

Innovación Educativa y Social en Promoción Familiar de Autonomía Personal en Adultos Mayores: el PCF-U-Auto

Lluc Nevot-Caldentey¹, Carmen Orte², Lluís Ballester y Joan Amer³

Recibido: Marzo 2020 / Evaluado: Abril 2020 / Aceptado: Mayo 2020

Resumen. El objetivo de este estudio fue diseñar y evaluar el 1r pilotaje del Programa de Competencia Familiar Universal Auto (PCF-U-Auto), dirigido a promover la autonomía personal de los adultos mayores con síntomas incipientes o sin síntomas de dependencia en diferentes localidades de Mallorca. El estudio contó con un diseño cuasi-experimental y se centró en tres aspectos: a) medidas de proceso; registros de fidelidad, adherencia e implicación por sesión y participante, b) medidas de cambio sobre las variables que miden la dinámica familiar y las destrezas relacionadas con la promoción de autonomía; evaluación pre-test/pos-test sobre la Escala de Recursos Sociales, Cuestionario de Función Familiar, Cuestionario sobre calidad de vida y la Escala de depresión evaluadas sobre los adultos mayores; y (c) medidas de resultado; niveles de satisfacción de los participantes. Los resultados confirman la validez del Programa de Competencia Familiar Universal Auto como herramienta de prevención familiar de las situaciones de dependencia en la edad adulta.

Palabras clave: autonomía; innovación pedagógica; educación familiar; envejecimiento activo; programas educativos de adultos

[en] Educational and Social Innovation in Family Promotion of Personal Autonomy in Older Adults: the PCF-U-Auto

Abstract. The goal of this study was to design and evaluate the 1st pilot of the Universal Family Competence Program Auto (PCF-U-Auto), aimed at promoting the personal autonomy of older adults without or with incipient symptoms of dependence in different locations in Mallorca. The study had a quasi-experimental design and focused on three aspects: a) process measures; fidelity, adherence and involvement records per session and participant, b) measures of change on the variables that measure family dynamics and skills related to the promotion of autonomy; pre-test / post-test evaluation on the Social Resources Scale, Family Function Questionnaire, Quality of Life Questionnaire and Depression Scale evaluated on older adults; and (c) outcome measures; satisfaction levels of the participants. The results confirm the validity of the Universal Auto Family Competence Program as a tool for family prevention of dependency situations in adulthood.

Keywords: autonomy; pedagogical innovation; family education; active aging; adult education programs

Sumario. 1. Introducción. 2. Método. 3. Resultados. 4. Discusión. 5. Conclusiones. 6. Referencias bibliográficas.

Cómo citar: Nevot-Caldentey, L.; Orte, C.; Ballester, L.; Amer, J. (2021). Innovación Educativa y Social en Promoción Familiar de Autonomía Personal en Adultos Mayores: el PCF-U-Auto. *Revista Complutense de Educación*, 32(1), 127-138.

1. Introducción

En España, aproximadamente el 90% de las personas en situación de dependencia funcional residen en el entorno familiar (Mosquera, Larrañaga, Del Río, Calderón, Machón y García, 2019; Hernández, Fernández, Blanco, Alves, Fernández y Souto, 2019). A largo plazo, los consumidores principales de recursos por situaciones de dependencia no solo son las personas mayores sino también sus cuidadores, a menudo familiares (Rocco y Marc, 2012; Milte et al., 2019).

Para garantizar el bienestar de la familia, no solo se deben considerar las atenciones a la salud de la persona mayor, sino de mantener la estabilidad familiar. Requieren destrezas para afrontar exitosamente las situaciones que

¹ Universitat de les Illes Balears (España)
Email: lluc.nevot@uib.es

² Universitat de les Illes Balears (España)
Email: carmen.orte@uib.es

³ Universitat de les Illes Balears (España)
Email: lluc.nevot@uib.es

alteren la convivencia, las relaciones y los cambios propios del envejecimiento (Masoudi, Alhani, Moghadassi y Ghorbani, 2010; Vaca, 2016; Limón y Chalfoun, 2017).

Los indicadores de envejecimiento de la población española y en concreto, balear, muestran que las personas mayores constituyen un sector importante y creciente de la población (INE, 2018; Bengoa, 2019). La pirámide de población española continúa su proceso de envejecimiento. Según los datos estadísticos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero de 2018 hay 8.908.151 personas mayores, un 19,1% sobre el total de población (46.722.980) (Díaz, Abellán, Aceituno y Ramiro, 2020).

Siguen aumentando tanto en número como en proporción. La edad media de la población, se sitúa en 43,1 años; en 1970 era de 32,7. Sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios; ya representan el 6,1% de toda la población. Los centenarios empiezan a hacerse notar; existen 11.229 empadronados.

Los datos del INE (2018) mostraban como en Baleares había 240 personas mayores de 100 años, de las que 190 eran mujeres. Ha habido un aumento del 60% en el volumen de población centenaria desde 2010. El índice de envejecimiento ha incrementado un 3%, alcanzando en la actualidad (datos noviembre 2019), el 99.70 (% de mayores de 65 por cada 100 menores de 15 años), el máximo histórico (INE 2018; Pérez et al., 2020).

El envejecimiento de la población, el aumento de la esperanza de vida y la mejora de los servicios sanitarios ha derivado en un incremento de la morbilidad vinculada a la cronicidad, la discapacidad y la dependencia. Las enfermedades que eran letales en el siglo XX, ahora son crónicas; hecho que guarda relación con el incremento de personas que desarrollan procesos de dependencia y solicitan su reconocimiento en el estado español (INE, 2020; GOIB, 2020; Palladino, Pennino, Finbarr, Millett y Triassi, 2019).

La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (en adelante LAPAD), como órgano normativo que define las recomendaciones para la promoción de la autonomía personal y las condiciones de acceso al conjunto de servicios y prestaciones gubernamentales previstas por situaciones de dependencia en España, ha destinado la mayor parte de sus esfuerzos a atender a las personas en situación de dependencia.

Se identifica que la parte menos desarrollada de la Ley es la relativa a la implementación de medidas reales de promoción de autonomía. Actualmente, se dispone de sólidos fundamentos que permiten afirmar la necesidad de la promoción de la autonomía:

a) Argumentos conceptuales

- a. Los determinantes sociales de la salud constituyen un enfoque fundamental de la Organización Mundial de la Salud (OMS en adelante) y un área prioritaria del 12.º programa general de trabajo de la OMS 2014-2019 (OMS, 2010).
- b. Los nuevos enfoques psicosociales centrados en el desarrollo activo refieren la necesidad de trabajar bajo criterios de resiliencia, estrategias de afrontamiento, relación social adecuada y sentido de pertenencia desde el enfoque centrado en la persona (del-Pino-Casado, Serrano-Ortega, López-Martínez y Orgeta, 2019).
- c. Los conceptos de envejecimiento activo y de empoderamiento en la vejez, ponen especial énfasis en la necesidad de promover el „aprendizaje permanente“ a partir de la interacción social (Ortega-Tudela, J. y Ortiz, 2015; Kim et al., 2017; Limón y Chalfoun, 2017; Limón, 2018; Salmerón, Escarbajal y Martínez De Miguel, 2018).
- d. La promoción de la autonomía personal demanda un enfoque proactivo. Mientras tanto, el actual procedimiento de acceso establecido por la LAPAD es reactivo, porque limita la acción protectora a quienes ya sufren de dependencia y actúa en base a estos. El Consejo Económico y Social (CES) entiende que la prevención tendría que desarrollarse cómo uno de los ejes principales del SAAD, con la condición de retrasar en el tiempo el volumen de personas con dependencia (Liao et al., 2019).

b) Datos y recomendaciones

- a. El Informe sobre Envejecimiento Europeo de 2018 alerta de que los porcentajes de dependencia en España serán, en 2070, los más altos del mundo (da Gamma, Sánchez y Ballester, 2018).
- b. El Consejo de Europa, en su Recomendación n.º (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros, propuso en términos de dependencia, preconizar la prevención primaria y reductora de la dependencia y beneficiar, mediante el conjunto de prestaciones, a las personas en situación de dependencia que residen en el domicilio (Estatuto del Consejo de Europa, 1998).
- c. Numerosos estudios demuestran el impacto ejercido por el apoyo social sobre los procesos relacionados con la salud, así como su efecto beneficioso sobre la evolución de dolencias de origen diverso (Holt-Lunstad et al., 2010; Waldinger y Schulz, 2016; Liao et al., 2019).
- d. Con el aumento de la edad, la mayoría de los contactos sociales se reducen y que tienden a ganar intensidad los vínculos con familiares próximos (Lowe, 2010; Orte et al., 2017; Fiori, Graham y Feng, 2019).

El Programa de Competencia Familiar Universal Auto (PCF-U-Auto) se diseña respondiendo a las demandas de los entes nacionales e internacionales de referencia y a la investigación (Orte, Nevot, Molina y Ballester, 2019).

Define una estrategia de intervención socioeducativa para el envejecimiento activo (salud-participación-seguridad) al dirigirse a empoderar y capacitar individuos y familias para el cuidado individual, familiar y social, y a promover el fomento activo de la autonomía y el mantenimiento de la salud de cada uno de sus miembros. Fundamentado en el aprendizaje permanente, cuarto pilar del envejecimiento activo, se centra en potenciar las fortalezas del sistema familiar y factores de protección para reducir la incidencia de los factores de riesgo (Limón, 2018).

Esta investigación se realizó con el objetivo de validar el PCF-U-Auto en la prevención de signos incipientes de dependencia y en la promoción de la autonomía personal. El programa se diseñó para poner en práctica y desarrollar las dinámicas familiares y destrezas de promoción de autonomía en adultos mayores (AM en adelante), en sus familiares/cuidadores y en el conjunto familiar relacionadas con el envejecimiento activo.

2. Método

El estudio contó con un diseño cuasi-experimental y fue desarrollado en tres estadios: diseño, implementación y evaluación. El diseño del programa se realizó en 2018 y su implementación y evaluación se llevó a cabo en 2019.

2.1. Estadio I: Diseño del Programa de Competencia Familiar Universal-Auto

2.1.1. Objetivos

El Programa de Competencia Familiar Universal-Auto (PCF-U-Auto) pretende la prevención universal de las situaciones de dependencia. Su principal objetivo es promover la autonomía personal de personas mayores para garantizar el envejecimiento activo (salud, participación y seguridad). El PCF-U-Auto se diseñó a partir de las herramientas y estructura del Programa de Competencia Familiar en su versión Universal con el mismo planteamiento genérico, relacionado con promover las dinámicas familiares que permitan un funcionamiento óptimo de cada uno de sus miembros (objetivo general común) para promover el envejecimiento activo (objetivo del PCF-U-Auto).

Mediante un conjunto de intervenciones educativas aplicadas al ámbito familiar, se promueve la permanencia de la persona en situación de dependencia en su entorno familiar. Por otro lado, se refuerzan las medidas de prevención de las situaciones de dependencia dado que se dirige a las personas mayores sin dependencia o que presenten síntomas incipientes de dependencia siempre que no repercutan en la adecuada comprensión y posibilidad de aplicación de los contenidos del programa.

Los objetivos generales y específicos del PCF-U-Auto se definen en la Tabla 1:

Tabla 1. Objetivo (o) general y objetivos específicos del PCF-U-Auto

Objetivo general	Objetivos específicos/indicadores intermedios
Mejorar las relaciones familiares (o1)	Mejorar la comunicación familiar (o11) Mejorar los vínculos y cohesión familiar (o12) Aumentar la organización y planificación familiar (o13) Disminuir los conflictos en la familia (o14) Aumentar la calidad del tiempo compartido en la familia (o15) Incrementar la empatía familiar (o16) Mejorar la capacidad de aprovechar la red social de la familia (o17)
Incrementar las competencias para la autonomía (o2)	Aumentar el conocimiento de los cuidadores sobre las competencias del cuidador y los cuidados que fomentan la autonomía (o21) Aumentar los cuidados eficaces y basados en la autoestima (o22) Aumentar la atención positiva y reconocimiento de los AM (o23) Reducir las respuestas negativas frente a conductas no deseadas (o24) Aumentar la supervisión familiar-social promotora de bienestar (o25)
Mejorar las habilidades vitales y la conducta de AM (o3)	Aumentar la conducta basada en habilidades sociales efectivas (o31) Potenciar el vínculo facilitador del funcionamiento autónomo (o32) Reducir las respuestas menos asertivas (agresividad) (o33) Mejorar las relaciones interpersonales, reduciendo la timidez, depresión u otros factores limitadores (o34)
Mejorar las habilidades sociales de AM (o4)	Incrementar las habilidades de comunicación (o41) Incrementar las habilidades asertivas (capacidad para establecer límites y decir "NO") y el autocontrol (o42) Aumentar el reconocimiento de los sentimientos (o43) Mejorar las habilidades de afrontamiento positivo (o44)
Prevenir pérdida de funciones vinculadas a tomar decisiones sobre las ABVD (o5)	Disminuir la sobreprotección familiar (o51) Aumentar los campos de toma de decisiones propias del AM dentro del sistema familiar en el que impacta la enfermedad (o52) Reducir los factores de riesgo intermedios en los AM (por ejemplo, pérdidas de autonomía, problemas emocionales o en los contextos de relación del adulto mayor) y mejorar los factores de protección (habilidades de afrontamiento, comunicación y sociales) (o53)

Los indicadores de objetivos se concretan en los registros de seguimiento/sesión sobre participación, asistencia, realización de tareas para casa, por un lado y en los cuestionarios pre-post sobre: Funcionalidad Familiar APGAR (objetivos que indican la mejora de las dinámicas familiares o11-o17) trabajadas por medio las habilidades de comunicación, el asertividad o el autocontrol (ver Tabla 1).

La mejora de las competencias de fomento de la autonomía como los conocimientos, atención positiva o reducción de las respuestas negativas (ver o2 tabla 1), se reflejará mediante la evaluación de la *Relación de Ayuda* y la escala sobre *Relaciones Sociales* (o21-o25). La mejora de las habilidades vitales y de conducta (o3) y las habilidades sociales (o4) se reflejará sobre los resultados de la escala de *Valoración Personal* (o31-034/041-044), principalmente. La prevención de la pérdida de funciones y toma de decisiones sobre las ABVD se reflejará sobre el bienestar emocional del AM medido por la *Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage)* (ver tabla 3: descripción de las variables de resultado y los instrumentos de evaluación).

2.1.2. Estructura

Tomando como referencia la estructura del Programa de Competencia Familiar Universal original, el Programa se diseñó con 6 sesiones y duración de 2 horas/sesión. Contó con un diseño multicomponente; en la 1ª hora trabajaron dos grupos separadamente (AM y familiares/acompañantes) con dos formadores por sala y en una 2ª hora el grupo familiar conjunto (AM y familiares/acompañantes) con un mínimo de 2 formadores/grupo (n=4).

La Tabla 2 ilustra los principales temas/áreas de trabajo del PCF-U-Auto en relación a la mejora de los recursos de afrontamiento, dinámica familiar y promoción de la autonomía personal.

Tabla 2. Relación de los temas por sesión del PCF-U-Auto

Sesión 0	Sesión 1	Sesión 2
Presentación del PCF-U-Auto; por qué son importantes; objetivos del programa; creación del clima grupal	Comunicación y empatía AM-familiar/cuidador; reforzar habilidades sociales en relación a la capacidad para conversar	Escucha activa y comunicación asertiva; mejorar autoconocimiento; habilidades de comunicación:
Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5
Reconocimiento y formulación de peticiones; refuerzo de la interacción esperada; Expresión y manejo de sentimientos y emociones; afrontamiento de la crítica	Mantener el control sobre la toma de decisiones; mejorar habilidad para decir "NO"; identificar cuidados sustitutivos; conocimientos consumo fármacos no recetados, alcohol y drogas	Afrontamiento del enfado, gestión del conflicto y resolución autónoma de problemas; destrezas para pedir ayuda y buscar soluciones problemas de manera autónoma

Cada sesión se desarrolló de acuerdo con la metodología EDAH, es decir contó con ciclos de actividad basados en: (E) exposición (formadores), (D) debate (formadores y participantes) y (A) actividad (participantes) más la ejecución de tareas en el (H) hogar, todas ellas, basadas en la dinámica familiar. La mayor parte de actividades se basaron en la técnica de Role-Playing, así como mediante el "ensayo de conducta", representaciones, actividad escrita –con apoyo del formador en caso de presentar limitaciones en escritura o comprensión escrita– y manualidad.

2.3. Estadio 2: Implementación del Programa de Competencia Familiar Universal Auto (PCF-U-Auto)

El 1r pilotaje del PCF-U-Auto se desarrolló de manera secuencial. Primero, se informó a las Trabajadoras Sociales de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal [Direcció General de Dependència (FBD-DGD)] sobre el proyecto y fueron invitadas a seleccionar AM de 65 años de edad con dependencia moderada (Grado I) siempre y cuando sus dolencias no limitaran la adecuada comprensión de los contenidos del programa y que no incluyeran ninguno de los criterios de exclusión: (1) presentar síntomas de demencia severa; (2) tener reconocido un grado de dependencia superior al Grado I; (3) llevar más de 6 meses con el Grado I de dependencia reconocido –podría haber agravado en dependencia–.

La selección y citación fue realizada telefónicamente por parte de personal del servicio de tutela de la FBD-DGD y del equipo investigador GIFES-UIB. Se obtuvo una muestra total de 75 familias en selección inicial aleatoria realizada a partir de listados de población beneficiaria de los servicios y prestaciones por situación de dependencia moderada (Grado I) extraídos de la base de datos SISAAD (Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia).

Se consideraron cuatro criterios en la aplicación de estrategias de reclutamiento y retención identificados a partir de tres revisiones sistemáticas previas al diseño del programa (Nevot-Caldentey, Orte y Ballester, 2019; Nevot, Ballester y Vives, 2018; Nevot, 2017):

- *Organización*: atención a las ambivalencias del formador, apoyo organizacional (FBD-DG-UIB), reducción ansiedad, facilitación recursos materiales (espacios, manuales, materiales para sesiones), supervisión, capacitación de profesionales, compromiso con el modelo de intervención basado en la evidencia y suministro de apoyo concreto a usuarios
- *Familias*: conciencia familiar del problema, valoración previa del nivel de preparación para el programa (motivación), apoyo logístico, valor percibido y beneficio del servicio, bienestar del cuidador, expectativas realistas.
- *Formadores*: adaptación cultural (homogeneidad cultural, adaptación del lenguaje, técnicas de modelado...), competencia cultural de los proveedores y del personal (capacidad de identificación de barreras de las familias y del planteamiento de estrategias de enganche), confiabilidad del personal (Trabajadoras Sociales de referencia y personal de la universidad), continuidad de la atención (creación de grupos de WhatsApp y llamadas telefónicas de recordatorio) y atención y respuesta personalizada del personal con las necesidades de las familias.
- *Programa*: investigación previa en barreras de participación y desarrollo de estrategias para su resolución (Orte, Ballester y Amer, 2015; Nevot, Ballester y Vives, 2018), sensibilidad cultural de los materiales y métodos del programa, suministro de apoyo logístico y flexibilidad, servicios basados en el hogar (telefónicos), actividades experimentales, rigurosidad en aplicación de los contenidos del programa.

Otras estrategias de retención incluyeron oportunidades de socialización mediante el programa y llamadas de seguimiento para conocer las causas de no asistencia y facilitar la continuidad del participante con el programa.

2.3.1. Muestra

La implementación del PCF-U-Auto dispuso de un equipo de especialistas en intervención con AM en situación de dependencia. Un total de 20 trabajadoras sociales de la FBD-DGD de les Illes Balears recibió 10 horas de formación para la implementación del PCF-U-Auto por parte del personal del equipo investigador GIFES-UIB.

Se llevaron a cabo 5 aplicaciones del PCF-U-Auto en 5 áreas territoriales de Mallorca: 45 familias en Palma divididas en 3 grupos, 1 grupo en Manacor de 15 familias y 1 grupo en Inca de 15 familias. En el caso de tener reconocido el Grado I, se estableció como requisito ser beneficiario de la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF), con tal de garantizar que la persona mayor esté conviviendo en el domicilio familiar habitual.

2.4. Estadio 3: Instrumentos y Evaluación del PCF-U-Auto Piloto

Se realizó una evaluación previa, otra de seguimiento y otra posterior a los 6 meses para analizar los cambios en el estilo de vida (1), relaciones sociales (2), funcionalidad familiar (3), relaciones de ayuda (4), valoración problemas personales (5), valoración situación social (6), valoración estado de salud (7), valoración ámbito y relación familiar (8) y síntomas de depresión (9). Los instrumentos de recogida de datos fueron:

- El cuestionario de los AM y el cuestionario de los familiares (pre-post programa): auto administrado o con apoyo de las Trabajadoras Sociales para evaluar los efectos del programa y el grado de consecución de sus objetivos.
- El cuestionario de evaluación de las familias: auto administrado por las familias sobre la idoneidad de los contenidos, estructura y sus formadores
- Los cuestionarios de evaluación de las trabajadoras sociales: indicadores de seguimiento/participante y de evaluación final/participante
- Los cuestionarios de evaluación/sesión de las trabajadoras sociales.
- Panel de expertos: emisión de juicio colectivo sobre los indicadores de mejora del PCF-U-Auto. Propuestas de mejora.

En la Tabla 3 se presentan los instrumentos de evaluación seleccionados para medir el grado de consecución de los objetivos del PCF-U-Auto.

Tabla 3. Estudio de las variables de resultado y los instrumentos de evaluación

VARIABLES DE RESULTADO	Instrumentos de evaluación y criterios
Relaciones sociales	<i>Escala de Recursos Sociales (OARS)</i> Duke University Center (1978) (Older Americans Resource & Services Group) (Kane et al., 1993), (Fernández-Ballesteros et al., 1996), (Grau et al., 1996): once áreas de la interacción social son evaluadas por el adulto mayor sobre sí mismo: número de personas de confianza, volumen de llamadas que recibió la semana anterior, volumen de visitas que recibió la semana anterior, frecuencia con la que se siente solo, valoración sobre el grado de conformidad con la que tiene contacto con sus familiares. Cada cuestión comprende entre cuatro y cinco anclajes en escala ordinal. Luego, el nivel de satisfacción de la relación que mantiene con la pareja, los hijos, los nietos, otros familiares, los vecinos y los amigos (no vecinos). Para cada persona, uno de los tres valores fue asignado: 0=Insatisfecho/a, 1=Indiferente, 2=Satisfecho. En caso de no disponer de la persona en cuestión, se incluye la posibilidad de “Ns/Nc”.
Funcionalidad familiar	<i>Cuestionario de Función Familiar (APGAR)</i> : University of Washington (1978) (Smilkstein, 1978), (Smilkstein et al., 1982), (Bellón et al., 1996), (Suarez y Alcalá, 2014). Instrumento diagnóstico del nivel de funcionalidad familiar. Evalúa cinco funciones básicas de la familia: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto y Recursos. Para cada cuestión, uno de los tres valores fue asignado: 0=Casi nunca, 1= A veces, 2=Casi siempre. Interpretación del puntaje: 17-20 puntos=normal, 16-13 puntos=disfunción leve, 12-10 puntos=disfunción moderada, ≤9=disfunción severa.
Relación de ayuda	<i>Cuestionario: Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos</i> . Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: seis cuestiones sobre la relación de ayuda son evaluadas: alguien le ayudaría si fuera necesario, cómo cree que le ayudaría, si recibe en la actualidad ayuda de alguien, con qué frecuencia le ayudan, qué ayuda le dan y quién le aporta esa ayuda. Cada cuestión comprende entre cuatro y seis anclajes en escala ordinal.
Valoración personal (1)	Se incluyen dos cuestiones sobre las actividades que realiza el adulto mayor dirigidas a evaluar la <i>Actividad y Ocio</i> , de seis anclajes en escala ordinal y una cuestión a la que se le asignaron los valores: 0=Nunca, 1=A veces y 2=Frecuentemente sobre la frecuencia de actividad. Se incluye una cuestión de <i>Valoración Personal de Problemas</i> . Incluye tres respuestas nominales ordenadas de 1 a 3. Una cuestión de <i>Valoración de la Situación Social</i> y una cuestión de <i>Valoración de la Situación de Salud</i> de seis anclajes de respuesta en escala ordinal.

Tabla 3. continuada

VARIABLES DE RESULTADO	Instrumentos de evaluación y criterios
Valoración personal (2)	Una cuestión de <i>Valoración Personal Calidad Relación Familiar</i> que mide el elogio, afecto, claridad comunicativa, calidad del tiempo familiar, calidad intercambio experiencias diarias, presencia de malas maneras de comunicarse y gritos, presencia de discusión, frecuencia de reuniones familiares. Se le asignaron los valores: 0=Casi nunca, 1=A veces, 2=Casi siempre. Una cuestión sobre las <i>Fuerzas de la Familia</i> . Mide el apoyo/amor/cariño familiar, la comunicación familiar positiva, las habilidades eficaces de relación, el estilo eficaz de abordaje de problemas y conflictos, la organización familiar, la salud mental positiva, la salud física y el conocimiento y educación. Se le asignaron valores de 0 a 5 (0=Nada y 5=Mucho).
Depresión	<i>Escala de Depresión Geriátrica – Test de Yesavage</i> : Stanford University School of Medicine (Yesavage, 1983), (Martínez de la Iglesia et al. 2002). Se incluyó la versión Yesavage corta de quince cuestiones, cuya población diana son personas mayores de 65 años. Se utiliza como herramienta diagnóstica de cribado de depresión. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 14. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son: 0-5=Normal, 6-10=Depresión moderada, +10=Depresión severa.

2.4.1. Análisis estadístico

Las evaluaciones de antes y después se realizaron comparando las diferencias de medias (incluida la estimación del 95% de los intervalos de confianza (IC)) de las variables de resultado utilizando la prueba t-test de muestras independientes. El análisis de la retención incluyó una revisión de la aplicación de las estrategias de implicación familiar (Nevot, 2017; Nevot, Ballester y Vives, 2018; Nevot-Caldentey, Orte y Ballester, 2019).

3. Resultados

Las Tablas 4 y 5 describen sociodemográficamente a los participantes incluidos en la evaluación del PCF-U-Auto en el primer pilotaje efectuado entre marzo y mayo de 2019. Se captaron telefónicamente 75 familias y 146 participantes. En la primera sesión la asistencia fue del 95%.

El grupo de Manacor comenzó con 17 familias. En una primera sesión 2 familias se dieron de baja (1=EPOC, 2=limitaciones severas de movilidad). El grupo de Inca comenzó con 17 familias. En la Sesión 1 dos familias se dieron de baja (1=Hipoacusia severa 2=limitaciones severas de movilidad).

El grupo de Palma “Nord” comenzó con 10 familias. En la Sesión 1, 4 familias se dieron de baja (2=hipoacusias severas, 1=demencia severa, 3=limitaciones severas de movilidad).

El grupo del “Casc Antic” de Palma comenzó con 12 familias. En la sesión 1, 6 familias se dieron de baja (3=de-mencias severas, 1=conducta adictiva alcohol, 1=fibromialgia, 1=hipoacusia). El grupo de “Joan Crespi” de Palma comenzó con 19 familias. Tras la Sesión 1 se procedió a la baja de 9 familias (3=ingresos, 4=demencias severas, 2=limitaciones movilidad). La Tabla 4 muestra las edades de los AM que participaron en el PCF-U-Auto. Las edades de los encuestados para el conjunto de la muestra se sitúan en una horquilla 45-86 años.

Tabla 4. Edad y género de la muestra

Edad	Hombre %	Mujer %	Total %
Menos de 65 años	12.1	29.5	22.1
De 65 a 74 años	42.4	25.0	32.5
De 75 o más años	33.3	29.5	31.2
No contesta	12.1	15.9	14.3
Total	42.9	57.1	100

Hubo un 14.2% más de mujeres que de hombres. Las personas casadas representaron el 58.4% de la muestra, las personas viudas el 18.2% y las divorciadas o separadas el 15.6%. El 52% se encontraba conviviendo con la pareja, el 18% solas y el 12% con uno o más hijos. Por nivel de estudios, el 34% tenía un nivel de estudios básico (obligatorios), el 50% no realizaba ningún tipo de actividad y el 22% del total de la muestra fue, en su vida laboral, peón u obrero no especializado.

Tabla 5. Características sociodemográficas de la muestra

Variabes	Pre PCF-U-Auto %	Post PCF-U-Auto %	Total %
Estado civil (n)	50	27	77
Soltero/a	8.0	7.4	7.8
Casado/a	58.0	59.3	58.4
Viudo/a	16.0	22.2	18.2
Divorciado	18.0	11.1	15.6
Constitución familiar(n)	48	27	75
Sin esposo/a ni hijos/as	8.3	11.1	9.3
Pareja sin hijos	8.3	3.7	6.7
Pareja con hijos	50	55.6	52
Sin pareja, con hijos/as	22.9	14.8	20
Otras situaciones	6.3	11.1	8
Ns/Nc	4.2	3.7	4.0

Tabla 5. continuada

Variables	Pre PCF-U-Auto %	Post PCF-U-Auto %	Total %
Unidad de convivencia (n)	50	27	77
Vive solo/a	18	14.8	16.9
Con cónyuge/pareja	52	55.6	53.2
Con uno o más hijos	12	14.8	13
Con uno o más padres	6	7.4	6.5
Con uno o más familiares	4	0	2.6
Otras situaciones	8	7.4	7.8
Nivel de estudios (n)	50	27	77
No tiene estudios	28.0	22.2	26.0
Nivel básico	34.0	40.7	36.4
Secundarios	24.0	22.2	23.4
Superiores	12.0	14.8	13.0
Actividad que realiza	50	27	77
No realiza	50.0	48.1	49.4
Mantenimiento casa	18.0	14.8	16.9
Trabajos manuales casa	16.0	25.9	19.5
Trabajos administrativos	2	3.7	2.6
Cuidado de nietos u otros	8	0	5.2
Ns/Nc	6.0	7.4	6.5
Actividad laboral	50	27	77
Obrero no especializado	22.0	29.6	24.7
Trabajador especializado	16.0	0.0	10.4
Cuadros intermedios	6.0	14.8	9.1
Gerencia-dirección	2.0	7.4	3.9
Profesional empleado	14.0	18.5	15.6
Profesional liberal	2.0	3.7	2.6
Autónomo	14.0	3.7	10.4
Funcionario	8.0	3.7	6.5
Mantenimiento casa	10	14.8	11.7
Ns/Nc	6.0	3.7	5.2

En la Tabla 6 aparecen las escalas que evalúan los objetivos del estudio. La primera parte refleja los resultados de la escala de recursos sociales OARS. El paso de las personas de la muestra por el PCF-U-Auto, supuso una mejora en los recursos sociales de los AM. Las diferencias en los niveles de la escala OARS en la comparación pre-post, son estadísticamente significativas [$t=-2.032$, $p=0.046$ ($p\leq 0.05$)].

El PCF-U-Auto también mostró efectos estadísticamente significativos en la mejora del estado funcional de la familia de la persona mayor. Los resultados de la escala APGAR, mostró una relación estadísticamente significativa [$t=-2.426$, $p=0.018$ ($p\leq 0.05$)].

Los resultados de Cohesión Familiar no mostraron significación estadística, aunque se identifica una tendencia a la mejora en sus resultados (evaluación a partir de grado de conflictividad familiar) [$t=0.450$, $p=0.654$ ($p\leq 0.05$)]. El paso por el PCF-U-Auto genera los efectos esperados sobre los niveles de Resiliencia Familiar [$t=-2.032$, $p=0.026$ ($p\leq 0.05$)]. Los resultados obtenidos para la Escala Geriátrica de Depresión, identificaron una tendencia a la mejora: depresión normal del 58.1% al 64%, probable depresión de 23.3% al 32%, depresión establecida: de 18.6% al 4% [$t=1.422$, $p=0.160$ ($p\leq 0.05$)].

Tabla 6. Resultados obtenidos en las escalas de evaluación de variables familiares

Escalas	t	gl	p	Df SD	Df SD	95%IC	
						Inferior	Superior
PUNTUACIÓN OARS*	-2.032	75	.046*	-1.581	.778	-3.131	-.031
PUNTUACIÓN APGAR*	-2.426	74	.018*	-1.347	.555	-2.453	-.241
Pfeiffer	-0.621	75	.536	-0.430	.693	-1.810	0.950
COHESIÓN FAMILIAR	0.450	72	.654	1.103	2.453	-3.787	5.993
RESILIENCIA	-2.283	58	.026*	-3.471	1.520	-6.514	-0.428
DEPRESIÓN	1.422	66	.160	1.231	.865	-0.497	2.958

Se observó una mejora en los resultados de satisfacción en la relación con la pareja (54.0 – 55.6 puntos), una reducción de la indiferencia (8 – 3.7 puntos). Hubo una mejora considerable en los resultados de satisfacción en la relación con los hijos en la comparativa pre-post. Los niveles de satisfacción pasaron de 66.0 puntos a ser de 77.8, una mejora de 10.8 puntos en relación al estado previo a participar en el programa. Los niveles de indiferencia pasaron de 4.0 a 3.7 puntos.

Se identificó una mejora notable en las relaciones con los nietos; de 56.0 puntos en pre-test a los 74.1 puntos en el post-test, se reducen los niveles de indiferencia a 0 y se incrementa el nivel de insatisfacción (4.0 – 7.4 puntos). La mejora de la relación con los nietos es la más notable, al registrar un cambio pre-post de 18.1 puntos. La participación en el Programa se asoció con una mejora notable en la satisfacción sobre la relación con los vecinos. Se observaron mejoras estadísticamente significativas en la relación entre la persona mayor y el vecindario (χ^2 , $p \leq 0.05$) –de 66.0 a 77.8 puntos-.

La satisfacción en la relación con los amigos también mostró mejoras; de 64.0 a 77.8 puntos en la comparativa pre-post. Se redujeron los niveles de indiferencia de 6.0 a 3.7 puntos. Tras participar en el Programa, los AM mostraron una mejoría en la valoración de la disposición de ayuda; de 86.0 a 92.6 puntos.

La mayor parte de las personas consideró que la ayuda sería indefinida (por parte del cuidador informal). Esta visión mejoró ligeramente tras el paso por el programa (60.0 a 63.0 puntos). Incrementó el volumen de personas que consideraron poder disponer de ayuda por un tiempo concreto (8-14.8 puntos). El 84.2% de la muestra recibía ayuda de alguien. Esta ayuda pasó de los 77.6 a los 96.3 puntos tras la participación en el programa, lo que supuso un incremento de 18.7 puntos.

El 62.3% de los participantes recibía ayuda de manera continuada, frecuencia que incrementó visiblemente tras pasar por el programa (de 54.0 a 77.8 puntos). Se redujeron los niveles de recepción de ayuda solo en caso de necesitarlo (30.0 a 11.1 puntos) y de las personas que casi nunca recibían ayuda (4.0 a 3.7 puntos). Solo incrementó el volumen de personas que recibían ayuda alguna vez (4.0-7.4 puntos).

Tabla 7. Cuestiones auto perceptivas

Variable	X ²	p	C	p
¿Alguien le ayudaría si fuera necesario?	1.714	0.634	0.148	0.634
¿Cómo cree que le ayudaría?	4.091	0.252	0.225	0.252
Actualmente, ¿recibe ayuda de alguien?	5.692	0.058	0.264	0.058
¿Con qué frecuencia le ayudan?	6.822	0.146	0.285	0.146
Valoración de la situación social	10.804	0.055	0.353	0.055
Valoración de la situación de salud	5.308	0.379	0.255	0.379

En relación a las cuestiones auto perceptivas (Tabla 7), se identificó, tras el PCF-U-Auto, una mejora en la percepción de la situación social de los AM participantes. Las personas que calificaron de “muy bien” su situación social, y “estar por encima de la mayor parte de las personas” pasaron del 8.2% al 18.5%; incremento de más del 10%. Se redujo notablemente el volumen de personas que consideraron estar “bien, por encima de la mayoría” (del 28.6% al 14.8%). El volumen de personas que consideraron “regular” su estado de salud incrementó, (de 30.6% a 55.6%) y se redujo el volumen de personas que consideró su estado de salud “malo” (de 14.3 a 0).

Los datos sobre la percepción del estado de salud revelaron un incremento en el volumen de participantes que valoró su estado de salud “muy por encima de la mayoría” (de 4.1% a 7.4%) y una reducción de “bien, por encima de la mayoría” (de 20.4% a 18.5%), las personas que valoraron su estado de salud como “muy malo”, pasaron del 8.2% al 0%. Se redujo el volumen de personas que consideraron “malo” su estado de salud (del 26.5% al 14.8%) e incrementó el porcentaje de personas que la consideraron “regular”.

4. Discusión

Los principales hallazgos de este estudio señalan que la implementación del primer piloto del PCF-U-Auto para la promoción del envejecimiento activo enfrentó desafíos para el reclutamiento y la retención. El programa piloto tuvo un porcentaje elevado de aceptación (95%) y moderado de retención (88.24% en Manacor, 88.24% en Inca, 60% en Palma Nord, el 50% en Casc Antic y 52.63% en Joan Crespí).

Intervenciones anteriores de programas basados en la familia para la prevención de riesgos (Axford, Lehtonen, Kaoukji, Tobin y Berry, 2012; Nevot, Ballester y Vives, 2018; Nevot-Caldentey, Orte y Ballester, 2019), intervenciones anteriores con AM (Jancey et al., 2006) y una revisión Cochrane de 99 intervenciones de prevención de caídas en AM (Nyman y Victor, 2012) informaron de dificultades en reclutamiento y retención.

La aplicación piloto de un programa de promoción del envejecimiento activo en México (Pérez-Cuevas et al., 2015), informó de un porcentaje moderado de aceptación (66%) y una tasa de retención (65%), por debajo de estudios similares; según Nyman y Victor (2012) el promedio es del 70.7% (64.2-81.7, N=78 estudios). Los resultados aconsejan definir y establecer estrategias para mitigar barreras para la retención en este tipo de programas, mejorando la selección de los candidatos con la aplicación más rigurosa de los criterios de inclusión y exclusión.

En la aplicación hubo determinantes que condicionaron el reclutamiento. Relativo a los participantes, las características sociodemográficas como el nivel de alfabetización, el nivel de recursos sociales disponibles, el estado y naturaleza de las dolencias de salud y la accesibilidad del lugar. En cuanto al formador, la experiencia en la implementación de intervenciones con AM y/o con familias. Los grupos con formadores sin experiencia en el trabajo con familias obtuvieron menores tasas de retención. La implicación de los formadores en la aplicación del programa aportando materiales personalizados a las características del grupo mejoró el clima grupal y la implicación familiar. La aplicación de incentivos verbales como el reconocimiento y materiales y la continuidad/discontinuidad en la aplicación de las sesiones influyeron en las tasas de reclutamiento y retención. Las llamadas recordatorio también sirvieron para mantener las tasas de retención.

La adherencia a las intervenciones multicomponente fue generalmente mayor o igual a 75%. La implicación y participación sí mostró ser positiva en los resultados de evaluación por participante, aunque mostraron dificultad para realizar las tareas encomendadas para casa. Se debe mejorar la estrategia para incentivar su realización, pues constituye una parte importante de la asimilación de contenidos. Es necesario adaptarlas al nivel de alfabetización de los participantes dadas las dificultades de lectura y escritura identificadas.

Los resultados de satisfacción mostraron ser muy positivos. Tras la sesión 0 se mantuvieron la casi totalidad de las familias participantes hasta el final de la aplicación del programa. La mayor parte de participantes pidieron una segunda versión de PCF-U-Auto por los resultados que identificaron en sus hogares y familias.

En cuanto a la previsión de resultados, se esperaba la validación del contenido del programa; la evaluación positiva de la eficacia del programa en evitar o retrasar la aparición de riesgos mediante el desarrollo de competencias familiares, habilidades de relación social y de promoción de autonomía personal; participación e implicación alta de las familias en relación al programa; resultados positivos en la evaluación de los formadores; y evaluación positiva de los instrumentos de evaluación del programa. Los resultados muestran la consecución adecuada de la validación del contenido del programa, así como en las escalas más relevantes.

Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes obtuvo mejoras significativas en las variables de medida de los recursos sociales, los niveles de funcionalidad familiar, los niveles de resiliencia familiar, las relaciones con los sistemas de la red social como nietos, amigos o vecinos. Se observaron también tendencias a la mejora en las variables relativas a las relaciones con otros miembros de la comunidad y familiares, en la disposición de apoyo y en la percepción sobre su estado de salud y social.

La evaluación de la eficacia del programa en la evitación o retraso de riesgos muestra ser positiva en las diferentes áreas de relación evaluadas, aunque solo estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$) en algunas de ellas. Se deben introducir las mejoras sugeridas con tal de mejorar la asimilación de contenidos y pautas por parte de las familias.

En relación a la eficacia del programa en el desarrollo de competencias familiares y de relación social, se identifica también una mejora estadísticamente significativa en las escalas APGAR y OARS relativas a la relación y apoyo social y en la escala de resiliencia ($p \leq 0.05$). Se observan mejoras en los resultados de la escala de cohesión familiar, aunque se requiere la ampliación de los tiempos en los que se imparten los contenidos de la sesión 3 para mejorar la asimilación de los contenidos relativos a la cohesión familiar. Se propone dividirla en dos sesiones. Se extrae la necesidad de incidir sobre la elaboración de las tareas para casa. Se propone crear una App que permita mejorar el seguimiento entre sesiones y la resolución de posibles dudas que puedan surgir. Por otro lado, se identifica una mejora de los recursos de afrontamiento familiar, fundamentales para mejorar la autonomía de sus miembros.

5. Conclusiones

La validación inicial del Programa de Competencia Familiar Universal Auto confirma su validez como herramienta preventiva de situaciones de dependencia que trabaja sobre el ámbito familiar. Proporciona estrategias de mejora de la dinámica familiar para mejorar el bienestar y prevenir la aparición de síntomas relacionados con la falta de apoyo social. También facilita herramientas para promover la autonomía activamente por parte de cada uno de los miembros de la unidad de convivencia y herramientas de identificación y tratamiento social de los primeros síntomas de dependencia. El PCF-Auto ha mostrado evidencias de efectividad en las escalas principales que evalúan las dinámicas familiares promotoras de la autonomía individual. Se requiere un segundo pilotaje para acabar de validar el PCF-Auto.

6. Referencias bibliográficas

- Axford, N. Lehtonen, M. Kaoukji, D. Tobin, K. y Berry, V. (2012) Engaging parents in parenting programs: Lessons from research and practice, *Children and Youth Services Review*, 34, 2061–2071
- Bengoa, R. (2019). Edad&Vida: Alineando el reto, la respuesta y la política. En J.M. Via (Presidencia). *VII Congreso Dependencia y Calidad de Vida*. Simposio o conferencia llevado a cabo en el congreso. Fundación Edad&Vida, Barcelona.
- da Gamma, J., Sánchez, L. i Ballester, L. (2018). *Porto com a referencia europea de l'envelliment actiu i saludable*. Anuari d'envelliment 2018, Palma de Mallorca.
- del-Pino-Casado, R., Serrano-Ortega, N., López-Martínez, C. y Orgeta, V. (2019). Coping strategies and psychological distress in family carers of frail older people: a longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 256(1), 517-523.
- Díaz, J., Abellán, A., Aceituno, P. y Ramiro, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020). Madrid, Informes Envejecimiento en red nº25. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
- Estatuto del Consejo de Europa (1998). Recomendación nº (98) 9 del comité de ministros a los estados miembros relativa a la dependencia. Estrasburgo: Consejo de Europa. Recuperado de: <https://sid.usal.es/idocs/F3/LYN10476/3-10476.pdf>
- Fiori, F., Graham, E. y Feng, Zhiqiang, F. (2019). Household changes and diversity in housing consumption at older ages in Scotland. *Ageing & Society*, 39, 1, 161-193.
- GOIB (2020). Situació dependència. Balears: Direcció General de Dependència. Recuperado de: <https://www.caib.es/sites/dgdependencia/f/309080>
- Hernández MA, Fernández MJ, Blanco MA, Alves MT, Fernández MJ, Souto, A, et al: Depresión y sobrecarga en el cuidado de personas mayores. *Rev Esp Salud Pública*. 2019; 93: 1-10.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. y Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med*, 7(7).
- INE (2020). Tasa de dependencia. Madrid: INE. Recuperado de: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1419>
- INE (2018). *Proyecciones de población 2018*. Recuperado de https://www.ine.es/prensa/pp_2018_2068.pdf
- Jancey, J., Howat, P., Lee, A., Clarke, A., Shilton, T., Fisher, J. y Iredell, H. (2006). Effective recruitment and retention of older adults in physical activity research: PALS study. *American Journal of Health Behaviour*, 30(6), 626-35
- Kim, E. S., Kawachi I., Chen Y. y Kubzansky L. D. (2017). Association Between Purpose in Life and Objective Measures of Physical Function in Older Adults. *JAMA Psychiatry*, 74(10), 1039-1045. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2145
- Liao, M.-Y., Yeh, C.-J., Lee, S.-H., Liao, C.-C. y Lee, M.-C. (2019). Association of providing / receiving support on the mortality of older adults with different living arrangements in Taiwan: a longitudinal study on ageing. *Ageing & Society*, 38, 10, 2082-2096.
- Limón, M.^a y Chalfoun, M.^a. (2017). La Biblioteca como agente social en el proceso de empoderamiento de los adultos mayores en un ambiente intergeneracional e intercultural. Congreso Internacional de Pedagogía Social. Libro de Actas y Resúmenes. Editorial Copiarte: Sevilla
- Limón, M.R. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula Abierta*, 47(1), 45-54. Doi: 10.17811/rifie.47.1.2018.45-54
- Lowe, P. (2010). *Ageing*. Newcastle upon Tyne: Newcastle University.
- Masoudi, R., Alhani, F., Moghadassi, J. y Ghorbani, M. (2010). The Effect Of Family-Centered Empowerment Model On Skill, Attitude, And Knowledge Of Multiple Sclerosis Caregivers. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*, 17, 87–97.
- Milte, R., Ratcliffe, J., Bradley, C. y Shulver, W. (2019). Evaluating the quality of care received in long-term care facilities from a consumer perspective: development and construct validity of the Consumer Choice Index – Six Dimension instrument. *Ageing & Society*, 39, 1, 138-160.
- Mosquera, I., Larrañaga, I., Del Río, M., Calderón, C., Machón, M. y García, M.M. (2019). Desigualdades de género en los impactos del cuidado informal de mayores dependientes en Gipuzcoa: estudio cuidar-se. *Revista Española de Salud Pública*, 93, 1-13.
- Nevot-Caldentey, L., Orte, C. y Ballester, L. (2019). Strategies for family engagement in evidence-based programmes: A meta-synthesis of systematic reviews from a social casework approach. *Social Work & Social Sciences Review*, 20(2), 15-30.
- Nevot, L. (2017) La Implicación Parental en Programas de Competencia Familiar. IRIE-UIB. Recuperado de: <http://irie.uib.cat/files/jornades/comunicacions>
- Nevot, L. Ballester, L. y Vives, M. (2018) La implicación parental en los programas de competencia familiar: una revisión sistemática exploratoria, in Roig-Vila, R. (ed), *El Compromiso Académico y Social a través de la Investigación e Innovación Educativas en la Enseñanza Superior*. Barcelona: Editorial Octaedro.
- Nyman, S. R. y Victor, C. R. (2012). Older people's participation in and engagement with falls prevention interventions in community settings: an augment to the Cochrane systematic review. *Age and Ageing*, 41(1), 16-23.
- OMS (2010). Informe sobre la salud en el mundo. OMS: Suiza. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029_spa.pdf;jsessionid=51E452EDC00FCDF28ABC54D32E3E177D?sequence=1
- Orte, C. Ballester, L., Mascaró, A., y Nevot, L. (2017). La utilización de redes para ligar en los adultos mayores. Anuari d'Envelliment, 207-241.
- Orte, C., Ballester, L., y Amer, J. (2015). Evaluación de las técnicas de implicación familiar en el desarrollo de programas de competencia familiar. En AIDIPE (Ed.), *Investigar con y para la sociedad* (1), 113-123. Cádiz, España: Bubok. Recuperado de <http://aidipe2015.aidipe.org>
- Orte, C., Nevot, L., Molina, G. y Ballester, L. (2019). El programa de competencia familiar universal auto (pcf-u-auto): fundamentos teóricos del diseño del pcf-u-auto para el 1r pilotatge fbd-uib en palma de mallorca. Anuari d'Envelliment 2019, Palma de Mallorca.
- Ortega-Tudela, J.M. y Ortiz, A.M. (2015). Redes sociales y formación permanente en personas mayores. *Revista Complutense de Educación*, 26, 273-288.

- Palladino, R., Pennino, F., Finbarr, M., Millett, C. y Triassi, M. (2019). Multimorbidity and health outcomes in older adults in ten european health systems, 2006-2015. *Health Affairs*, 38(4), 613-623.
- Pérez-Cuevas, R., Doubova, S. V., Bazaldúa-Merino, L.A., Reyes-Morales, H., Martínez, D., Karam, R., Gamez, C. y Muñoz-Hernández, O. (2015). A social health services model to promote active ageing in Mexico: design and evaluation of a pilot programme. *Ageing & Society*, 35, 1457-1480.
- Rocco, L. y Marc, S. (2012). *Is social capital good for health?* Technical report, WHO Regional Office for Europe.
- Salmerón, J.A., Escarbajal, A. y Martínez De Miguel, S. (2018). Estudio sobre una experiencia educativa con mujeres mayores en centros sociales. Implicaciones para el aprendizaje a lo largo de la vida. *Revista Complutense de Educación*, 29(2), 317-334.
- Vaca, R. (2016). El empoderamiento en el ámbito de la gerontología clínica y social. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51, 4.
- Waldinger, R. J., y Schulz, M. S. (2016). The long reach of nurturing family environments: Links with midlife emotion-regulatory styles and late-life security in intimate relationships. *Psychological science*, 27(11), 1443-1450.