sesión

Nombre de la sesión: Autoestima I.

Materiales: Pelota, bolígrafos, libreta, folios, cartulinas, rotuladores, ordenador, proyector.

Objetivos: Trabajar la cohesión grupal, aumentar la autoestima.

Dinámicas:

Se realizará la actividad grupal “La pelota preguntona”. Para la realización de esta actividad se realizará un círculo y, mientras suena la música, los miembros del grupo deberá de ir rotando la pelota. Cuando la música cese, la persona que posea la pelota deberá de decir su

nombre y deberá responder a las preguntas que sus compañeros le realicen. La repetición de esta actividad se hará las veces que se estime oportuno.

Posteriormente se realizará un repaso de la sesión anterior y se pondrá en común la experiencia al poner en práctica las estrategias de afrontamiento.

Una vez aclarado esto, se pasará a explicar que la autoestima es la capacidad de reconocer y valorar lo que uno mismo es y puede llegar a ser, a través del desarrollo de confianza y toma de decisiones. En cuanto al autoconcepto, se definirá como el conjunto de creencias que una persona utiliza para describirse a sí mismo, conforma su imagen mental. La autoestima presenta un componente emocional.

Se explicará que las personas que presentan autoestima alta se caracterizan por ser capaces de hacer frente a cualquier reto y a las responsabilidades que a lo largo de la vida se les va presentando, confían en sí mismos, se valoran, conocen sus fortalezas y trabajan sus debilidades, aceptan los cambios, expresan libremente su opinión, saben perdonar. En cambio, los que presentan una autoestima baja consideran que son un fracaso y no son suficientes para el mundo, se consideran incapaces y no se valoran, son ansiosos, carecen de iniciativa, no expresan su opinión ni sus sentimientos, son pesimistas y poseen una concepción negativa sobre ellos mismos.

Para mejorar la autoestima es importante dedicar tiempo a reflexionar acerca de aquellos objetivos que nos hacen sentir bien, ser consciente de nuestras debilidades para poder trabajarlas, dedicarnos tiempos de escucha y tratarnos bien, trabajar la gratitud y aceptación.

Seguidamente, se pasará a hacer una serie de actividades acerca de la autoestima. El primer ejercicio que se realizará se denomina “El círculo”. En esta actividad nos centraremos en las cualidades positivas de nuestros compañeros. Para ello se realizará un círculo, y todos los miembros deberán de escribir su nombre en la parte superior de un folio, y pasárselo al compañero de la derecha. Cada uno debe de escribir características positivas de sus compañeros (cualidades, rasgos físicos, capacidades...) e ir rotándolo hasta que cada hoja vuelva a llegar a las manos de sus propietarios.

Tras esta actividad, realizaremos otra denominada “El juego de las tarjetas”. Para esta actividad se repartirá una cartulina, donde deberán de escribir su nombre en vertical. Deberán de escribirse tres adjetivos sobre sus cualidades con algunas iniciales de su nombre, y se

engancharán la cartulina en la ropa. Después se desplazarán por la sala, y el resto de miembros pueden añadir cualidades de sus compañeros. Al finalizar la actividad se comentará cómo se han sentido.

Por último, como tarea para casa, se les explicará la tarea “Hablar con el espejo”, que consistirá en mirarse a los ojos, hablarse adoptando un tono de voz cercano y decirse cada día un halago, darse ánimos, o un consejo. Es importante que hagan un registro de cómo se han sentido tras la realización de esta actividad.

10º sesión

Nombre de la sesión: Autoestima II.

Materiales: Bolígrafos, folios, libreta, impresora, ordenador, proyector.

Objetivos: Trabajar la cohesión grupal, dar a conocer la importancia de la aceptación y el respeto a uno mismo, tener presente los derechos humanos.

Dinámicas:

Antes de empezar la sesión se realizará una actividad denominada “La noticia”, que consiste en pedir a cada participante que escriba dos noticias buenas que les hayan ocurrido a lo largo de la vida. A continuación, leerán lo que han escrito en voz alta, y el resto del grupo podrán dar su opinión al respecto.

Posteriormente se repasará la sesión que se tuvo la semana anterior acerca de la autoestima y el autoconcepto, y se enlazarán con nuevos conceptos estrechamente relacionados. Para ello se procederá explicando que la autoaceptación es reconocerse a uno mismo, incluyendo virtudes y defectos. Se trata de un elemento importante si se quiere alcanzar algún cambio en nuestra vida. El autorespeto es satisfacer las necesidades que presente la propia persona, y valorarse como se corresponde; reconocer nuestra dignidad y valor por el mero hecho de ser persona.

Ambos conceptos están estrechamente relacionados. Por lo que se apelará a la importancia de ser consciente de que poseemos los mismos derechos que el resto de personas, por lo que debemos tratarnos con el mismo respeto y compasión a como trataríamos al resto;

ser conscientes de que nuestro valor como ser humano es igual que el resto de personas, y, por tanto, nuestras necesidades son tenidas en consideración; ser consciente de nuestras debilidades.

Una vez explicado esto, se procederá a trabajar los derechos humanos (anexo I). Se repartirá una ficha donde aparecerán expuestos, y se procederá a leerlos en voz alta, se comentarán en grupo, y deberán de decir con cuál se identifican más. Se dejará un pequeño espacio en blanco para que puedan añadir otros derechos que echen en falta.

Tras finalizar la actividad, se procederá a realizar otra denominada “Un paseo por el bosque”. Para ello le daremos a cada uno de los participantes una hoja y unos rotuladores, y deberán de seguir las siguientes directrices. Se dibujará un árbol, y en las raíces se escribirán cualidades positivas que se cree tener; en las ramas se escribirán las cosas positivas que realizan en su día a día; y en las hojas y frutos, los éxitos y triunfos.

Después, se les pedirá que cojan un rotulador y se paseen por la sala. Cuando se encuentren con un compañero deberán de decir “Tú eres...” y leer lo que tiene escrito en su árbol. Además, deberán de escribir dos cualidades más en el árbol de cada compañero. Para facilitar la actividad y que ésta resulte más relajante y amena, se podrá poner música de fondo.

11º sesión

Nombre de la sesión: Autoimagen.

Materiales: Bolígrafos, folios, libreta, cinta adhesiva, ordenador, proyector.

Objetivos: Trabajar la cohesión grupal, concienciar sobre la importancia de cuidar el aspecto físico.

Dinámicas:

Se realizará la actividad “Adivinanza” con el fin de trabajar la cohesión de grupo. Se realizarán dos grupos, y a cada persona se le pegará un papel en la frente con una palabra que no podrán leer. Deberán realizar preguntas cuya respuesta sea únicamente sí o no, para adivinarlo. Se permite una pregunta por turno.

Una vez finalizada la actividad, se procederá a hacer un breve resumen de la sesión anterior, y se trabajará el concepto de imagen personal, el cual es definido como el cuidado de

los aspectos físicos que conforman al mayor, y refuerzan la identidad y fortalecen la autoestima. No hay que infravalorar sentirse bien a cualquier edad, y hay que dedicar tiempo y atención al cuidado de nuestro aspecto.

El cuidado de la imagen personal, no únicamente incluye aspectos estéticos, sino también hábitos de salud e higiene personal. Estos aspectos pueden dar información acerca del estado de ánimo. Se debe potenciar la autonomía en aquellos aspectos de elección en lo relacionado con la imagen personal, ya que esto permitiría alcanzar un mayor grado de confianza.

Cuidar la imagen personal abarca tanto la higiene como el aspecto físico. Tener hábitos saludables de higiene previene la aparición de enfermedades, y el simple hecho de cuidar nuestra apariencia física hace que nos sintamos mucho mejor. Por lo que es muy importante animarlos a ir a la peluquería, a comprarse ropa, ir al barbero, hidratarse la piel, lavarse los dientes frecuentemente, pintarse las uñas, etc. Cuidar el aspecto físico aumenta la confianza, la autoestima, la participación social y el desarrollo personal.

Como tarea para casa se les propondrá mejorar dos aspectos de su imagen corporal que han pensado previamente, y registrar cómo se sienten a lo largo de la semana.

12º sesión

Nombre de la sesión: ¿Quién soy yo?

Materiales: Bolígrafos, folios, libreta, comba, canicas, chapas, peonzas, ordenador, proyector.

Objetivos: Cohesionar el grupo, fortalecer la identidad, destacar aspectos positivos de la vejez.

Dinámicas:

Se realizará la actividad “Temores y esperanzas”, en la que los participantes deberán de anotar en un folio sus inquietudes, sus temores y sus esperanzas sobre alguna circunstancia o situación en concreto. A continuación, se pondrá en común todos aquellos aspectos que se han anotado, y el psicólogo los apuntará en la pizarra. Al finalizar, se señalarán aquellos más frecuentes y se debatirán sobre ellos.

Seguidamente se pasará a trabajar la identidad del mayor, y para ello, previamente, trabajaremos el concepto de vejez y envejecimiento. El envejecimiento es definido poco las consecuencias físicas y psicológicas que sufre un individuo como consecuencia del paso del tiempo, mientras que la vejez es el último período del ciclo de la vida y precede a la muerte. Así pues, se procederá a hablar acerca de los aspectos positivos que presenta la etapa de la vejez: mayor capacidad intelectual (pensamiento reflexivo, vocabulario, memoria a largo plazo), época de menos estrés, gran cantidad de recursos de ocio para el mayor, fortalecimiento de las relaciones sociales, mayor habilidad para resolver conflictos, más tiempo libre para dedicarse a uno mismo.

Una vez explicado esto, se procederá a hablar acerca de las concepciones negativas que hay en la sociedad en relación a la vejez, y cómo esto afecta a la propia identidad. Un prejuicio es una opinión preconcebida y generalmente negativa que se tiene de algo o alguien. En esta última etapa de la vida existen muchos prejuicios y, además, el cambio que supone el inicio de esta etapa, afecta de forma negativa a la identidad de la persona mayor. La identidad se define como la percepción individual que posee uno mismo, se adquiere a lo largo de la vida y se va moldeando en función de las experiencias vividas.

La identidad establece los límites, el sentido de pertenencia y las responsabilidades que posee cada individuo. La identidad de la persona comienza a tambalearse cuando deja su puesto laboral, y conforme pasan los años se le priva de hacer determinadas tareas que socialmente corresponden a la etapa adulta.

En esta etapa es importante recordar que la identidad es esencial, pues se conforma por todas las vivencias y es lo que lo convierte a la persona mayor un ser único al resto.

Para finalizar la sesión se realizará una breve actividad para fortalecer la identidad. Para ello nos sentaremos todos en un círculo y realizaremos una mesa redonda donde hablaremos de los juegos de infancia y la música que caracterizaron su época. Para hacer esta actividad más atractiva se traerán algunas canciones y objetos más representativos: comba, canicas, chapas, peonzas...

Como deber para casa deberán de buscar algunas fotos de ellos en el trabajo y en algunas celebraciones.

13° sesión

Nombre de la sesión: Fortaleciendo mi identidad I.

Materiales: Fotos, bolígrafos, libreta, ordenador, proyector.

Objetivos: Cohesionar el grupo, fortalecer la identidad.

Dinámicas:

Al comenzar la actividad se realizará de nuevo una mesa redonda donde se pondrá en común aspectos representativos de su época, como son la profesión y las fiestas tradicionales. Se pondrá en común las fotos que ellos han traído, y se irán comentando de una en una. Deberán expresar cómo fue esa etapa de su vida para ellos, cómo se sienten al recordarla, y qué significa para ellos.

Una vez finalizada esta mesa redonda, se procederá a realizar una actividad en la que se empleará el recuerdo y el tipo de recuerdo para trabajar la propia identidad. Para ello se necesitará trabajar con la información característica de las personas mayores que se ha obtenido a lo largo de la entrevista inicial. En concreto, esta actividad que ocupará gran parte de la sesión tratará de hablar acerca de los acontecimientos negativos más relevantes que han tenido lugar en la biografía de los participantes, reconciliarnos con nuestro pasado, y encontrar un sentido y un valor a la vida. Esta actividad favorecerá una salud mental positiva y reducirá la sintomatología depresiva. Además, durante la realización de este taller se podrá aplicar la reestructuración cognitiva, y potenciar el desarrollo de pensamientos alternativos.

Se les solicitará que para la siguiente sesión traigan diversos objetos con los que se sientan identificados y tengan cierta vinculación (fotografías, pulsera, ropa de trabajo, medalla, etc.).

14° sesión

Nombre de la sesión: Fortaleciendo mi identidad II.

Materiales: Cofres, bolígrafos, folios, libreta, ordenador, proyector.

Objetivos: Cohesionar el grupo, fortalecer la identidad del mayor.

Dinámicas:

Para comenzar la sesión se iniciará con una actividad denominada “El cofre”. Para ello se les repartirá un cofre donde deberán colocar los objetos personales. Siguiendo el orden, cada uno deberá de hablar acerca de los elementos que ha traído, qué recuerdos les evoca, y cómo se sienten al rememorarlos.

Tras esta actividad se procederá a hacer una actividad que, al igual que la sesión anterior, se empleará el recuerdo para trabajar la propia identidad. Esta actividad tendrá una duración prolongada, por lo que es probable que dure todo el tiempo de la sesión. Para ello se plantearán determinados conflictos que han tenido lugar en el pasado en función de los roles y responsabilidades que han tenido en las diferentes etapas de su vida, esto permitirá aplicarlos en el presente, como, por ejemplo, ante situaciones de estrés o de percepción de amenaza.

Esta actividad permitirá revivir aquellas estrategias que una vez fueron eficaces, fortalecer el sentido de competencia, y potenciar las creencias de eficacia y control que ejercen un efecto positivo en la autoestima.

15° sesión

Nombre de la sesión: Habilidades sociales.

Materiales: Bolígrafos, folios, libretas, ordenador, proyector.

Objetivos: Cohesionar grupo, entrenar habilidades sociales asertivas.

Dinámicas:

Para comenzar la sesión se realizará la actividad “Expresión no verbal”, en la que deberán de dividirse en grupos de seis personas y forman un círculo. Uno de los componentes deberá ponerse en el medio de éste y tendrá que mirar al compañero que tiene en frente. La persona que se sitúe en el centro deberá expresarle a la otra lo que siente hacia ella. No obstante, no se podrá comunicar mediante palabras, sino que deberá emplear el contacto físico. Se realizará así sucesivamente hasta que todos los componentes del grupo hayan participado. Posteriormente se pondrá en común cómo ha sido esta experiencia y cómo se han sentido.

Seguidamente se hará breve resumen de la sesión anterior, y se comenzará a hablar de las habilidades sociales como un conjunto de herramientas que nos permiten interactuar con otros individuos de forma efectiva y satisfactoria.

Cuando nos comunicamos podemos manifestar nuestras verbalizaciones mediante tres estilos de respuesta. Esto puede ser mediante un estilo pasivo, un estilo agresivo o un estilo asertivo. Se les explicará que el estilo pasivo se manifiesta conductualmente por el uso de voz baja, evitar el contacto ocular, inseguridad, no saber qué decir, importancia de ser aceptado, importancia de la opinión de los demás, necesidad de ser querido, y sensación de ser incomprendido, experimentan emociones de impotencia, culpa, baja autoestima, frustración y ansiedad.

En cuanto al estilo agresivo, se manifiesta por el uso de una voz elevada, tajante y que interrumpe frecuentemente, presenta un contacto ocular directo, considera que su opinión es la única relevante, piensan que la situación se vuelve terrible cuando no es como a ellos les gustaría, experimentan emociones de ansiedad, soledad, sentimientos de incompreensión y frustración, falta de control e irritación constante.

Por último, el estilo asertivo se les explicará como aquel comportamiento en el que se tiene un habla fluida, segura y relajada, defienden su opinión sin agredir, saben decir que no, tienen muy presente sus derechos, consideran que lo que ellos piensan es igual de importante que lo que piensan los demás, tienen buena autoestima, no se sienten inferiores ni superiores, son respetuosas y tienen control emocional.

Para finalizar la actividad se realizará diversos role-playing para ejemplificar y hacer mucho más visual estos estilos de comportamiento. Se emplearán situaciones diarias en las que los participantes tengan que enfrentarse día a día. Además, se potenciará el estilo asertivo para mantener unas relaciones sociales más satisfactorias.

16ª sesión

Nombre de la sesión: Aprendiendo a ser asertivo.

Materiales: Bolígrafos, libreta, cartulina, dados, impresora, ordenador, proyector.

Objetivos: Cohesionar el grupo, entrenar un comportamiento asertivo.

Dinámicas:

Se abrirá la sesión con una actividad denominada “Un minuto” (anexo J). Se realizarán grupos de cuatro personas, y se repartirá un tablero de juego y un dado. El tablero está conformado por una serie de casillas donde aparecen escritos diferentes temas de conversación de los que se hablará durante un minuto. Se puede introducir órdenes tales como “vuelva a tirar”, “avanza 4 casillas”, “pierde turno” en algunas casillas para hacerlo más dinámico.

Una vez finalizada la actividad, se hará un breve repaso a los conceptos de la sesión anterior, y se pasará a refrescar el concepto de asertividad, el cuál es definido como aquella habilidad social que permite expresar nuestros derechos, opiniones, necesidades, respetando a los demás.

Una vez comprendido esto, se pasará a explicar una serie de técnicas asertivas y se trabajarán mediante el uso del role-playing.

- Técnica del sándwich: que consistirá en empezar resaltando el punto de vista de la otra persona “entiendo que...”. Seguidamente se introducirá nuestra perspectiva “pero yo...”. Y, finalmente, proponer un acuerdo entre ambos que resulte beneficioso “¿Qué te parece sí...?”
- Técnica de disco rayado: esta técnica consiste en ser persistente en conseguir aquello que queremos. Para ello es importante repetir constantemente nuestro argumento, y emplear palabras parecidas a las que estamos diciendo. Importante mantenerse calmado, y monitorizar los niveles de ansiedad.
- Técnica banco de niebla: ante esta técnica reconoceremos la parte que el interlocutor emita como cierta, y seguidamente añadiremos la norma que se quiere transmitir.

Como tarea para casa deberán poner en práctica estas estrategias y registrar cómo se han sentido y si les ha funcionado.

17º sesión

Nombre de la sesión: Mi red de apoyo I.

Materiales: Bolígrafos, folios, libreta, impresora, ordenador, proyector.

Objetivos: Cohesionar el grupo, modificar el concepto de soledad, crear una red de apoyo.

Dinámicas:

Se realizará una actividad denominada “El orden de las edades” que consiste en ponerse todos en fila y ordenarse por fechas de nacimiento, de mayor a menor. La norma primordial de esta actividad es no hablar, únicamente pueden ser señas entre ellos.

Seguidamente se realizará un breve resumen de lo que se expuso la semana anterior y su experiencia poniendo en práctica las técnicas anteriormente presentadas.

Posteriormente se pasará a dar una nueva perspectiva al término de soledad, pues este puede tener sus connotaciones positivas, si se ve como un tiempo de atención, disfrute y comprensión personal, y no como una manifestación de la exclusión y el aislamiento. Es importante distinguir el concepto de aislamiento social, que hace referencia a la escasa frecuencia de contacto social, con el de sentimiento de soledad, que hace referencia, al hecho de sentirse solo a pesar de contar con apoyo social.

Es importante fomentar un estilo de vida saludable asociado a la participación social con la finalidad de evitar cualquier efecto negativo que puede provocar la situación de soledad. Se volverá a apelar a la importancia de formar parte de las asociaciones y centros para personas mayores, y los beneficios que tiene el hecho de estar activo.

Ante situaciones de soledad es importante mantenerse ocupado, cambiar de entorno, dedicar tiempo a aquello que te gusta y a hacer cosas nuevas, así como saber pedir ayuda, pensar en positivo, pensar en los aspectos positivos que aporta la soledad, etc.

Se pasará a realizar una actividad que consistirá en crear una red de apoyo (anexo K). Para ello se les repartirá una hoja donde aparecerá una serie de cuadrados concéntricos, en concreto cuatro para cada uno de los ámbitos de la vida (familia, amigos, compañeros, comunidad). En los cuadros más grandes se colocará a aquellas personas con las que se mantiene relación de forma ocasional, en el cuadro mediano los que ves una vez a la semana, y en el cuadro del centro aquellos que ves más de una vez a la semana. Se insistirá en colocar en un sitio visible.

Como deber para casa se deberá de quedar con al menos dos personas que conforman su red de apoyo. Tendrán que hacer introspección para registrar cómo se han sentido.

18° sesión

Nombre de la sesión: Mi red de apoyo II.

Materiales: Bolígrafos, papel, libros, libreta, ordenador, proyector.

Objetivos: Cohesionar el grupo, mejorar la red de apoyo, trabajar la gratitud.

Para comenzar la sesión se realizará una actividad denominada “Desfile de modelos”. Para la realización de esta actividad, todos los participantes deberán moverse por la sala al ritmo de la música con un libro en la cabeza. Si se le cae el libro al suelo, se convierten en estatuas, y no podrán moverse hasta que uno de sus compañeros lo auxilie. Para ello deberá recoger el libro de su compañero del suelo, evitando que se le caiga el suyo al suelo.

Una vez finalizada la actividad se realizará un resumen de la sesión anterior para refrescar algunos conceptos, y poner en común lo que han aplicado a lo largo de esta semana.

Posteriormente se hablará acerca de la importancia de poseer una red de apoyo, conformada por un conjunto de personas, que pueden ser amigos y/o familiares, y ofrecen ayuda y apoyo en caso de necesitarlo. Para establecer y fortalecer relaciones sociales es importante expresar nuestros sentimientos. Esto permitirá que se genere un mayor grado de empatía con la otra persona, se estrechen los vínculos emocionales y se establezcan relaciones de calidad.

La gratitud se entiende como aquella emoción que se experimenta cuando se estima a una persona y se le desea corresponder devolviéndole un favor o servicio prestado. Una persona agradecida fortalece los vínculos emocionales con las personas de su alrededor. La gratitud ejerce influencia al bienestar físico y emocional, permite reducir el estrés y estimula la resiliencia, es decir, presenta un elevado beneficio para la salud.

Para trabajar la gratitud se realizará una actividad denominada “La silla de la gratitud”, para ello se seleccionará una silla que será colocada en medio de todos los presentes. Esta silla se le denominará como la silla de la gratitud, y por turnos, se sentarán y el resto de compañeros deberá expresar en voz alta porqué lo aprecian y expresar su gratitud.

Como tarea para casa deberán realizar un diario de gratitud en el que anotarán en una pequeña libreta, tres razones por las que por el día vivido se sienten agradecidos. Asimismo, deberán pensar en varios seres queridos y escribirles un mensaje de gratitud que diga “gracias

por...”, “lo que me gusta de ti es...”. Será muy importante que registren cómo se sienten realizando esta actividad de forma diaria.

Asimismo, se firmará un contrato (anexo L) en el que las personas mayores se comprometerán a seguir realizando todas aquellas actividades que se han ido trabajando a lo largo del programa y han influido en su mejoría. Hacer este cumplimiento mediante un contrato, permitirá que los participantes tengan una actitud más comprometedoras con la realización de estas tareas.

19º sesión

Nombre de la sesión: Feedback.

Materiales: Bolígrafos, folios.

Objetivos: Observar si se ha producido mejoría tras la realización del programa, ser consciente de la mejoría, agradecimiento, despedida.

Dinámicas:

Esta sesión se realizará un mes después de finalizar la temática del taller. Se creará un pequeño espacio donde todas las personas mayores puedan expresar cómo les ha funcionado la terapia a lo largo de este tiempo. Esto permitirá que los componentes del grupo se retroalimenten de las experiencias de cada uno de sus compañeros.

Para concluir la última sesión se realizará una última actividad, en la que deberán escribir una carta a su yo del pasado, es decir, a su yo de antes de comenzar el programa. Los participantes que quieran podrán leerla en voz alta.

2.6. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

El programa de intervención se realizará los meses de febrero, marzo, abril, mayo, junio y julio, ya que se trata de meses en los que se dispone de mayor disponibilidad para la realización de este programa. No obstante, estos meses son orientativos, se podrían modificar en función de la disponibilidad del psicólogo que se encargará de impartirlo, del centro donde se realizará semanalmente las sesiones, y de los propios participantes.

A continuación, se presentará un calendario donde se detallará de forma concisa el horario y las actividades que se pretenden llevar a cabo.

Tabla 4: Calendario de sesiones

Nº	FECHA	SESIÓN	ACTIVIDADES
1	14/02/2019	¡Bienvenido!	- Presentación: actividad la madeja de lana - Explicación del programa
2	21/02/2019	Psicoeducación I	- Actividad grupal “El mural” - Ideación suicida: factores que influyen
3	28/02/2019	Psicoeducación II	- Actividad grupal: “Verdades y mentiras” - Ideación suicida: conductas y verbalizaciones - Emociones: definición, tipos, utilidad, componentes
4	07/03/2019	¿Cómo me siento?	- Actividad grupal: “La palabra clave” - Emociones: pensamiento y emoción, análisis de la experiencia emocional, ejemplos - Actividad: motivación al cambio – balance de decisiones
5	14/03/2019	¡Qué me gusta y qué quiero hacer!	- Actividad grupal: “El blanco y la diana” - Actividades agradables: definición, utilidad, beneficios, actividades para el mayor - Centros y asociaciones para el mayor
6	21/03/2019	¡Haciendo lo que me gusta!	- Visita una asociación del mayor
7	28/03/2019	Cómo afrontar mi malestar I	- Actividad grupal: “Presentación por fotografías” - Estrategias de afrontamiento: exprésalo, actividades agradables, seguir con mi rutina, buscar compañía, relajación
8	04/04/2019	Cómo afrontar mi malestar II	- Actividad grupal: “Bingo” - Estrategias de afrontamiento: parada de pensamiento, pensamiento alternativo, autoinstrucciones
9	11/04/2019	Autoestima I	- Actividad grupal: “La pelota preguntona”

			<ul style="list-style-type: none"> - Autoestima y autoconcepto: definición, autoestima alta y baja, influencia en la salud - Actividad: El círculo - Actividad: Juego de las tarjetas
10	18/04/2019	Autoestima II	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad grupal: “La noticia” - Autoaceptación y autorespeto: la importancia de tratarse bien - Derechos humanos - Actividad: Un paseo por el bosque
11	25/04/2019	Autoimagen	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad grupal: “Adivinanza” - Autoimagen: definición, importancia, beneficios, consejos para mejorar nuestro aspecto físico
12	02/05/2019	¿Quién soy yo?	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad grupal: “Temores y esperanzas” - Vejez y envejecimiento: definición, aspectos positivos asociados a la edad - Identidad: definición, importancia, cómo afectan los prejuicios a la identidad - Actividad: Mesa redonda
13	09/05/2019	Fortaleciendo mi identidad I	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad: mesa redonda - Actividad: el poder del recuerdo
14	16/05/2019	Fortaleciendo mi identidad II	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad: “El cobre” - Actividad: el poder del recuerdo
15	23/05/2019	Habilidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad grupal: “Expresión no verbal” - Habilidades sociales: definición, importancia estilos de comportamiento (agresivo-pasivo-assertivo) - Actividad: role-playing
16	30/05/2019	Aprendiendo a ser assertivo	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad grupal: “Un minuto” - Assertividad: definición, técnicas de assertividad - Actividad: role-playing
17	06/06/2019	Mi red de apoyo I	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad grupal: “El orden de las edades” - Soledad. Definición, diferentes perspectivas, ventajas - Red de apoyo: Definición, importancia - Actividad: “Mi red de apoyo”

18	13/06/2019	Mi red de apoyo II	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad grupal: “Desfile de modelos” - Red de apoyo: importancia de expresar nuestros sentimientos - Gratitud: definición, importancia, beneficios - Actividad: “Cultivar la gratitud” - Contrato
19	11/07/2019	Feedback	<ul style="list-style-type: none"> - Carta a mi yo del pasado - Agradecimiento y despedida

Sesiones que se van a realizar en el programa.

2.7. DELIMITACIÓN DE RECURSOS

Para la realización del programa de intervención será necesario una serie de recursos. El presente presupuesto que se refleja se ha realizado de manera orientativa, con la finalidad de obtener, así, el coste total que supondría aplicar el programa.

Es fundamental que el aula que se vaya a utilizar tenga los recursos necesarios para realizar correctamente el programa. Algunos materiales serán prestados por el propio centro donde se realizará el programa, como será el caso de las sillas, la mesa, el ordenador y el proyector.

Tabla 5. Presupuesto económico

Material	Unidad	Precio/Unidad	Total
Sillas	13	Prestado por el centro	Prestado por el centro
Mesas	13	Prestado por el centro	Prestado por el centro
Ordenador	1	Prestado por el centro	Prestado por el centro
Proyector	1	Prestado por el centro	Prestado por el centro
Impresora	1	Prestado por el centro	Prestado por el centro
Libros	12	Prestado por el centro	Prestado por el centro
Cartuchos de tinta/color	2	17,25	34,5
Cartuchos de tinta b/n	2	15,25	30,5
Libreta	12	3,79	45,79
Ovillo de lana	1	1,80	1,80
Pelota de goma	1	1,90	1,90
Caja pequeña de madera	12	3,63	43,56

Chapas	12	Reciclado	Reciclado
Red 25 canicas	1	2,45	2,45
Comba	1	1,35	1,35
Caja 5 dados	1	1,95	1,95
Peonzas	3	1,28	3,84
Cinta adhesiva	1	0,39	0,39
Pegamento de barra	6	0,82	4,92
Tijeras	12	0,74	8,88
Pack 50 cartulinas A4	1	2,97	2,97
Pack 500 folios A4	1	3,86	3,86
Pack Rotuladores	12	2,49	29,88
Bolígrafos	24	0,27	6,48
Sacapuntas	12	0,55	6,6
Goma de borrar	12	0,16	1,92
Lápices de madera	12	0,42	5,04
Psicólogo	21	75,00	1.575
Precio total			1.813,58€

Aproximación de los recursos necesarios para el programa.

2.8. ANÁLISIS DE SU VIABILIDAD

A través de un análisis de viabilidad se pretende estudiar si el programa de intervención cumple con los requisitos necesarios para su posterior aplicación.

Este programa se pretende desarrollar en un Centro de Especialidades de Atención al Mayor (CEAM), por lo que se prevé que se dispondrá de todos los recursos e instalaciones necesarias para su puesta en marcha, ya que se trata de un centro que tiene como objetivo principal el mantenimiento de salud en las personas mayores. Realizar este programa en un centro de atención preventiva dedicado exclusivamente a este colectivo, permite que sea de mayor accesibilidad para todas aquellas personas que estén interesadas. Asimismo, contar con el Centro de Atención Primaria de la zona, proporcionará una mayor difusión.

Las sesiones de este programa van dirigidas a personas que conservan todas sus funciones cognitivas, debido a la complejidad que podría suponer comprender y poner en práctica lo aprendido durante el período que dura el programa. Es por ello que, un requisito

imprescindible para acceder a él será la realización de un examen cognitivo, y, si se encuentra dentro de la norma, se realizará una batería de preguntas que determinará su inclusión en el programa.

Para asegurar la participación de todas las personas seleccionadas se consensará el horario y las fechas en las que este programa se realizará. Los miembros que hayan aceptado ser partícipes de este programa deberán de comprometerse a asistir de forma periódica para aprovechar los beneficios que aporta.

Realizar este programa con personas mayores que estén atravesando situaciones similares va a permitir que se produzca una mayor cohesión grupal, que los participantes se retroalimenten de las experiencias que cada uno aporte a las sesiones, y que la motivación aumente al observar de forma progresiva mejoría, tanto de forma individual como grupal.

A pesar de que el taller se impartirá de forma colectiva, cada uno de los participantes podrá disponer de terapia individualizada que complementa el programa, con la finalidad de trabajar de forma más personalizada determinados aspectos que pueden ser considerados como un impedimento y repercute negativamente en su día a día.

Este programa se puede ofrecer a centros especializados en atención a mayores, y a otro tipo de centro como, por ejemplo, centros residenciales, centros municipales de actividades para personas mayores e, incluso, centros de atención primaria.

2.9. EVALUACIÓN: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL

Para evaluar la eficacia del programa de intervención se procederá a pasarle a los participantes una serie de instrumentos de evaluación tanto al inicio como al final del programa. Los resultados de estas pruebas serán contrastados para estudiar si dicho programa ha sido eficaz.

Es por ello que, los instrumentos de evaluación se pasaran mínimo dos semanas antes del inicio del programa. Los posibles candidatos serán contactados telefónicamente para realizarles una entrevista y, posteriormente, la realización de las pruebas evaluativas.

La primera prueba que se pasará será el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo, Sanz y Marcos (2002), versión española adaptada y validada. El MEC es un test de cribado que

evalúa el deterioro cognitivo, y está constituido por 11 ítems que exploran cinco áreas cognitivas: orientación espacio-temporal, fijación, concentración, cálculo, memoria y lenguaje. La puntuación máxima que se puede obtener tras la realización de esta prueba es de 30: una puntuación de 27-30 apuntaría a una función cognitiva normal; una puntuación entre 21-26 indicaría un déficit cognitivo leve; una puntuación entre 11-20 apuntaría a un deterioro cognitivo moderado; una puntuación entre 0-10 significaría deterioro cognitivo grave.

Si en esta prueba no se indica ningún tipo de deterioro, se procederá a pasar los siguientes instrumentos evaluativos:

La Escala de Autoestima (RSES) de Rosenberg (1965) pretende medir la valía personal y la satisfacción que la persona posee de sí misma. Esta prueba, que se rige por una escala Likert, está constituida por diez ítems; cinco ítems formulados de forma positiva y los otros cinco de forma negativa. Tras la suma de las puntuaciones y la inversión de los ítems negativos, se correspondería con una autoestima baja aquellos que puntúen entre 0-25, se trataría de una autoestima dentro de los parámetros de la normalidad si la puntuación fuera entre 26-29, mientras que tendrá lugar una autoestima buena cuando se obtenga una puntuación entre 30-40.

La Escala Breve de Resiliencia (BRCS) desarrollada por Sinclair y Wallston (2004) que pretende evaluar la capacidad de adaptarse al estrés de manera adaptativa. La BRCS mide aspectos como el optimismo, la perseverancia, la creatividad y el crecimiento positivo. Esta prueba está conformada por cuatro preguntas que presenta un formato de respuesta tipo Likert de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), siendo la puntuación total de 20 puntos. Las puntuaciones inferiores a 13 reflejan una baja resiliencia, mientras que aquellos que obtienen una puntuación superior a 17 presentan una elevada capacidad de adaptación a cualquier circunstancia.

El Índice de Satisfacción Vital (LSI-A) de Neugarten, Havighurst y Tobin (1961) que mide el bienestar subjetivo del individuo. Está constituido por cinco dimensiones: entusiasmo, resolución y fortaleza, congruencia entre metas deseadas y alcanzadas, autoconcepto positivo, y tono emocional. Esta prueba está constituida por 20 ítems, los cuales se responden si se está de acuerdo, si no se está seguro, o si se está en desacuerdo. Las respuestas se codifican de forma sumatoria, siendo el método de puntuación el siguiente: una puntuación de 2 para aquellas respuestas positivas, una puntuación de 0 para las negativas, y una puntuación de 1 para las “no

sabe o no contesta”. La puntuación oscila entre 0 y 36, las puntuaciones más elevadas corresponden a una mayor satisfacción de vida.

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) fue desarrollada por Radloff (1977), y se trata de un instrumento que permite evaluar la sintomatología depresiva que presente el individuo en los últimos siete días. Los cuatro factores de los que se constituye esta prueba son afecto negativo, afecto positivo, síntomas somáticos y retardo motor, y problemas interpersonales. La CES-D presenta 20 ítems, y se constituye por una escala Likert que oscila entre 1 (ninguna vez) a 4 (muchas veces). Una puntuación igual o superior a 16 indicaría la presencia de sintomatología depresiva.

La Escala de Desesperanza de Beck (BHS) de Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974) se trata de un cuestionario que valora la actitud que una persona presenta ante su bienestar y sus expectativas futuras, y permite predecir posibles conductas suicidas. Está constituida por factores afectivos, motivacionales y cognitivos. La Escala de Desesperanza está constituido por 20 ítems de respuestas dicotómicas, puntuando 1 o 0 en función de las respuestas que el individuo marque en la realización de la prueba. Cabe destacar que, para una elevada validez, hay ítems invertidos. Según la puntuación obtenida en la BHS se podrá indicar que el individuo se encuentra en una situación de normalidad (0-3 puntos), de leve desesperanza (4-8 puntos), de moderada desesperanzada (9-14 puntos), o de severa desesperanza (15-20 puntos).

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) de Henry y Crawford (2005) se trata de un cuestionario que pretende evaluar los factores de depresión, ansiedad y estrés. Esta prueba está constituida por 42 ítems, donde las tres escalas presentan 14 ítems cada uno. La escala de depresión evalúa disforia, desesperanza, desvalorización de la vida, autodesaprobación, falta de implicación, anhedonia e inacción. La escala de ansiedad mide la activación autónoma, los efectos musculares esqueléticos, la ansiedad situacional y la experiencia subjetiva de ansiedad. En cuanto a la escala de estrés evalúa la dificultad de relajarse, la activación nerviosa, la agitación, la irritabilidad y la impaciencia. Para la corrección de esta prueba se sumarán los resultados de los ítems correspondientes, obteniendo tres puntuaciones, y cuya puntuación total oscilará entre 0-42.

La Entrevista de Apoyo Social de Manheim (MISS) de Veiel (1990) se trata de una entrevista estructurada que permite recopilar información sobre la red de apoyo personal. Esta prueba tiene en cuenta los diferentes tipos de apoyo y sus funciones, así pues, se puede identificar

las siguientes categorías de apoyo: apoyo psicológico cotidiano (APCo); apoyo psicológico en crisis (APCr); apoyo instrumental cotidiano (AICo), y apoyo instrumental en crisis (AICr). Esta entrevista se compone de 22 preguntas, algunas de ellas abiertas, y otras en tipo Likert. Además, está constituida por tres apartados. El primero, conformado por 12 ítems, hace referencia a aquellas personas que actualmente están proporcionando apoyo social psicológico o instrumental. El segundo apartado, formado por 7 ítems, se proporciona información descriptiva y evaluativa sobre las personas mencionadas en los anteriores ítems. En el tercer apartado, se evalúa la predisposición de búsqueda y recepción de apoyo social.

Para la evaluación de la calidad de vida, se les administrará una escala de valoración analógica que ofrece un valor numérico a la percepción que presenta el individuo de su bienestar. Esta escala estará compuesta por una línea de 10 cm, en cuyo rango superior indicará “excelente nivel de calidad de vida”, y en el rango inferior “ausencia de calidad de vida”. Esta prueba ofrece una mayor precisión en la calificación de la calidad de vida.

Aquellas personas que presenten mayores puntuaciones significativas en los instrumentos mencionados, serán seleccionadas para participar en el programa de intervención.

3. CONCLUSIÓN

La mejora de la calidad de vida está ocasionando que el incremento de la esperanza de vida sea cada vez mayor. Las personas mayores están alcanzando edades que, años anteriores, eran impensables. No obstante, apenas se presta la atención que requiere esta población. Es elevado el número de personas que cometen conductas suicidas, especialmente personas de avanzada edad. El aislamiento, la soledad y encontrarse en situación de dependencia son algunos de los factores que más están desencadenando este problema, que, desgraciadamente, debido a la escasa importancia que se les presta a los acontecimientos que ocurren en esta última etapa de la vida, estas situaciones se agravan mucho más.

Asimismo, que la soledad sea considerada por muchos como un aspecto usual que caracterice a esta etapa, se trata de una situación alarmante. El bienestar psicológico apenas tiene visibilidad. Es por ello que, tras la cuantiosa información recabada y los incontables casos de desamparo, se decidió llevar a cabo un programa de intervención ante el riesgo de cometer conductas suicidas, especializado en la tercera edad.

En el programa participarán personas mayores con vivencias y circunstancias completamente distintas, pero con una cosa en común: el elevado riesgo de cometer conductas suicidas. Por lo tanto, con el desarrollo del programa, se pretende alcanzar que las personas mayores se retroalimenten a través de las experiencias del grupo, sean capaces de vislumbrar otras perspectivas y, sobre todo, establezcan y consoliden lazos fuertes de amistad, que les ofrezca la posibilidad de refugiarse ante situaciones de complejidad.

En cuanto al contenido del programa, se pretende ofrecer información acerca de la situación a la que se ven sometidos y las consecuencias psicológicas que el riesgo de cometer conductas suicidas posee para su salud. Esto permitirá comprender con mayor profundidad sus emociones, sus pensamientos y cómo pueden influir en sus actos. Trabajar estrategias de afrontamiento les permitirá adquirir y desarrollar pequeñas herramientas que les podrán resultar útiles en su día a día, para reducir y suprimir cualquier malestar. Las actividades agradables también juegan un papel fundamental en el programa, ya que, en esta etapa de cambios sustanciales, y de extensos periodos de inactividad, resulta muy placentero dedicar tiempo para uno mismo, sobre todo cuando se trata de actividades de carácter lúdico y recreativo. Las actividades agradables ofrecen la posibilidad de paliar cualquier sintomatología depresiva. Así pues, también se pretende fomentar la autoestima para que las personas mayores se acepten y comiencen a valorarse de nuevo por lo que son y por lo que han vivido. Además, uno de los aspectos fundamentales del programa será fortalecer la identidad del mayor, ya que, en este periodo de vida, la identidad puede verse debilitada, y es relevante trabajar por medio del recuerdo para recordar todo aquello que vivieron y que ha conformado quienes son ahora. Trabajar las habilidades sociales y crear una red de apoyo permitirá a las personas mayores relacionarse de manera asertiva y tener presente aquellas personas de su entorno con las que puede contar.

Este programa de intervención dirigido a personas mayores con riesgo de suicidio ofrece una formación teórico-práctica bastante completa, ya que los diferentes aspectos que aborda son de carácter transversal. Esto permitirá que aquellos conceptos más relevantes del programa se trabajen y consoliden mucho más, con la finalidad de velar por el bienestar y la seguridad de cualquier persona mayor.

A pesar de que este programa no puede ser ofrecido para personas mayores que presentan algún grado de deterioro en las funciones cognitivas, debido a la complejidad que

podría suponer para ellos asistir diariamente al programa, comprender y realizar las tareas que semanalmente se proponen, este programa se caracteriza por la posibilidad de ser implantado en diferentes centros de carácter sociosanitario, adaptarse perfectamente a las necesidades de la población mayor, y de ofrecer la posibilidad de completar el programa con intervención individualizada. Del mismo modo, el uso de diversas herramientas de evaluación al inicio y al final del programa permitirá demostrar la eficacia y el funcionamiento de éste, y así, dar a conocer a otras instituciones el desarrollo del programa para una posterior implantación, recaudar fondos que podrán ser invertidos en la mejora y en la potenciación del programa, y a su vez, alcanzar un mayor grado de implicación y compromiso por parte de los participantes.

En definitiva, y aunque es algo que no ocurre, este programa no debería ser sino uno entre miles de aquellos que buscan lograr una mejoría en la vida de las personas mayores, especialmente de aquellas que se encuentran en situación de mayor desamparo. Es, por lo tanto, imprescindible que la sociedad se conciencie sobre esta realidad que día a día va afectando a los mayores, y más teniendo en cuenta el aumento en el envejecimiento demográfico de la población.

4. REFERENCIAS

- Acosta, C., y García, R. (2011). Ansiedad y Depresión en Adultos Mayores. *Revista de Psicología y Salud*, 17(2), 291-300.
- Almeida, O.P., Draper, B., Snowdon, J., Lautenschlager, N.T., Pirkis, J., Byrne, G., ... & Pfaff, J.J. (2012). Factors associated with suicidal thoughts in a large community study of older adults. *The British Journal of Psychiatry*, 201(6), 466–72.
- American Psychiatric Association. (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*, 160(11 Suppl), 1-60.
- Arango Bermúdez, R. A., y Martínez Torres, J. J. (2012). Comprensión del suicidio desde la perspectiva del psicoanálisis de orientación lacaniana. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 60-82.

- Beck, A. X., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 861-865.
- Benton, T., Staab, J., & Evans, D. L. (2007). Medical co-morbidity in depressive disorders. *Annals of Clinical Psychiatry, 19*(4), 289-303.
- Bernard, C. (2005). *Introducción al Estudio de la Medicina Experimental*. Barcelona: Crítica.
- Blasco-Fontecilla, H., Baca-García, E., Duberstein, P., Pérez-Rodríguez, M., Dervic, K., Saiz-Ruiz, J., ... & Oquendo, M.A. (2010). An exploratory study of the relationship between diverse life events and personality disorders in a sample of suicide attempters. *Journal of Personality Disorders, 24*, 773-784.
- Bobes, J., Giner, J., y Saiz, J. (2011). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Triacastela.
- Conwell, Y., Turvey, C., Jones, M. P., Pbillins, C., Simonsick, E., Pearson, J.L., & Wallace, R. (2002). Risk factors for later-life suicide: a prospective community based study. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 10*, 398-406.
- Ferreya, L. E. (2017). Suicidios y Freud: Conceptualizaciones Sobre El Suicidio en Ensayos Freudianos. *Revistas de la Universidad Nacional de Córdoba. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, 3*(2), 488-506.
- De Leo, D., Dello Buono, M., Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *Br J Psychiatry, 181*, 226-229.
- Dolder, C., Nelson, M., & Stump, A. (2010). Pharmacological and Clinical Profile of Newer Antidepressants: Implications for the Treatment of Elderly Patients. *Drugs & Aging, 27*(8), 625-640.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica, 33*(2), 117-126.

- Grupo de Trabajo. (2011). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Heisel, M.J., & Flett, G.L. (2004). Purpose in Life, satisfaction with life, and suicide ideation in a clinical sample. *Journal Psychopathology Behavioral Assessment*, 26, 127–135.
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*, 44(2), 227-239.
- Huang, L. B., Tsai, Y. F., Liu, C. Y., & Chen, C. J. (2016). Influencing and protective factors of suicidal ideation among older adults. *Journal of Mental Health Nursing*, 26(2), 191-199.
- Huerta Ramírez, R. (2015). *Conducta suicida en población general adulta española: un estudio epidemiológico*. (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid).
- Instituto Nacional de Estadística. (2017). *Tasa de suicidios por edad y sexo por 1000.000 habitantes de cada grupo*.
- Lee, S. H., Tsai, Y. F., Chen, C. Y., & Huang, L. B. (2014). Triggers of suicide ideation and protective factors of actually executing suicide among first onset cases in older psychiatric outpatients: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 14, 269.
- Lobo, A., Saz, P., y Marcos, G. (2002). *Adaptación del Examen Cognoscitivo Mini-Metal*. Madrid: Tea Ediciones.
- Malfent, D., Wondrak, T., Kapusta, N. D., & Sonneck, G. (2009). Suicidal ideation and its correlates among elderly in residential care homes. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 843-849.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautris, A., Currier, D., & Haas, A. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*, 294, 2064-2074.
- Mezuk, B., Rock, A., Lohman, M., & Choi, M. (2014). Suicide risk in long-term care facilities: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 29(12), 1198-1211.

- Moreno Toledo, A. (2011). El suicidio en el anciano institucionalizado. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(2), 162-168.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S. (1961). The measurement of Life Satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- Olivares Díez, J.M., y Pinal Fernández B. (2009). Manejo terapéutico en urgencias psiquiátricas. En T. Palomo y M.A, Jiménez-Arriero (ed.). *Manual de Psiquiatría*. (p. 661-672). Madrid: Ene Life Publicidad S.A.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Historia de la OMS*.
- Pérez Barrero, S.A. (2012). Factores de riesgo suicida en el anciano. *Ciência y Saúde Coletiva*, 17, 2011-2016.
- Pérez Martínez, V., y Arcia Chávez, N. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(3).
- Price, B. (2015). Approaches to counter loneliness and social isolation. *Nursing Older People*, 27(7), 31-39.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Reyes Guibert, W. (2000). *El suicidio: un tema complejo e íntimo*. La Habana: Editorial Científico Técnica.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and commitment therapy. Measures package*, 61, 52.
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The Development and Psychometric Evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94-101.
- Urbina T, J. R., Flores M, J. M., García S, M. P., Torres B, L., y Torrubias F, R. M. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores: prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, 21(1), 37-42.

- Värnik, P. (2012). Suicide in the World. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 760-771.
- Veiel, H. O. F. (1990). The Mannheim interview on social support. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(5), 250-259.
- Velásquez Suarez, J. M. (2013). Suicidio en el anciano. *Revista colombiana de psiquiatría*, 43(1), 80-84.
- Waern, M., Rubenowitz, E., & Wilhelmson, K. (2003). Predictors of Suicide in the Old Elderly. *Gerontology*, 49, 328–334.
- WHO. (2014). *Preventing suicide. A global imperative*. Geneva: World Health Organization.

5. ANEXOS

Anexo A: Consentimiento informado para las personas mayores

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Yo _____ con DNI _____, estoy al tanto acerca del “Programa de Intervención para Prevenir la Conducta Suicida en Personas Mayores” y autorizo mi participación al mismo durante los meses de febrero a julio, haciéndome responsable y colaborando activamente a lo largo del programa.

_____, _____ de _____

Firma

Anexo B: Instrumentos de evaluación

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (M.E.C)

ORIENTACIÓN

Dígame:

Año _____ Mes _____ Día de la semana _____ Día del mes _____
.....(5)

Dígame:

País donde estamos: _____ Provincia: _____ Ciudad: _____ Lugar
actual: _____ Piso: _____(5)

FIJACIÓN

Repita estas tres palabras: Peseta-Caballo-Manzana(3)

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

Si tienes 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?(5)

MEMORIA

Recuerda las tres palabras que le he dicho antes(3)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? Hacer lo mismo con el reloj(2)

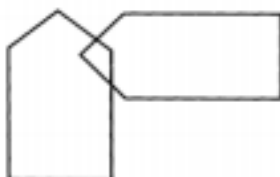
Repita esta frase: En un trigal habían 5 perros(1)

Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa(3)

Lee esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS(1)

Escriba una frase(1)

Copie este dibujo(1)



Puntuación total (máx. 30) _____

Escala de Autoestima Rosenberg - RSES

A continuación, encontrará una serie de frases, señale hasta qué punto está de acuerdo, utilizando la siguiente escala.

1= muy en desacuerdo; 2= en desacuerdo; 3= de acuerdo; 4= muy de acuerdo

1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.	1	2	3	4
2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.	1	2	3	4
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.	1	2	3	4
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.	1	2	3	4
5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.	1	2	3	4
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.	1	2	3	4
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.	1	2	3	4
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.	1	2	3	4
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.	1	2	3	4
10. A menudo creo que no soy una buena persona.	1	2	3	4

BRCS

¿Hasta qué punto las siguientes afirmaciones describen su manera de reaccionar ante las dificultades? Conteste, en una escala de 1 a 5, marcando 1 si la afirmación no refleja nada una reacción típica en Vd. y 5 cuando la afirmación refleja su forma habitual de responder.

1. Busco formas creativas de enfrentarme a las situaciones difíciles

1 2 3 4 5

2. No importa lo que me ocurra, confío en que puedo controlar mi reacción

1 2 3 4 5

3. Creo que puedo aprender cosas positivas cuando afronto situaciones difíciles

1 2 3 4 5

4. Busco de forma activa la forma de reemplazar las pérdidas que encuentro en la vida

1 2 3 4 5

LSI-A

Aquí hay algunas cuestiones de la vida en general, sobre las cuales la gente opina de modo diferente. Usted lo que tiene que hacer es decir cuál es su opinión, indicando A si está de acuerdo, ¿? Si no está seguro y D si está en desacuerdo.

1. A medida que envejezco, las cosas parecen mejores de lo que yo creía que serían.	A	¿?	D
2. He recibido más ayuda en la vida que la mayoría de las personas que conozco.	A	¿?	D
3. Esta es la peor época de mi vida.	A	¿?	D
4. Soy igual de feliz que cuando era joven.	A	¿?	D
5. Mi vida podría ser más feliz de lo que es ahora.	A	¿?	D
6. Estos son los mejores años de mi vida.	A	¿?	D
7. La mayoría de las cosas que hago son aburridas monótonas.	A	¿?	D
8. Espero que en el futuro me ocurran algunas cosas interesantes y agradables.	A	¿?	D
9. Las cosas que hago me parecen tan interesantes como antes.	A	¿?	D
10. Me siento viejo/a y algo cansado/a.	A	¿?	D
11. Me siento de la edad que tengo, pero no me preocupa.	A	¿?	D
12. Si miro hacia atrás en mi vida me siento bastante satisfecho/a.	A	¿?	D
13. No cambiaría ninguna parte de mi vida pasada, incluso si pudiera.	A	¿?	D
14. En comparación con otras personas de mi edad, he tomado muchas decisiones erróneas en mi vida.	A	¿?	D
15. En comparación con otras personas de mi edad, tengo buen aspecto.	A	¿?	D
16. He hecho planes acerca de las cosas que haré dentro de un mes o un año.	A	¿?	D
17. Si repaso en mi vida, no he conseguido la mayor parte de las cosas importantes que deseaba.	A	¿?	D
18. En comparación con otras personas, me hundo con demasiada frecuencia.	A	¿?	D
19. He alcanzado muchas cosas que deseaba en esta vida.	A	¿?	D
20. A pesar de lo que se dice, la mayoría de la gente está cambiando a peor, no a mejor.	A	¿?	D

Escala Center Epidemiological Studies (CES-D)

Para cada uno de los siguientes enunciados, elija la casilla que mejor describa CÓMO SE SENTÍA LA SEMANA PASADA (Señale con una CRUZ):

	NINGUNA VEZ	POCAS VECES	BASTANTES VECES	MUCHAS VECES
1. Me molestaron cosas que normalmente no me molestan				
2. No tenía hambre, no me apetecía comer				
3. Me sentía triste y descorazonado, a pesar de la ayuda de mi familia y mis amigos				
4. Me sentía tan válido y útil como cualquiera				
5. Tenía dificultad para concentrarme				
6. Me sentía deprimido				
7. Para hacer cualquier cosa, tenía que hacer un gran esfuerzo				
8. Me sentía con esperanza respecto al futuro				
9. Pensaba que mi vida había sido un fracaso				
10. Me sentía atemorizado				
11. No me sentía descansado después de haber dormido				
12. Me sentía feliz				
13. Hablaba menos de lo habitual				
14. Me sentía solo				
15. La gente no era amable				
16. Disfrutaba de la vida				
17. Hubo ratos en que lloré				
18. Me sentía triste				
19. Sentía que no le agradaba a la gente				
20. Me encontraba sin fuerzas para hacer nada				
Puntuación ≥ 16 Sintomatología depresiva (mayor puntuación más depresiva) Puntuación:				

BECK HOPLESSNESS SCALE (BHS)

Por favor, lea las frases atentamente (de una en una). Si la frase describe su estado/actitud durante la semana pasada, incluyendo hoy, marque el círculo que contiene “V”, y que significa VERDADERO en la columna próxima a la frase. Si la frase no describe su estado, marque el círculo con la “F”, que significa FALSO.

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.	V	F
2. Podría abandonar o rendirme porque no puedo hacer nada para que las cosas mejoren para mí.	V	F
3. Cuando las cosas van mal, me consuela saber que no será así para siempre.	V	F
4. No puedo imaginar que mi vida será así dentro de 10 años.	V	F
5. Tengo suficiente tiempo para hacer las cosas que quiero.	V	F
6. En el futuro, espero tener éxito en todo lo que a mí se refiere.	V	F
7. Mi futuro lo veo negro.	V	F
8. Espero tener suerte y conseguir buenas cosas en la vida más que seguir siendo una persona mediocre.	V	F
9. No puedo tomarme ahora un descanso, pero no hay razón para que no lo haga en el futuro.	V	F
10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro.	V	F
11. Todo lo que puedo ver ante mí son cosas desagradables más que agradables.	V	F
12. No espero conseguir aquello que realmente quiero.	V	F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero ser más feliz de lo que soy ahora.	V	F
14. Las cosas no funcionan como yo quisiera que funcionaran.	V	F
15. Tengo mucha fe en el futuro.	V	F
16. Nunca consigo lo que quiero, por lo tanto es ridículo querer nada.	V	F
17. Es muy poco probable que llegue a tener alguna satisfacción en el futuro.	V	F
18. El futuro me parece vago e incierto.	V	F
19. Puedo esperar más buenos tiempos que malos tiempos.	V	F
20. Realmente no es útil intentar conseguir algo que deseo porque probablemente no lo conseguiré.	V	F

DASS

Por favor, lea cada una de las siguientes frases y señale el número 0, 1, 2 o 3 que mejor indique en qué medida cada frase ha sido aplicable a usted durante los últimos 7 días. No hay respuestas correctas ni incorrectas. No emplee mucho tiempo en cada frase.

La escala de valoración es como sigue: 0 = Nada aplicable a mí; 1 = Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo; 2 = Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo; 3 = Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo.

1. Me he alterado por cosas poco o nada importantes	0	1	2	3
2. He notado la boca seca	0	1	2	3
3. No he podido sentir ninguna emoción positiva	0	1	2	3
4. He tenido dificultades para respirar (p.ej., respiración excesivamente rápida, falta de aliento sin haber hecho esfuerzo físico)	0	1	2	3
5. No he podido empezar a hacer nada	0	1	2	3
6. He tendido a reaccionar exageradamente ante las situaciones	0	1	2	3
7. He tenido sensación de inestabilidad (p.ej., como si las piernas fueran a dejar de sostenerme)	0	1	2	3
8. Me ha resultado difícil relajarme	0	1	2	3
9. Me he encontrado en situaciones que me pusieron tan ansioso/a que me sentí muy aliviado/a cuando terminaron	0	1	2	3
10. He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11. Me he alterado con bastante facilidad	0	1	2	3
12. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
13. Me he sentido triste y deprimido/a	0	1	2	3
14. Me he sentido impaciente cuando cualquier cosa me retrasaba (p.ej., ascensores, semáforos, que algo o alguien me hiciera esperar)	0	1	2	3
15. He tenido sensación de desmayo	0	1	2	3
16. He sentido que había perdido el interés por casi todo	0	1	2	3
17. He sentido que no valía mucho como persona	0	1	2	3
18. He tendido a sentirme enfadado/a con facilidad	0	1	2	3

19. He sudado notablemente (p.ej., manos sudorosas) sin que hubiera altas temperaturas o esfuerzo físico	0	1	2	3
20. Me he sentido asustado/a sin una razón de peso	0	1	2	3
21. He sentido que la vida no valía la pena	0	1	2	3
22. Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
23. He tenido dificultades para tragar	0	1	2	3
24. No he podido disfrutar de las cosas que hacía	0	1	2	3
25. He notado mi corazón sin hacer esfuerzo físico (p.ej., aumento del ritmo cardíaco, ausencia de algún latido)	0	1	2	3
26. Me he sentido desanimado/a y triste	0	1	2	3
27. Me he sentido muy irritable	0	1	2	3
28. He sentido que estaba al borde del pánico	0	1	2	3
29. Me ha resultado difícil calmarme después de que algo me alterara	0	1	2	3
30. He tenido miedo de no poder desenvolverme con alguna tarea sencilla, pero no familiar	0	1	2	3
31. He sido incapaz de entusiasarme por nada	0	1	2	3
32. Me ha resultado difícil soportar interrupciones en lo que estaba haciendo	0	1	2	3
33. Me he encontrado muy nervioso/a	0	1	2	3
34. Me he sentido bastante inútil	0	1	2	3
35. No he tolerado nada que me impidiera seguir con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
36. Me he sentido aterrado/a	0	1	2	3
37. No he podido ver nada en el futuro en lo que tener esperanza	0	1	2	3
38. He sentido que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3
39. Me he sentido agitado/a	0	1	2	3
40. He estado preocupado/a por situaciones en las que pudiera ser presa del pánico y hacer el ridículo	0	1	2	3
41. He tenido temblores (p.ej., en las manos)	0	1	2	3
42. Me ha resultado difícil tener iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3

Entrevista Manheim de Apoyo Social

Sexo: () Hombre () Mujer

Edad:

Estado Civil: () Casado () Soltero () Viudo () Separado/Divorciado

Estudios: () Sin estudios () Primarios () Medios () Universitarios

Nº de hijos:

APOYO PSICOLÓGICO COTIDIANO

A1 ¿Con quién le gusta hacer cosas como, por ejemplo, salir a tomar un café, ir al cine, dar un paseo, pasar un rato jugando a las cartas o cosas de ese tipo?

A1 ¿Le gustaría hacer más a menudo este tipo de cosas con éstas u otras personas?

b

1. Algo más 2. Mucho más 3. Está bien así 4. Me da igual 5. No sé

A2 ¿Con quién le gusta charlar y comentar temas de su interés (ideas, cosas cotidianas, etc.?)

A2 ¿Querría charlar más frecuentemente con estas personas?

b

1. Algo más 2. Mucho más 3. Está bien así 4. Me da igual 5. No sé

A3 En los últimos 6 meses ¿qué familiares o amigos le han contado problemas personales importantes pidiéndole su opinión o consejo para tomar una decisión importante?

A3 ¿Desearía que sus amigos o familiares le confiarán sus problemas y/o le pidieran

b consejo más a menudo?

1. Algo más 2. Mucho más 3. Está bien así 4. Me da igual 5. No sé

A4 En el último mes ¿qué personas, familiares o amigos, le han pedido que salga con ellos para ir al cine, a dar un paseo, tomar un café o cosas similares?

A4 ¿Le gustaría que se lo pidieran más a menudo?

b

1. Algo más 2. Mucho más 3. Está bien así 4. Me da igual 5. No sé

APOYO INSTRUMENTAL COTIDIANO

B1 Si tuviera que pedir a alguien un pequeño favor como, por ejemplo, que le ayuden a arreglar alguna cosa, le presten algo o le hagan un recado ¿a quién se lo pediría?

B1 ¿Le gustaría contar con más personas a quien recurrir para esos pequeños favores?

b

1. Algo más 2. Mucho más 3. Está bien así 4. Me da igual 5. No sé
-

APOYO INSTRUMENTAL EN CRISIS

C1 Imagínese que se encuentra con grandes dificultades económicas y necesita repentinamente una cantidad importante de dinero (la mitad de lo que gana en un año) ¿A quién se lo pediría prestado? (se supone que el banco no le concede un préstamo)

C1 ¿Le gustaría tener más ayuda en este tipo de situaciones?

b

1. Algo más 2. Mucho más 3. Está bien así 4. Me da igual 5. No sé
-

C2 Suponga que cae enfermo y tiene que permanecer en cama durante una semana ¿qué personas, familiares o amigos, podrían cuidarle?

C2 ¿Le gustaría tener más ayuda en este tipo de situaciones?

b

1. Algo más 2. Mucho más 3. Está bien así 4. Me da igual 5. No sé
-

C3 Imagínese una situación de despido, negación de una pensión, derrumbe de su casa. Dado que las consecuencias son graves para usted, debe hacer algo para impedirlo ¿A qué personas conoce usted que sepan de estos temas (administrativos y legales) y que puedan aconsejarle u orientarle?

C3 En este tipo de situaciones ¿Le gustaría conocer a más personas que le orientarán?

b

1. Algo más 2. Mucho más 3. Está bien así 4. Me da igual 5. No sé
-

C4 Si tuviera que tomar una decisión personal muy importante (pedir un préstamo, decidir sus estudios o empleo, comprar una vivienda) ¿Con quién lo discutiría seriamente, para que le aconsejara, antes de tomar la decisión?

C4 En este tipo de situaciones ¿Le gustaría conocer a más personas que le aconsejarán?

b

1. Algo más 2. Mucho más 3. Está bien así 4. Me da igual 5. No sé
-

APOYO PSICOLÓGICO EN CRISIS

D1 Si algún familiar o amigo suyo estuviese muy grave o hubiera muerto y usted necesitara desahogarse con alguien que le comprendiera ¿A quién recurriría?

D1 ¿Le gustaría contar con más personas con las que desahogarse y comunicar sus sentimientos y preocupaciones en este tipo de situaciones?

1. Algo más 2. Mucho más 3. Está bien así 4. Me da igual 5. No sé
-

D2 Imagínese que ha fracasado en un aspecto muy importante de su vida, en algún aspecto que siempre ha significado mucho para usted y del que está orgulloso (matrimonio, trabajo, estudios) ¿En quién podría confiar plenamente? (sabiendo que le va a atender y apoyar sin reservas)

D2 ¿Le gustaría contar con más personas en las que confiar en una situación así?

b

1. Algo más 2. Mucho más 3. Está bien así 4. Me da igual 5. No sé
-

D3 Algunas veces todo va mal y uno se siente decaído, desanimado, sin confianza en uno mismo. En estas situaciones ¿quién consigue que usted se anime y recupere la confianza en usted mismo y en sus capacidades?

D3 ¿Le gustaría poder conseguir más ayuda en una situación así?

b

1. Algo más 2. Mucho más 3. Está bien así 4. Me da igual 5. No sé
-

En relación a cada una de las personas mencionadas preguntar:

E1 ¿Qué parentesco o relación tiene con él/ella?

E2 ¿Qué edad tiene aproximadamente?

E2 ¿Cuántos años hace que la conoce?

b

E3 ¿Vive cerca o lejos de usted?

- | | | | | |
|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|
| 1. Mismo edificio | 2. Mismo barrio | 3. Misma ciudad | 4. Misma región | 5. Más lejos |
|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|
-

E4 ¿Con qué frecuencia habla con él/ella? (aunque sea por teléfono)

- | | | | |
|----------------|----------------------------|---------------------------|------------------------|
| 1. Diariamente | 2. Dos-tres veces semana | 3. Una vez sem. | 4. Una vez cada 2 sem. |
| 5. Una vez mes | 6. Una vez cada tres meses | 7. Una vez al año o menos | |
-

E5 ¿La considera una persona importante en su vida o no es tan importante para usted?

1. Importante

2. No muy importante

3. No sé

E6 Se siente satisfecho de cómo es su relación o más bien se siente insatisfecho?

1. Satisfecho

2. insatisfecho

3. No sé

Pregunta	Persona 1	Persona 2	Persona 3
E1			
E2			
E2b			
E3			
E4			
E5			
E6			

F1 De todos sus amigos y familiares ¿quiénes son realmente importantes para usted?

G1 “Si las cosas se ponen realmente mal, uno sólo puede confiar en uno mismo”.
¿Estaría de acuerdo con esto?

1. Totalmente de
acuerdo

2. De
acuerdo

3. En
desacuerdo

4. Totalmente
desacuerdo

H1 ¿Tiende a pedir ayuda a los demás sólo cuando ya no le queda más remedio, cuando le resulta imposible solucionarlo por usted mismo?

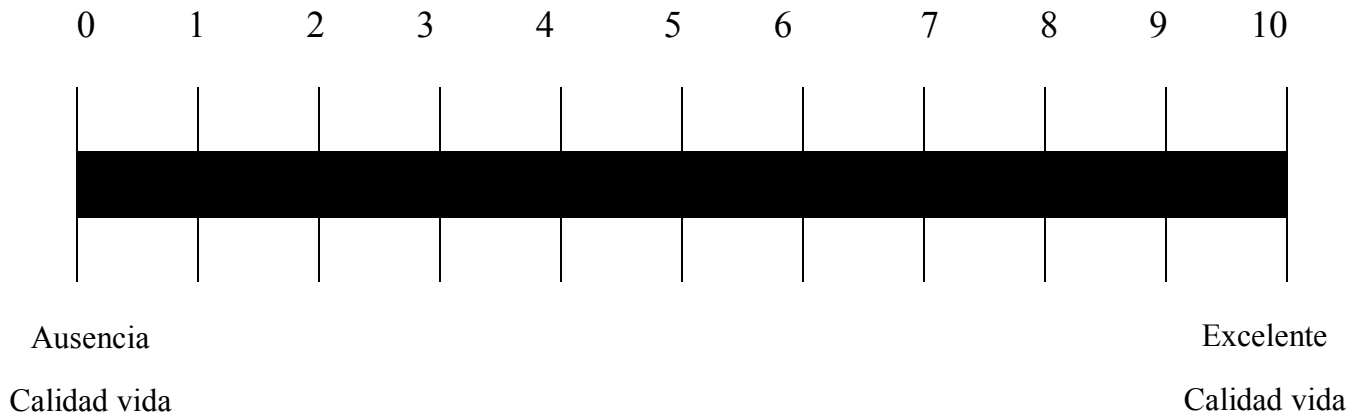
1. Verdad

2. Más bien verdad

3. Más bien falso

4. Falso

Escala de Valoración Analógica para evaluar la calidad de vida



Anexo C: Registro experiencia emocional

Situación	¿Qué siento? Fisiológico	¿Qué pienso? Cognitivo	¿Cómo me comporto? Conductual
Es la primera vez que voy a CEAM, participo en una actividad, pero no entiendo la explicación. Lo hago mal.	Ansiedad Tristeza	Soy un desastre. Los demás se habrán dado cuenta. Habré hecho el ridículo.	No vuelvo más al centro.
Estoy en casa y me doy cuenta de que hace tiempo que no veo a mis amistades.	Tristeza	Nadie se acuerda de mí, ya no soy importante, me quiero morir.	No salgo de casa.

Anexo D: Actividad “La imagen ambigua”



- ¿Qué interpretaciones podrías deducir de la siguiente fotografía?

- ¿En qué aspectos te has fijado para cada una de las interpretaciones?

- ¿Qué emociones experimentarían los personajes en cada una de las interpretaciones?

Anexo E: Registro interpretación alternativa

Situación	Pensamiento	Emoción	Interpretación alternativa
<p>Voy por la calle cargado con la compra. Tengo que subirla a casa. Vivo en un quinto piso sin ascensor.</p>	<p>Estoy solo, nadie se acuerda de mí, podría desaparecer y nadie se daría cuenta.</p>	<p>Tristeza</p>	<p>Sí hay gente que se preocupa por mí. Con frecuencia hablo con algunos vecinos del barrio y paso un buen rato con ellos. Además, si le pido ayuda a mi vecino para subir la compra es probable que me ayude, otras veces lo ha hecho, e incluso muchas veces él mismo se ha ofrecido.</p>
<p>Estoy en casa y voy en silla de ruedas. Necesito ayuda para coger un bote que está en la despensa.</p>	<p>Siempre estoy igual, no puedo hacer nada por mí mismo, vaya desastre, no sirvo para nada.</p>	<p>Tristeza</p>	<p>Es probable que necesite ayuda para determinadas tareas porque voy en silla de ruedas, pero eso no significa que no pueda hacer nada por mí misma. Soy capaz de seguir haciendo otras actividades por mí misma, sobre todo aquellas que más me gustan, y esto me hace sentir bien.</p>

Anexo F: Motivación de cambio

	Beneficios	Costes
Cambios		
No cambios		

Anexo G: Tabla actividades agradables

NOMBRE:	DOMINGO					
	SÁBADO					
	VIERNES					
	JUEVES					
	MIÉRCOLES					
	MARTES					
	LUNES					

Anexo H: Técnicas de relajación

Técnica de respiración profunda

1. Acomódese en un asiento que le permita tener la espalda erguida.
2. Saque pecho y relaje los hombros.
3. Coloque la mano sobre el pecho y la otra sobre el abdomen.
4. Inspire lenta y profundamente durante aproximadamente cinco segundos.
5. Debe percibir que la mano que se encuentra sobre el abdomen es la que más se eleva.
6. Reten el aire durante aproximadamente cinco segundos.
7. Exhale el aire lentamente.

Técnica de relajación muscular progresiva

Pautas a seguir para la relajación muscular progresiva:

1. Tense los músculos lo máximo posible.
2. Note la sensación de tensión.
3. Relaje los músculos.
4. Sienta la sensación que se percibe tras relajar los músculos.

Empecemos por la **FRENTE**. Arrugue la frente todo lo que pueda. Note durante unos cinco segundos la tensión que se produce en la misma. Comience a relajarla despacio, notando cómo los músculos se van relajando, y empiece a sentir la agradable sensación de falta de tensión en esos músculos. Relájelos por completo y recréese en la sensación de relajación total durante unos diez segundos como mínimo.

Seguidamente, cierre los **OJOS** fuertemente. Debe sentir la tensión en cada párpado, en los bordes interior y exterior de cada ojo. Poco a poco relaje sus ojos tanto como pueda hasta dejarlos entreabiertos. Note la diferencia entre las sensaciones. Siga con la **NARIZ Y LOS LABIOS**. Arrugue la nariz, relájela. Arrugue los labios, relájelos. Procure que la tensión se mantenga durante unos cinco segundos y la relajación no menos de diez.

Con el **CUELLO** haga lo mismo. Apriete su cuello tanto como pueda y manténgalo tenso. Vaya relajando los músculos lentamente, concentrándose en la diferencia entre tensión y relajación.

Seguidamente, extienda el **BRAZO**, y cierre el puño cuanto pueda y ponga todo el conjunto del brazo lo más rígido posible. Gradualmente vaya bajando el brazo destensándolo. Abra lentamente la mano y deje todo el brazo descansando sobre el muslo. Repítalo con el otro brazo.

Haga exactamente lo mismo con las **PIERNAS**.

Después incline su **ESPALDA** hacia adelante notando la tensión que se produce en la mitad de la espalda. Lleve los codos hacia atrás y tense todos los músculos que pueda. Vuelva a llevar la espalda a su posición original y relaje los brazos sobre los muslos. Vuelva a recrearse en la sensación de relajación durante un tiempo.

Tense fuertemente los músculos del **ESTÓMAGO** y repita las sensaciones de tensión y relajación al distender los músculos.

Proceda de igual forma con los **GLÚTEOS** y los **MUSLOS**.

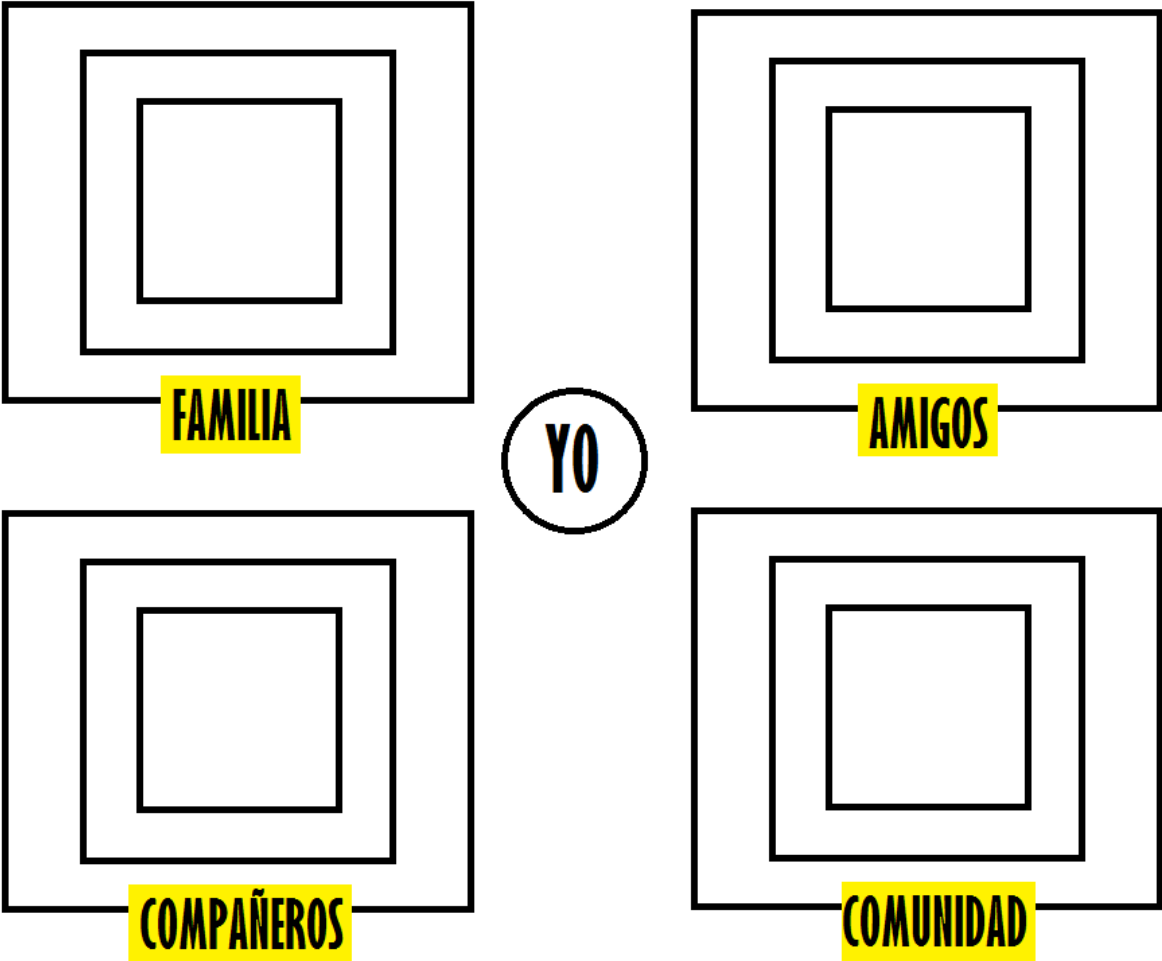
Anexo I: Mis derechos humanos

Mis derechos humanos	
1	Derecho a mantener mi dignidad y respeto comportándome de forma habilidosa o asertiva
2	Derecho a ser tratado con respeto y dignidad
3	Derecho a rechazar peticiones sin sentirme culpable o egoísta
4	Derecho a expresar mis propios sentimientos
5	Derecho a detenerme y pensar antes de actuar
6	Derecho a cambiar de opinión
7	Derecho a pedir lo que quiera, teniendo en cuenta que la otra persona tiene derecho a decirme que no
8	Derecho a hacer todo lo que está dentro de mis capacidades
9	Derecho a ser independiente dentro de mis posibilidades
10	Derecho a decidir qué hacer con mi propio cuerpo, tiempo y propiedad
11	Derecho a pedir información
12	Derecho a pedir ayuda
13	Derecho a dedicar tiempo a mí mismo
14	Derecho a cometer errores y ser responsable de mis actos
15	Derecho a sentirme agusto conmigo mismo
16	Derecho a tener mis propias necesidades, siendo éstas igual de importantes que las de los demás
17	Derecho a tener opiniones y expresarlas
18	Derecho a comportarme siguiendo mis intereses
19	Derecho a hacer lo que quiera, mientras no viole los derechos de otra persona
20	Derecho a estar solo cuando así lo decida
21	Derecho a ser escuchado y a ser tomado en serio
22	Derecho a tener derechos y a defenderlos
Otros derechos relevantes...	
23	
24	
25	

Anexo J: Actividad “Un minuto”

2 turnos sin tirar	Reuerdo de la niñez/juventud	Pierde turno	Bailes	1 casilla hacia atrás	Ciudades
Aficiones	1 MINUTO			3 casillas hacia adelante	3 casillas hacia adelante
3 casillas hacia adelante				Experiencia agradable	2 turnos sin tirar
SALIDA	Volver al punto de salida	Deportes	3 casillas hacia atrás	Familia	

Anexo K: Mi red de apoyo



Anexo L: Contrato

CONTRATO

Yo, _____ de acuerdo con la normativa establecida por el profesional _____, encargado de desarrollar el Programa de Intervención para Prevenir las Conductas Suicidas en Personas Mayores, me comprometo a:

Atte.

Firma del profesional

Firma del participante