

“La promoción del envejecimiento activo y saludable mediante la identificación y evaluación de indicadores de calidad de vida tras la participación de los mayores en un programa de intervención en el Centro de Participación activa del Polígono Sur-EALQ”

Cátedra de Economía Social, Ética y Ciudadanía – El Roble

Director :

José A. Sánchez Medina

Cristina B. Fernández Portero

Universidad Pablo de Olavide

Investigadores Seniors:

David Alarcón Rubio

Josué García Amián

Universidad Pablo de Olavide

Equipo de Investigación

Abel Catela Huertas

El Roble SCA

José A.

Claros SCA

Lucía Reyes Romero

Macarena Torrado Herrera

María José Arenilla Villalva

Universidad Pablo de Olavide

El Envejecimiento de la población

Uno de los acontecimientos que se sitúa hoy en día entre los primeros puestos de interés tanto a nivel científico como en los medios de comunicación, suponiendo además un importante reto dentro de la esfera política, económica y en general, para las ciencias sociales, es el fenómeno del envejecimiento de la población, ya que es indudablemente uno de los principales aspectos representativos de las sociedades occidentales actuales.

El aumento de la esperanza de vida junto a la demora del envejecimiento es una conquista incuestionable y símbolo del progreso humano. La esperanza de vida en el mundo industrializado ha aumentado durante el siglo XX drásticamente: se ha pasado de vivir hasta casi los 50 años, a los 80 años aproximadamente en la actualidad. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), España se sitúa entre los países más envejecidos con un índice de personas mayores de 65 años que oscila entre el 16% y el 18% de la población. Los demógrafos predicen que dentro de pocos años las naciones desarrolladas tendrán más personas mayores que niños y este pronóstico ya es una realidad en algunas zonas de España debido a los bajos índices de natalidad (IMSERSO, 2012).

De hecho, la intensidad en el proceso de envejecimiento es progresiva y global en las sociedades desarrolladas, ya que se espera que la población Europea de más de ochenta años pase de los 18 millones en 2004 a más de 50 millones para 2050. En el caso particular de España la pirámide poblacional tiende a la inversión: en 2012 había 8.221.047 personas mayores de 65 años, el 17% sobre el total de la población (47.212.990), con un 5,3% perteneciente a la denominada cuarta edad, es decir personas que superan los 80 años. Según las proyecciones de población a largo plazo del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2049 habrá más de 15 millones de personas mayores de 65 años (31,9% del total). Según la previsión del INE (2013), la tasa de dependencia (entendida como el cociente, en tanto por ciento, entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16 a 64 años) se elevaría en más de nueve puntos, desde el 51,0 en 2013 hasta el 59,2% en 2023.

Siendo esto así, el envejecimiento de la población se ha convertido en un desafío para las sociedades actuales, a nivel político, económico y social. En este sentido, la

Organización Mundial de la Salud - OMS (2002) - alega que podemos permitirnos envejecer, siempre y cuando los países, las regiones y las organizaciones promuevan políticas y programas que optimicen la salud, la autonomía y la productividad de los ciudadanos de más edad.

Esta realidad ha significado sin duda alguna uno de los principales motivos a la hora de investigar exhaustivamente esta etapa del ciclo vital que, hasta hace pocos años, era una incógnita y a día de hoy todavía no es comprendida en su totalidad, lo que supone un reto importante para la gerontología y las diversas disciplinas con las que interactúa. Como señalan Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen, (2006), “el aumento progresivo de las expectativas de vida en todas las sociedades presenta para los próximos decenios el importante desafío de definir el significado y los roles sociales de los adultos mayores” (p.54).

En este sentido, es cierto que el aumento del envejecimiento produce determinados efectos y origina interrogantes, tanto a nivel individual (puesto que no existe un patrón de envejecimiento único y aplicable a todo ser humano) como a nivel colectivo, con sus consecuentes repercusiones en las esferas económica, social, familiar, asistencial, etc. Esta circunstancia requiere un enfoque de la situación nuevo, “con planteamientos imaginativos e innovadores para que la respuesta sea eficaz, teniendo en cuenta, además, que las personas llegan a la jubilación en mejores condiciones físicas y psíquicas que en épocas anteriores, lo cual crea situaciones nuevas que implican saltos cualitativos en la búsqueda de la mencionada respuesta.”(II Congreso Estatal de las Personas Mayores, IMSERSO, 2001, p.4).

El concepto de envejecimiento activo

El envejecimiento es un proceso vital en el que están implicados factores biológicos, psicológicos y sociales. Estos factores actúan de modo interdependiente de modo que entender el proceso de envejecer requiere del estudio coordinado de todos ellos y de las estrechas relaciones que mantienen (Fernández Ballesteros, 2004).

A su vez, el concepto de envejecimiento implica diferentes planos o niveles de análisis. Por un lado, se trata de un proceso de carácter individual, esto es, hace referencia al proceso por el que una persona en particular avanza a lo largo de su ciclo vital. Por otro lado, el concepto de envejecimiento tiene un marcado componente cultural, a partir del cual pueden desarrollarse significados muy dispares. Existe un acuerdo consolidado en la

literatura científica que mantiene que el proceso de envejecimiento debe comprenderse desde diferentes perspectivas, lo que lo convierte en un término multifacético e interdisciplinar de carácter dinámico (frente al concepto de vejez, más estático, que remite a una etapa del ciclo vital) (Buendía y Riquelme, 1994; Baltes y Carstensen, 1996; Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996; Fernández Ballesteros, 2000; 2008; Rowe y Kahn 1997; Lehr y Thomae, 2003; Pérez, Trillo, Aguilera y Castro, 2009).

Los estudios científicos sobre el proceso de envejecimiento cuentan con un largo recorrido teórico en el que se pueden identificar distintas fases que han marcado el progreso en la investigación. La mayor parte de los autores coinciden en afirmar que existe una primera perspectiva de estudio centrada en la patología y caracterizada por lo que se ha denominado un modelo de disminución. Durante años, la psicología, así como otras ciencias sociales y de la salud, ha centrado su investigación en comprender las patologías y las debilidades del ser humano a medida que envejece, ignorando potenciales características positivas del mismo (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Como señala Poseck, (2006) “características como la alegría, el optimismo, la creatividad, el humor, o la ilusión... han sido ignoradas o explicadas superficialmente” (pág. 3).

Esta perspectiva, centrada en el déficit y la disminución de facultades, fue sustituida progresivamente por teorías cuya visión de la vejez se acercaba a patrones de normalidad, según los cuales la enfermedad y el déficit no eran necesariamente inevitables. Comenzaron a emprenderse investigaciones cuyo punto de partida era la comprensión del envejecimiento como una etapa más del ciclo vital, en la que pueden alcanzarse logros y niveles óptimos de bienestar, al igual que en etapas anteriores de la vida. Estas últimas aportaciones definen la comprensión científica actual de la vejez, enmarcada en lo que se ha denominado un modelo de crecimiento.

Sin embargo, no es hasta la década de los sesenta cuando se comienza a visualizar el cambio de un modelo a otro. Moñivas (1998) señala que “empiezan a surgir investigaciones longitudinales que demuestran la heterogeneidad de las personas mayores y su diversidad inter e intraindividual. Hechos como que las personas mayores no envejecen de la misma forma, ni al mismo ritmo, ni son iguales a nivel físico y psicológico” (pág. 29).

En 1958 se inicia un estudio longitudinal sobre el envejecimiento en Baltimore por el Centro Jonás Hopkins Bayview que supone un punto de inflexión en la investigación. En la misma se lleva a cabo el seguimiento de personas activas y con buena salud, en una

muestra superior a los 1000 sujetos entre los 20 y 90 años, hasta el final de la vida. Sus resultados contradicen las representaciones sociales existentes sobre los mayores, al demostrar que envejecer no supone necesariamente, ni mayoritariamente para todas las personas una disminución de capacidades (Moñivas, 1998).

A partir de este momento, las investigaciones comenzaron a presentar datos cada vez más consistentes sobre la complejidad y variabilidad del proceso de envejecimiento forzando un cambio de los modelos conceptuales desde los que se había estudiado hasta entonces (Havighurst, 1963; Maddox, 1963; Cumming y Henry, 1961; Atchley, 1971; Rowe y Kahn, 1987; Fredrickson y Carstensen, 1990; Baltes y Baltes, 1990). La nueva perspectiva se centra en la comprensión de la vejez no como un segmento de edad, sino como una etapa más del ciclo vital, con la misma entidad que otras, y que supone cambios personales y sociales, y por tanto, requiere de una adaptación del individuo a sus nuevas circunstancias (Baltes y Baltes, 1990). Se reconoce que las personas cuentan con un amplio potencial para el cambio y la adaptación a lo largo de toda la vida, incluyendo la vejez, lo que permite pronosticar que es posible envejecer óptimamente (Fernández Ballesteros, 1998). Es a partir de estos cambios en los paradigmas sobre el proceso de envejecer, cuando se desarrolla el concepto de envejecimiento activo y otros asociados al mismo que enfatizan una u otra faceta del proceso: envejecimiento exitoso, saludable, competente, óptimo, integrador, satisfactorio, adaptativo, productivo, etc.

Esta visión multidimensional del concepto de envejecimiento ha dado lugar a múltiples investigaciones centradas en determinar aquellos factores y aspectos que juegan un papel en el buen envejecer. Y es a raíz de este creciente interés por concretar los mecanismos implicados en alcanzar niveles óptimos de bienestar en la vejez, por lo que comienzan a surgir nuevos interrogantes e incógnitas respecto al proceso de envejecimiento.

Según el marco político desarrollado por el Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la OMS como contribución a la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, celebrada en abril de 2002 en Madrid, el envejecimiento activo depende de una diversidad de influencias o «determinantes» que rodean a las personas, las familias y las naciones, pudiéndose agrupar en las siguientes categorías:

“Determinantes transversales (cultura y género), los relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales (que han de estar coordinados, integrados y ser efectivos), los conductuales (apostando por estilos de vida saludables), los

relacionados con los factores personales (estilo de vida, habilidades personales, etc.), los relacionados con el entorno físico (que tengan en cuenta a las personas mayores que envejecen), los relacionados con el entorno social (apoyo social, educación, aprendizaje continuo, etc.) y los determinantes económicos (trabajo ingresos y protección social)” (OMS, 2002; p.82).

Es importante resaltar que comprender el proceso de envejecimiento activo implica no entenderlo como una meta a la que dirigirse, ni como una cuestión de éxito o fracaso. Si el objetivo es lograr que el envejecimiento sea una experiencia satisfactoria, en la que se viva con salud y autonomía, productividad y protección, es necesario optimizar las oportunidades de bienestar físico, psíquico, social y mental durante toda la vida con la intención de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez (OMS, 1998, 2002).

Determinantes de un envejecimiento activo

La revisión de la literatura científica en torno al envejecimiento activo realizada por Depp y Jeste en 2006 destaca diez aspectos principales en la determinación de un proceso de envejecimiento como exitoso: habilidad funcional, funcionamiento cognitivo, satisfacción con la vida y bienestar, participación social, presencia/ausencia de enfermedad, longevidad, autopercepción de salud, personalidad, medio ambiente y renta. Al identificar estos factores el envejecimiento se considera como un ***“proceso de desarrollo bio-psico-social”***. Hablar de ***proceso*** supone hacer referencia a su carácter dinámico, en el que no existe una fractura o desintegración, sino que conforma una etapa más del ciclo vital, en la cual la persona cuenta con un cúmulo de experiencias y recursos adquiridos en etapas anteriores de su vida. Además es un proceso natural, porque no es una enfermedad, sino una oportunidad de vivir y contemplar la vida desde nuevas perspectivas. Por otro lado, se habla de ***desarrollo***, porque al igual que en otras etapas de la vida, implica cambio, aprendizaje, adaptación, enriquecimiento e incorporación de recursos y elementos nuevos que permiten hacer frente a conflictos existenciales. Al mismo tiempo, en este proceso de envejecimiento se destaca lo personal (por ser individual y estar influenciado por deseos y expectativas y que tiene lugar en una sociedad concreta y cambiante) y lo social (porque hace referencia a la necesidad de todas las

personas de cualquier edad de sentirse útiles socialmente, capaces de contribuir a la felicidad ajena y de mantener un equilibrio entre dar y recibir). Y por último, se considera desarrollo social compartido, porque la persona de edad avanzada pertenece a un grupo o colectivo en el que debe y tiene derecho a desarrollar una función social y personal enriquecedora.

Siendo estos factores los que caracterizan a todo proceso de envejecimiento, para que éste pueda considerarse como envejecimiento activo es necesario incorporar nuevos elementos. En este sentido, Baltes y Baltes (1990) identifican tres mecanismos fundamentales para explicar el proceso de envejecer activamente: selección, optimización y compensación (SOC). Estos autores defienden que la persona que envejece activamente hace una **selección** de aquellas conductas específicas que le ayudan a **optimizar** sus recursos y de esta forma, **compensar** los declives experimentados en su trayectoria vital. El manejo de estas habilidades denotará una persona integrada, que resuelve de manera consciente o inconsciente las situaciones cotidianas que tiene que afrontar y que por lo tanto se muestra resiliente y empoderada (Staudinger, Marsiske & Baltes, 1995). Fernández Ballesteros (1998) señala que, para que estos factores promuevan un proceso de envejecer de modo exitoso, es necesario el concurso de un cuarto mecanismo, el de **normalización** (SOCN). La normalización está dirigida a facilitar que el sujeto siga desarrollando su actividad en sus contextos habituales, continuando en la medida de lo posible con los comportamientos de su vida adulta. El objetivo es el de conservar un funcionamiento normalizado, esto es, mantener los mismos niveles de actividad y competencia en la vida adulta que en la vejez. Se trata de un proceso que implica tanto a la persona como a los responsables de la atención a los mayores. En otras palabras, el envejecimiento activo exige un compromiso tanto a nivel individual, mediante el aprendizaje de estilos de vida saludables, como a nivel colectivo, a través de la promoción y la prevención de la calidad de vida.

En consecuencia, un elemento clave para la construcción de un envejecimiento activo es, sin lugar a duda, la promoción de la participación social. La idea de participación como clave en el fomento y autopercepción de un envejecimiento activo se ha ido consolidando en la última década. Con motivo de la formulación del II Plan Internacional

de Acción sobre Envejecimiento de Naciones Unidas, referido al fomento de la participación social de las personas mayores, en el año 2002 la Organización Mundial de la Salud define el concepto de envejecimiento activo como *“el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen”* (OMS, 2002; p.79). Siguiendo esta definición, el envejecimiento activo consistiría en dar oportunidades a las personas mayores, grupos y sociedades para potenciar su bienestar físico, psíquico y social a lo largo de su vida a través de la participación continua en ámbitos sociales, económicos, culturales y cívicos. La evidencias muestra que ésta favorece la salud, el bienestar biológico, psicológico y social de la persona mayor. Así, las Administraciones deberán promover acciones para crear espacios físicos y sociales tomando en consideración los factores determinantes de este envejecimiento activo: determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y sociales; determinantes conductuales de la persona; del entorno físico; sociales; personales; económicos, junto al sexo y a la cultura como ejes transversales que influyen a los demás (OMS, 2002). Y así potenciar opciones para que los mayores puedan desarrollar el envejecimiento que deseen, ya sea dentro de sus familias, en los vecindarios o en la sociedad civil.

3. El contexto de la Intervención

El proyecto de investigación que se presenta se desarrolla en el marco de un proyecto de intervención para poner en funcionamiento y dotar de actividad al Centro de Participación Activa del Polígono Sur de Sevilla. El proyecto está liderado desarrollado por CLAROS SCA de Interés social en cooperación con El Roble SCA y la ONG Solidarios para el Desarrollo.

Según figura en la página web de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación de la Junta de Andalucía, los Centros de Participación “son centros de promoción del bienestar de las personas mayores tendentes al fomento de la convivencia, la integración, la participación, la solidaridad y la relación con el medio social, pudiendo servir, sin detrimento de su finalidad esencial, de apoyo para la prestación de Servicios Sociales y Asistenciales a otros sectores de la población”¹. Los CPA ofertan actividades sociales, de auto ayuda, culturales, recreativas, deportivas, musicales, artesanales, turísticas, etc.

1

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadpoliticassocialesyconciliacion/areas/mayores/envejecimiento-activo/paginas/centros-dia.html>. Recuperado el 15 de febrero de 2019

El CPA donde se desarrolla la investigación se halla enclavado en el Polígono Sur, una barriada con un pobre desarrollo urbanístico, con escasos servicios sociales y culturales y con importantes problemas que impiden un desarrollo integral del barrio. En el Polígono Sur viven, oficialmente, 28.711, con una población mayor de 65 años del 15% según datos de del Padrón de Sevilla de 2017.. Estamos pues, ante un colectivo compuesto por unas 4.500 personas que conviven en un entorno muy degradado. Este barrio, ejemplo claro de los procesos de gentrificación que ha provocado la especulación urbanística, siempre ha tenido que convivir con los constantes realojos de grupos de población muy desfavorecidos, generalmente muy pobres y sobre todo marginales, procedentes de otras zonas del resto de la ciudad, que a su vez han ido atrayendo a redes familiares de otras ciudades en la misma situación, y que ha mermado cada vez más la capacidad socializadora del barrio y de sus gentes, dando paso a multitud de escenas urbanas que dan cuenta de la marginación social que también habita en sus calles (criadero de animales en el espacio público, indisciplina urbanística, tráfico de drogas, alto niveles de ruido, inseguridad vial,...). A pesar de ello, El Polígono Sur es un lugar paradójico. En él hay muchos espacios donde la ciudadanía ha construido sus historias, mantienen relaciones sociales cotidianas, sólidas, ricas y diversas; en ellos los vecinos y las vecinas han vivido hitos, se reconocen y son reconocidos. Desde la aparición de “La Peña” en los años 60, como primera forma de organización vecinal, hasta la Plataforma “Nosotros también somos Sevilla” en la actualidad, pasando por multitud de asociaciones y colectivos, coordinadoras, proyectos de ámbito comunitario, y el día a día de sus gentes, han ido contribuyendo tanto a vertebrar el tejido social, como, entre otras cuestiones, a posibilitar la subsistencia de muchas personas por la multitud de mecanismos y redes de apoyo que se han desarrollado, y que constituyen “su forma de ser”.

El proyecto desarrollado por CLAROS, El Roble y Solidarios en el Polígono sur tiene se articula entorno a dos grandes ejes de actuación: (a) mejorar la Calidad de Vida de las personas mayores el barrio a través del fomento de un Envejecimiento Activo y Saludable; y (b) integrarse en el barrio y su tejido asociativo colaborando con las acciones que se desarrollan desde el Comisionado del Polígono Sur.

Para ello cuenta con tres grandes estrategias de intervención:

- a) promoción e impulso de los programas de envejecimiento activo
- b) promoción del acceso por parte de las personas mayores a unas condiciones de vida digna e independiente

- c) incentivar la participación en la vida social, educativa y cultural de la comunidad

Objetivos del proyecto

El objetivo principal de este proyecto es, a través de la identificación y evaluación de los indicadores de calidad de vida y salud, encontrar evidencias empíricas que vinculen la salud con la calidad de vida como promotoras del envejecimiento activo tras participar en un programa de intervención en el Centro de Participación. Los objetivos específicos son:

Identificación y evaluación de los indicadores de calidad de vida de la población mayor residente en Polígono Sur mediante pruebas estandarizadas.

Evaluar el efecto de la participación social en el Centro de Participación Activa en la mejora de la calidad de vida y la promoción del envejecimiento activo.

METODO

Participantes:

La muestra estuvo compuesta por 68 participantes con edades comprendidas entre los 54 y los 90 años (Mean=72.4 y SD=9.29) que asisten al Centro de Participación Activa de Polígono Sur. El 23.5% son hombres y el 76.5% son mujeres. El 100% de la muestra tiene un nivel de estudios bajo, esto es que o no tienen estudios o no han finalizado los estudios básicos. El 100% viven en su casa, solos el 42.6% y acompañados el 57,4%.

Con relación al nivel de ingresos de la unidad familiar, el 13.2 % tiene un nivel de ingresos inferior a 500 euros, el 85.3% entre 501 y 100 euros y el 1.5% restante superior a 1001 euros. La mayoría de ellos están jubilados (80.9%) frente al 19.1% restante que están desempleados. Y, por otro lado, el 88.2% toma alguna medicación y el 11.8% restante no toma ninguna medicación.

En el tiempo 2 el número de participantes se redujo a 45 por mortandad de la muestra debido a enfermedad y/o cuidado de familiares. Todos ellos reflejan las ganas de reincorporarse al Centro cuando su vida vuelva a la cotidianeidad anterior.

Instrumentos

La batería de pruebas estuvo compuesta por 4 escalas: el *Cuestionario Mini-Examen cognoscitivo-MEC*; el *Cuestionario Apgar familiar*; *La escala de satisfacción vital* y la *Escala de calidad de vida Fumat*.

El cuestionario *Miniexamen Cognoscitivo (MEC)* de Lobo et al. (1979), es una escala de que se usa para detectar la existencia de deterioro cognitivo y el grado que alcanza el mismo. Es una traducción al castellano del *Minimental Test* (NMT) de Folstein llevada a cabo por Lobo et al. (1979). Esta escala se compone de varios bloques: preguntas de orientación; memoria de fijación; concentración y el cálculo; memoria diferida y lenguaje y construcción.

La puntuación máxima que se obtiene con este test es de 35, siendo la puntuación de 23 el punto de corte para diagnosticar deterioro cognitivo. Esta escala se ha utilizado como test de screening.

Cuestionario Apgar familiar (Smilkstein, 1978), es una escala que mide la percepción de la funcionalidad de la familia en cinco funciones básicas: adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos. Está compuesta de 5 ítems con opciones de respuesta múltiple de 0 (nunca) a 4 (casi siempre).

Escala de satisfacción vital – SWLS (Diener et al., 1985) es una escala tipo Likert del 1 al 7, donde el 1 es “Totalmente en desacuerdo” y 7 “Totalmente de acuerdo”. Esta escala se compone de cinco ítems para valorar la satisfacción vital de las personas encuestadas.

Escala de calidad de vida Fumat (Verdugo, Gómez y Arias, 2009), es una escala que mide la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales de forma objetiva. Se compone de 57 ítems divididos en 8 factores: Bienestar emocional, Bienestar físico, Bienestar material, Relaciones interpersonales, Inclusión social, Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos. La escala de respuesta es tipo Likert con 4 opciones de respuesta (de nunca o casi nunca a siempre o casi siempre).

Procedimiento

La recogida de datos se realizó en dos tiempos: en el mes de mayo (T1) y en noviembre (T2) de 2018. La *primera* recogida de datos corresponde al momento de inicio

de actividad e inauguración del Centro de Participación Activa Polígono Sur y el segundo momento en el mes de noviembre transcurridos seis meses del inicio de la actividad. La participación de los mayores fue voluntaria teniendo el consentimiento informado de todos ellos. Los datos fueron recogidos por dos becarias de investigación.

La batería de pruebas se cumplimentó de forma individual en un tiempo medio estimado de 40 minutos por sujeto.

RESULTADOS

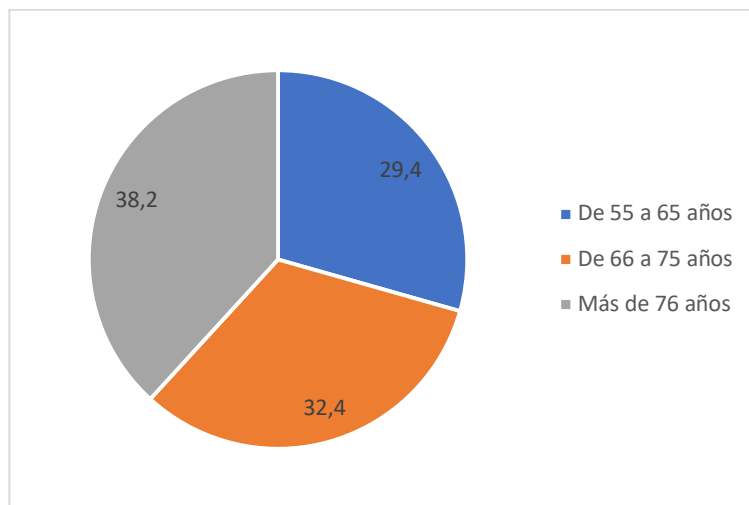
El análisis de los datos se divide en tres subapartados:

1. Análisis descriptivo del perfil de los participantes según las variables sociodemográficas incluidas en el estudio.
2. Análisis descriptivo de las puntuaciones alcanzadas en las escalas utilizadas por los participantes.
3. Análisis de los efectos de la participación en los diferentes talleres en la mejora de la calidad de vida de los participantes en el estudio.

1. Análisis descriptivo de la muestra

La edad media de la muestra fue de 72,4 años, con edades comprendidas en un intervalo entre los 54 y los 90 años (Media=72.4 y SD=9.29). Se crearon tres grupos de edad para el análisis de los datos. El primer grupo de edad estaba constituido por 20 personas entre 54 a 65 años, el segundo grupo por 22 personas entre 66 y 75 años, y el tercer grupo por 26 personas de más de 76 años (ver tabla XX, y figura XX).

Tabla XX. Distribución Edad por grupos		
Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
De 54 a 65 años	20	29,4
De 66 a 75 años	22	32,4
Más de 76 años	26	38,2
Total	68	100,0

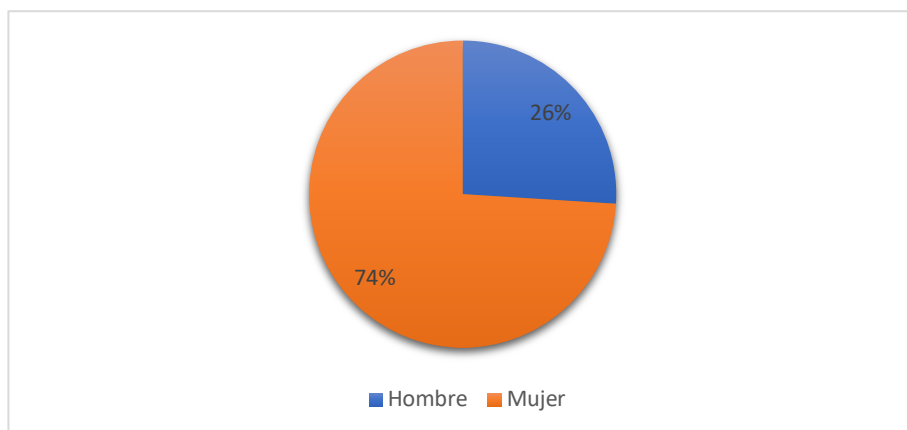


Gráfica 1. Distribución por edades

La distribución de la muestra por género de 16 hombres, un 23.5% de la muestra, y de 52 mujeres, el 76.5% (ver tabla XX, y figura XX)

Tabla ¡Error! No hay texto con el estilo especificado en el documento.-1. Distribución de la muestra por género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	16	23,5
Mujer	52	76,5
Total	68	100,0

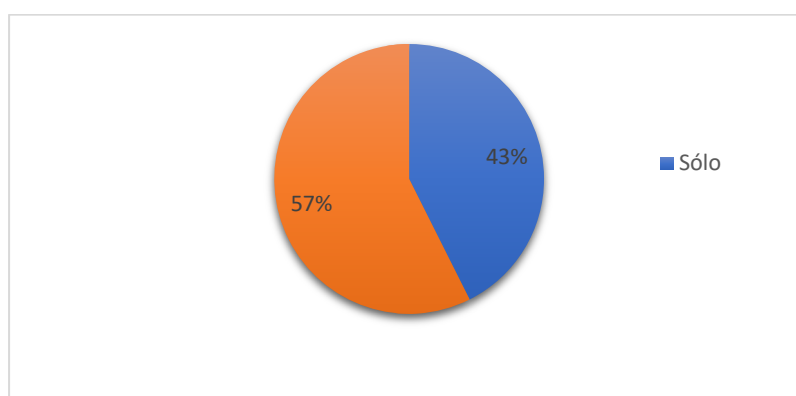


Gráfica 2. Distribución por género

Si nos centramos en la convivencia en el hogar, observamos que el 42,6% de la muestra viven solos frente al 57.42% que viven acompañados (véase tabla XX y figura XX).

Tabla ¡Error! No hay texto con el estilo especificado en el documento.-2. Distribución de la muestra por Convivencia

Convivencia	Frecuencia	Porcentaje
Solo	29	42,6
Acompañado	39	57,4
Total	68	100,0



Gráfica 3. Distribución por modelo de convivencia

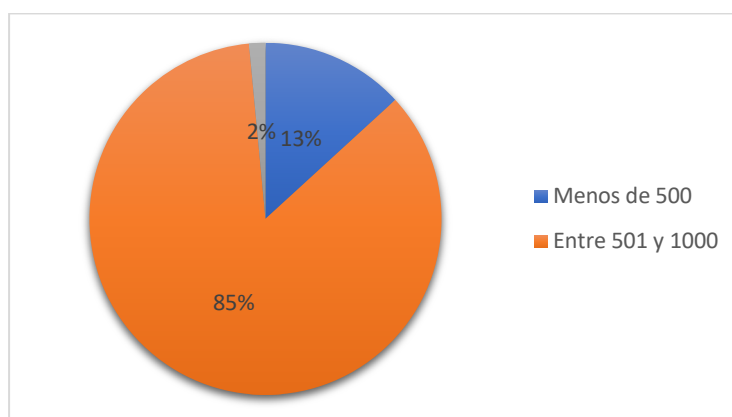
Con relación al nivel de estudios, los datos son elocuentes el 100% de la muestra tiene un nivel de estudios bajo, esto es que o no tienen estudios o no han finalizado los estudios básicos.

La siguiente variable sociodemográfica que analizamos es el nivel de ingresos mensuales. Para poder analizar esta variable la dividimos en tres valores. Ingresos en la unidad familiar inferior a 500 euros que en nuestra muestra fue del 13.2 %, ingresos de entre 501 y 1000 euros que representa en nuestra muestra el grueso de ella con un 85.3% y el 1.5% restante superior a 1000 euros.

Tabla ¡Error! No hay texto con el estilo especificado en el documento.-3. Distribución de la muestra por ingresos mensuales

Ingresos	Frecuencia	Porcentaje
----------	------------	------------

menos de 500	9	13,2
entre 501 y 1000	58	85,3
entre 1001 y 2000	1	1,5
Total	68	100,0

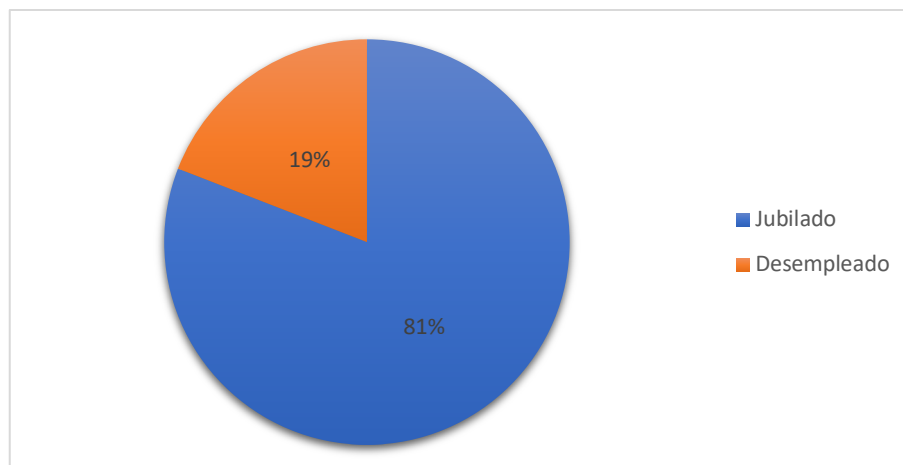


Gráfica 4. Distribución por nivel de ingresos

Una variable muy relevante en la descripción de datos sociodemográficos es el tipo de ocupación que tiene la muestra de personas que acuden el CPA. Observamos que el 80,9% de la muestra es pensionista, mientras que el resto está desempleada 19,1%.

Tabla ¡Error! No hay texto con el estilo especificado en el documento.-4. Distribución de la muestra por ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Jubilado	55	80,9
Desempleado	13	19,1
Total	68	100,0

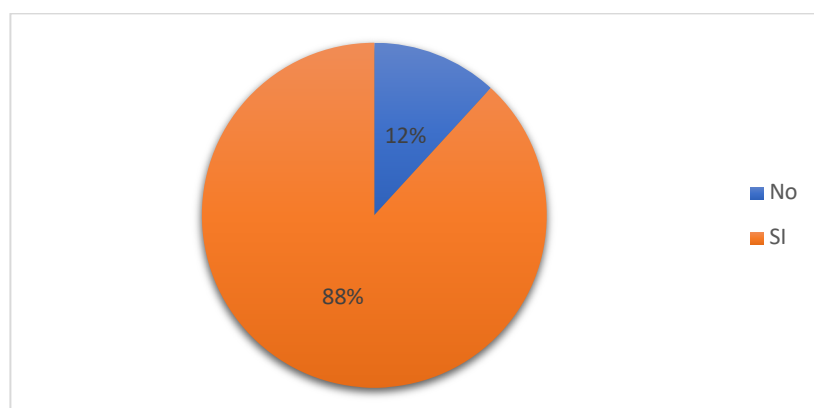


Gráfica 5. Distribución por tipo de ocupación

La última de las variables sociodemográficas que presentamos es sobre la toma de medicamento o no. Observamos que el 11.8% de los participantes no toma ninguna medicación y el 88.2% restante se médica.

Tabla *¡Error! No hay texto con el estilo especificado en el documento.*-5. Distribución de la muestra por toma de medicación

Medicación	Frecuencia	Porcentaje
No	8	11,8
si	60	88,2
Total	68	100,0



Gráfica 6. Distribución por uso de medicación

a. Análisis de participación de la muestra.

En este apartado analizaremos el nivel de participación de la muestra en actividades regladas y la distribución entre los distintos talleres que se desarrollan en el CPA.

Comenzamos analizando si los participantes además de acudir a el CPA también participan en otros centros como la Universidad de Mayores. Observamos que el 97,1% no participan y que el 2,9% si lo hacen.

Tabla ¡Error! No hay texto con el estilo especificado en el documento.-6. Distribución de la muestra participación Universidad Mayores

Participación	Frecuencia	Porcentaje
No	66	97,1
Si	2	2,9
Total	68	100,0

Respecto a la participación en otros centros, como asociaciones de vecinos, Centro Cívico Esqueleto, Las letanías, etc. observamos que el 48.5% si participan y el 51,5 no lo hacen.

Tabla ¡Error! No hay texto con el estilo especificado en el documento.-7. Distribución de la muestra participación en Otras

Participación	Frecuencia	Porcentaje
No	35	51,5
Si	33	48,5
Total	68	100,0

Respecto a cómo se distribuyen entre los distintos talleres del CPA los datos muestran que en el taller Punto de Encuentro participan el 16,2% de la muestra analizada.

Tabla ¡Error! No hay texto con el estilo especificado en el documento.-8. Distribución de la muestra participación en Punto de encuentro

Participación	Frecuencia	Porcentaje
No	57	83,8
Si	11	16,2
Total	68	100,0

En el taller de Gimnasia participa el 79,4% de la muestra, convirtiéndose en el taller con más participación de la muestra

Tabla ¡Error! No hay texto con el estilo especificado en el documento.-9. Distribución de la muestra participación en taller Gimnasia

Participación	Frecuencia	Porcentaje
No	14	20,6
Si	54	79,4
Total	68	100,0

En cuanto a el taller de Sevillanas, en el que todas son mujeres, observamos que el nivel de participación es del 22,1%

Tabla ¡Error! No hay texto con el estilo especificado en el documento.-10. Distribución de la muestra participación en taller Sevillanas

Participación	Frecuencia	Porcentaje
No	53	77,9
Si	15	22,1
Total	68	100,0

Porcentaje más bajo de participación tiene el taller de costura donde sólo el 5,9% de la muestra participa, siendo de nuevo todas mujeres.

Tabla ¡Error! No hay texto con el estilo especificado en el documento.-11. Distribución de la muestra participación en taller Costura

Participación	Frecuencia	Porcentaje
No	64	94,1
Si	4	5,9
Total	68	100,0

En el taller de Reiki, técnica pseudo-terapéutica participan el 19,1% y de nuevo son todas mujeres.

Tabla ¡Error! No hay texto con el estilo especificado en el documento.-12. Distribución de la muestra participación en taller Reiki

Participación	Frecuencia	Porcentaje
No	55	80,9
Si	13	19,1
Total	68	100,0

El próximo taller que analizamos es el de Memoria. Los datos muestran que el 27,9% de los participantes acuden a este taller.

Tabla ¡Error! No hay texto con el estilo especificado en el documento.-13. Distribución de la muestra participación en taller Memoria

Participación	Frecuencia	Porcentaje
No	49	72,1
Si	19	27,9
Total	68	100,0

El siguiente taller es el de Teatro. En el observamos que participan el 11,8% de la muestra, siendo de nuevo todas mujeres.

Tabla ¡Error! No hay texto con el estilo especificado en el documento.-14. Distribución de la muestra participación en Teatro

Participación	Frecuencia	Porcentaje
No	60	88,2
Si	8	11,8
Total	68	100,0

Por último, analizaremos el taller de Manualidades. En éste solo participan el 4,4% de la muestra.

Tabla ¡Error! No hay texto con el estilo especificado en el documento.-15- Distribución de la muestra participación en Manualidades

Participación	Frecuencia	Porcentaje
No	64	94,1
Si	3	4,4
Total	68	100,0

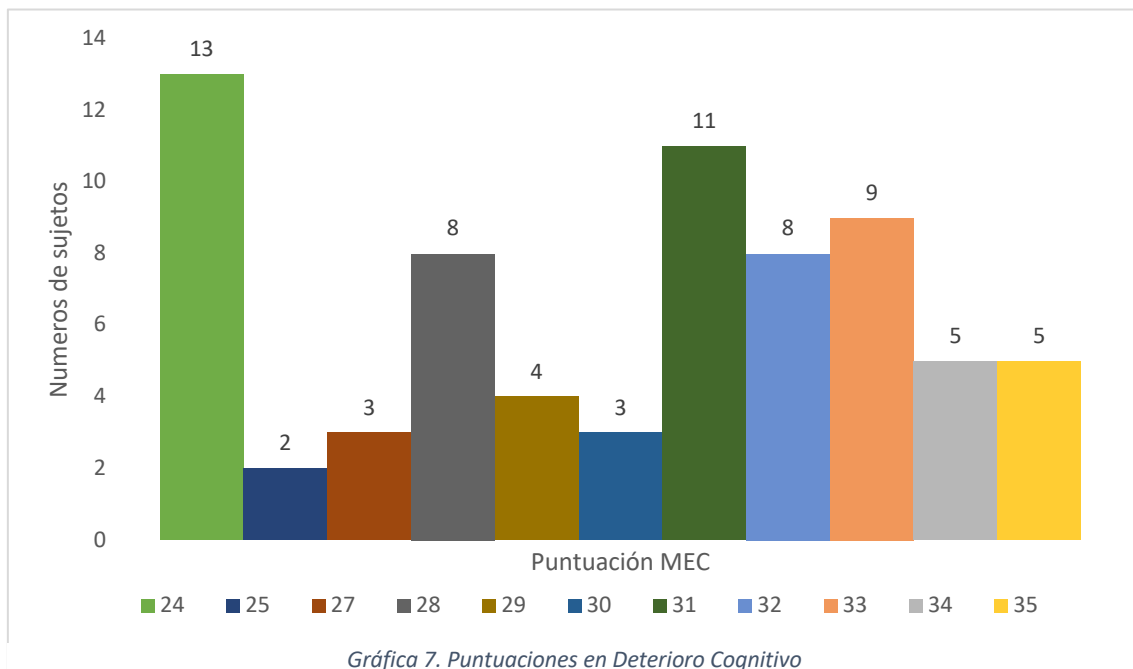
2. Análisis descriptivos de las puntuaciones en las escalas.

A continuación, analizaremos de forma descriptiva los datos de los participantes en cada una de las escalas utilizadas, estas son: Cuestionario del Mini-Examen cognoscitivo (MEC), Cuestionario Apgar familiar, Escala de satisfacción vital y escala de calidad de vida Fumat. Estos datos corresponden el inicio del estudio y tiene como objetivo caracterizar la muestra antes de la participación de la muestra en los talleres.

a) Cuestionario del Mini-Examen cognoscitivo (MEC).

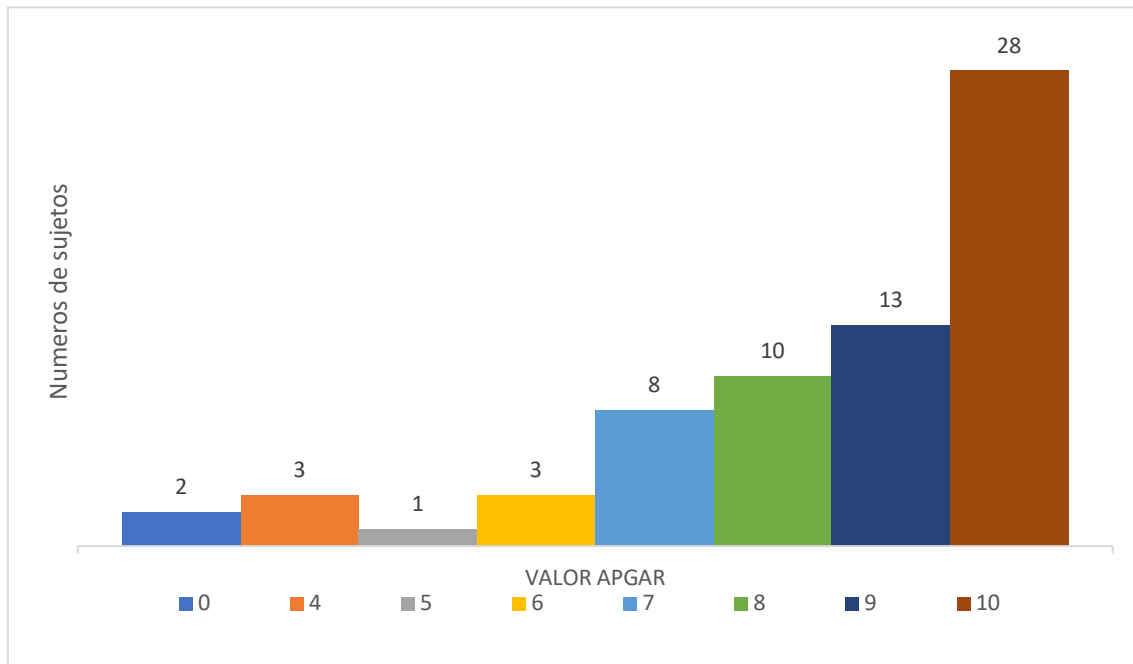
Los datos obtenidos a través del MEC, nos ofrece una panorámica general del estado cognitivo de los participantes al inicio del estudio. Este instrumento nos permite descartar personas que puedan sufrir algún tipo de deterioro cognitivo. De formar general podemos afirmar que los usuarios del CPA Polígono Sur no presenta deterioro cognitivo.

Recordemos que el punto de corte es de un valor de 23 para personas menores de 65 años y de un valor entre 27-28 para mayores de 65 años. Este test se utiliza como test de screening. En la figura siguiente se muestra la distribución de sujetos en las distintas puntuaciones del MEC.



b) Cuestionario Apgar familiar

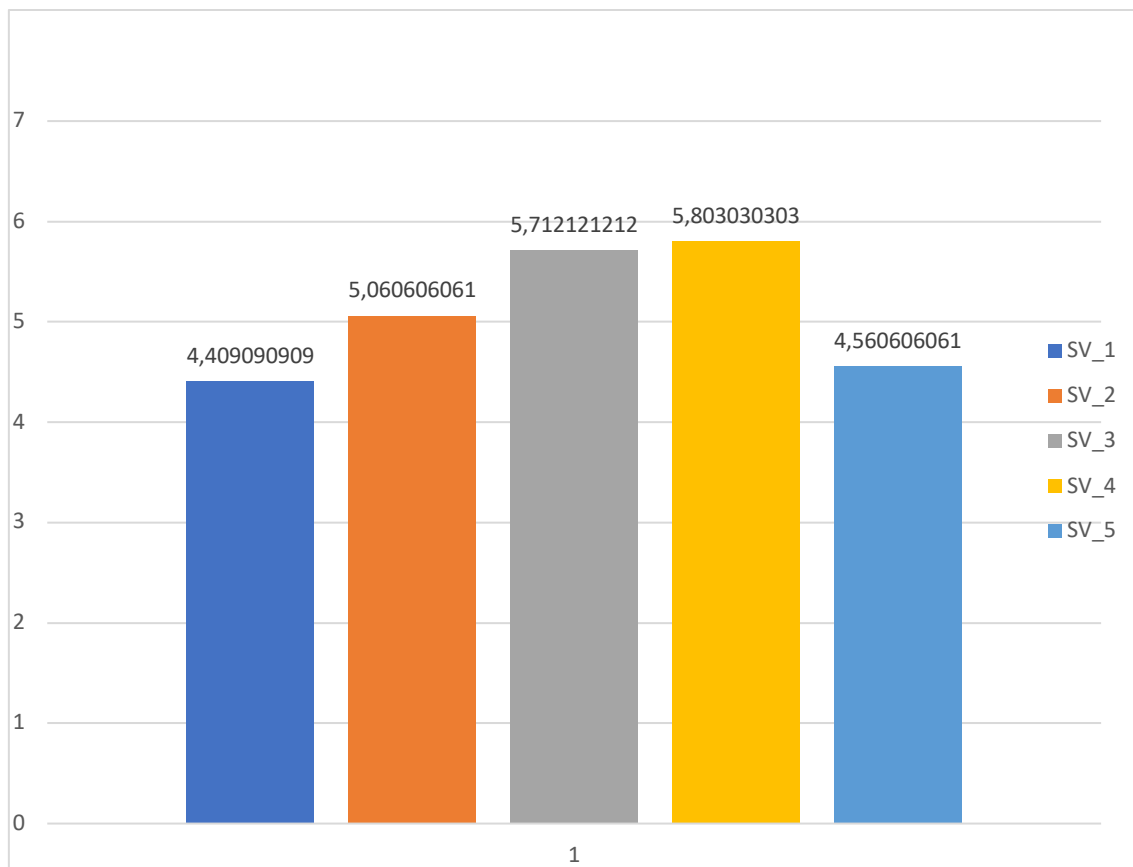
En el test de Apgar familiar, nos permite evaluar cómo percibe un individuo el funcionamiento familiar en un momento determinado, en este caso al inicio del estudio. La puntuación media observada es de 8.35 sobre un máximo de 10, lo que nos indica que los participantes perciben el funcionamiento familiar de una forma “normal” (los intervalos de puntuaciones para su interpretación son: Funcionalidad normal de 7-10 puntos; Disfunción moderada de 4-6 puntos y Disfunción grave de 0 a 3 puntos). No obstante, al tener una desviación tipo de 2.19 nos indica que hay usuarios con una disfunción moderada. La siguiente figura nos permite observar este hecho. Dos sujetos tendrían una percepción de disfunción familiar grave, siete sujetos tendrían una percepción de funcionamiento familiar moderada y el resto una percepción normal.



Gráfica 8. Puntuaciones en Apoyo Social

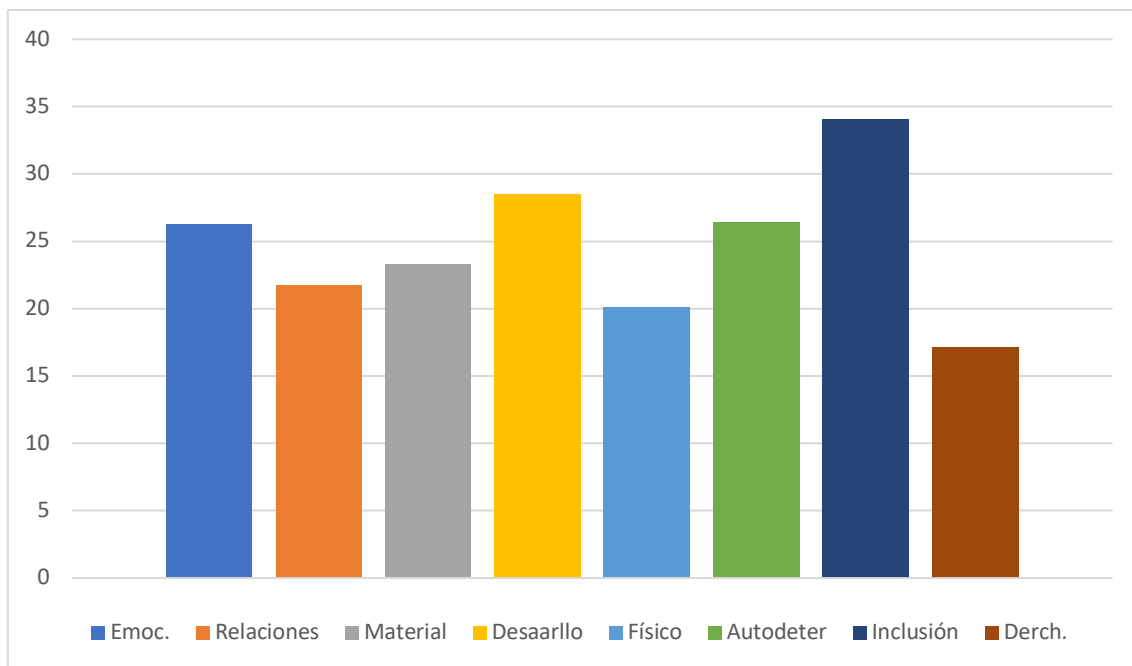
c) Escala de satisfacción vital – SWLS

La satisfacción vital nos permite valorar la percepción de satisfacción del sujeto con su vida. Esta escala se compone de cinco ítems y cada uno se valora de 1 a 7. El valor medio obtenido en nuestra muestra es de 5,03 lo que nos indica que los usuarios tienen una buena satisfacción vital al inicio del estudio. En la siguiente figura ilustra las puntuaciones medias obtenidas en cada pregunta.



d) Escala de calidad de vida Fumat

Es una escala que mide la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales de forma objetiva. Se compone de 57 ítems divididos en 8 factores: Bienestar emocional, Bienestar físico, Bienestar material, Relaciones interpersonales, Inclusión social, Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos. En la siguiente figura se puede observar la media obtenida en cada uno de los factores por parte de la muestra de usuarios a principio del estudio.



Gráfica 9. Factores de Calidad de Vida

- Bienestar emocional, pt directa de 26 que se corresponde con el percentil 63
- Relaciones interpersonales, pt directa de 21 que se corresponde con el percentil 75
- Bienestar material, pt directa de 23 que se corresponde con el percentil 25
- Desarrollo personal, pt directa de 28 que se corresponde con el percentil 84
- Bienestar físico, pt directa de 20 que se corresponde con el percentil 63
- Autodeterminación, pt directa de 26 que se corresponde con el percentil 84
- Inclusión social, pt directa de 34 que se corresponde con el percentil 91
- Derechos, pt directa de 17 que se corresponde con el percentil 75

3. Análisis de los efectos de la participación en las actividades del CPA

En este apartado nos centraremos en el estudio de los efectos que tuvo para los participantes en el estudio la realización de las diversas actividades desarrolladas en el CPA. En primer lugar, hay que señalar que no todos los participantes evaluados en el

primer momento continuaron con las actividades en el segundo momento de evaluación. De los 67 participantes iniciales sólo se pudo evaluar en el momento 2 a 43

Esta mortandad experimental se debe a que entre el momento 1 y 2 una parte sustancial de los participantes afrontaron problemas de salud, propios o de familiares próximos, desplazamientos debido al periodo estival, e incluso una cierta retracción personal causada por las altas temperaturas que reinan en Sevilla en el periodo estival. Por tanto la muestra sobre la que se realiza el estudio de impacto de la participación en el CPA tiene las siguientes características:

Tabla ¡Error! No hay texto con el estilo especificado en el documento.-16. Cambios en la muestra entre T1 y T2

Muestra en T1	Muestra en T2
68 Participantes · 52 mujeres – 16 Hombres	43 participantes · 36 mujeres – 7 Hombres
Edad: · 54 a 65 años: 20 · 66 a 75 años: 22 · Más de 75 años: 26	Edad: · 54 a 65 años: 13 · 66 a 75 años: 22 · Más de 75 años: 8
Hogar: · Solos: 29 · Acompañados: 39	Hogar: · Solos: 15 · Acompañados: 28

Como puede observarse en la tabla el principal descenso en la participación se produce entre personas de más de 75 años y entre personas que viven solas

Para evaluar el efecto de la participación en la calidad de vida de los usuarios del CPA tratamos de responder a tres preguntas:

- ¿Se producen mejoras en la calidad de vida de los usuarios como consecuencia de su participación en las actividades propuestas por el CPA?
- Si hay mejora, ¿qué características tienen los usuarios que se benefician de esa participación?
- ¿Esas mejoras, si se producen, se transfieren de algún modo a determinadas facetas de la vida cotidiana de los usuarios?

Para contestar a las dos primeras preguntas se empleó la técnica de Análisis de Conglomerado en dos etapas (Cluster Bietápico). Siguiendo a Vilà Baños, Rubio Hurtado, Berlanga Silvente y Torrado Fonseca, (2014): “*el clúster es una técnica de clasificación que sirve para poder detectar y describir subgrupos de sujetos o variables homogéneas en función de los valores observados dentro de un conjunto aparentemente*

heterogéneo. Se basa en el estudio de las distancias entre ellos, lo cual permite cuantificar en el análisis el grado de similitud, en el caso de las proximidades, y el grado de diferencia, en el caso de las distancias. Como resultado aparecen agrupaciones o clústeres homogéneos” (pág. 119)

La tercera pregunta se contestará empleando análisis correlacionales entre las medidas de calidad de vida aportadas por la escala FUMAT y los resultados obtenidos por los participantes en las escalas de deterioro cognitivo, redes sociales y satisfacción vital.

a) Mejoras en la calidad de vida

Para aplicar el procedimiento de Cluster Bietápico o conglomerados en dos fases se analizó el comportamiento de cada sujeto en cada uno de los factores de la Escala Fumat comparando la actuación en el momento inicial y tras la participación en las actividades del CPA. Las variables se dicotomizaron de modo que cada sujeto aparecía como Mejora (valor=1) o No Mejora (valor =0) en cada uno de los 8 factores: Bienestar emocional, Bienestar físico, Bienestar material, Relaciones interpersonales, Inclusión social, Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos.

El procedimiento de Clusters Bietapiuco permite agrupar a los participantes en tres grupos homogéneos, con una calidad de agrupación suficiente (ver gráfica 10):



Gráfica 10. Calidad del Modelo de Agrupación

El modelo genera tres agrupaciones diferentes que se describen en las dos gráficas siguientes (gráfica 11 y 12). Para interpretar la gráfica 11 hay que tomar en consideración

que el valor 1 representa sujetos que Mejoran en el factor y el valor 0 representa a los sujetos que No Mejoran en el factor. Como puede observarse en ambas gráficas, el modelo permite identificar un cluster o grupo de usuarios que no presentan mejoras consistentes en los diferentes factores que componen la escala Fumat de Calidad de Vida. Este es el

Agrupaciones

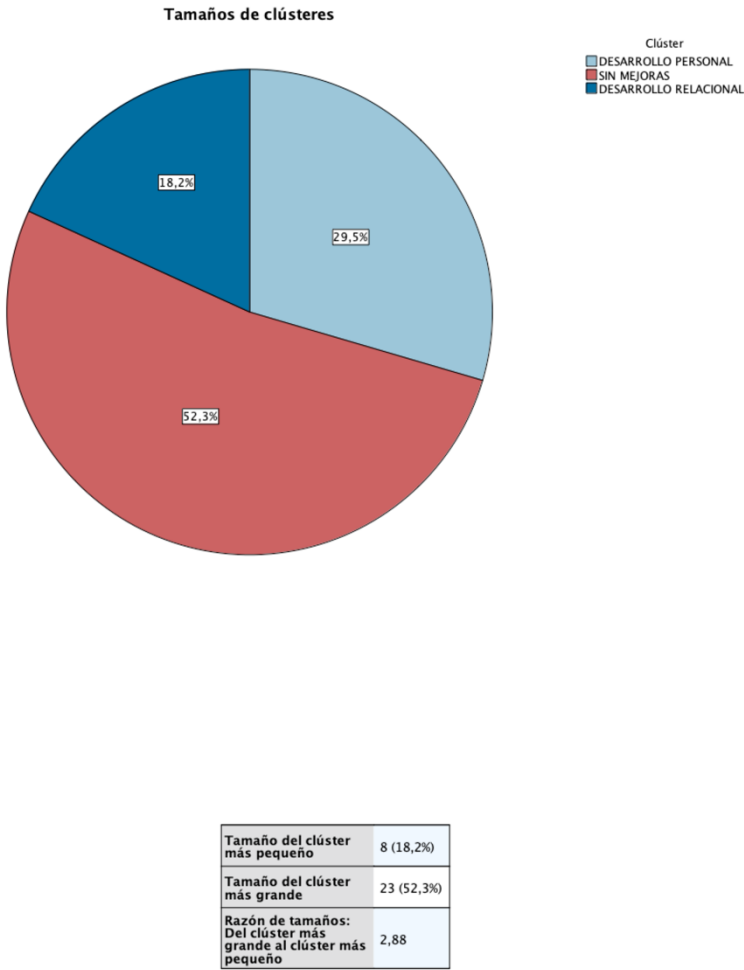
Importancia de entrada (predictor)
 1,0 0,8 0,6 0,4 0,2 0,0

Clúster	2	1	3
Etiqueta	No Mejora	Mejora Des. Personal	Mejora Rel. Interpersonales
Descripción	Usuarios que no manifiestan mejora en los indicadores de calidad de vida	Usuarios que mejoran en indicadores de autonomía y desarrollo personal	Usuarios que mejoran en relaciones interpersonales
Tamaño	52,3% (23)	29,5% (13)	18,2% (8)
Entradas	Des. Personal 0,00 (100,0%)	Des. Personal 1,00 (100,0%)	Des. Personal 0,00 (75,0%)
	Rel. Interperson. 0,00 (91,3%)	Rel. Interperson. 0,00 (53,8%)	Rel. Interperson. 1,00 (100,0%)
	Inclus. Social 0,00 (82,6%)	Inclus. Social 1,00 (61,5%)	Inclus. Social 0,00 (87,5%)
	Autodetrmin. 0,00 (69,6%)	Autodetrmin. 1,00 (61,5%)	Autodetrmin. 0,00 (100,0%)
	Bienest. Material 0,00 (82,6%)	Bienest. Material 0,00 (53,8%)	Bienest. Material 0,00 (100,0%)
	Derechoc 0,00 (56,5%)	Derechoc 1,00 (61,5%)	Derechoc 0,00 (87,5%)
	Binest. Fisico 0,00 (69,6%)	Binest. Fisico 0,00 (61,5%)	Binest. Fisico 0,00 (100,0%)
	Bienest. Emocional 0,00 (65,2%)	Bienest. Emocional 1,00 (61,5%)	Bienest. Emocional 1,00 (62,5%)

grupo mayoritario de usuarios y suponen el 52,3% de los usuarios evaluados. Un segundo

Gráfica 11. Formación e identificación de Clusters

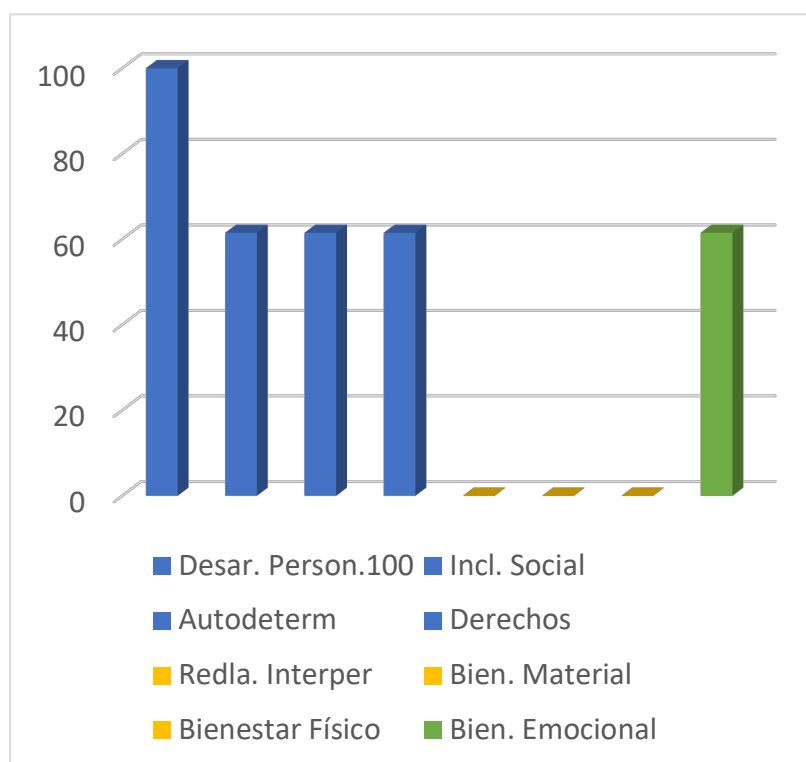
grupo está compuesto por usuarios que presentan evidentes mejoras en los factores relacionados con la autonomía y el desarrollo personal pero que no reflejan mejoras en el factor que remite a las relaciones interpersonales. Este grupo engloba al 29,5 de los usuarios. Finalmente, el tercer cluster o grupo está compuesto por usuarios que mejoran en sus relaciones personales pero que no lo hacen en las dimensiones relacionadas con el crecimiento personal. Este grupo representa al 18,2% de los usuarios.



Gráfica 12. Peso de los diferentes clusters identificados

Las gráficas 13 y 14 representan el porcentaje de usuarios incluidos en cada una de las agrupaciones que mejoran en un factor de calidad de vida determinado. Como puede observarse en la gráfica 13, los usuarios ubicados en el Cluster de Desarrollo Personal presentan mejoras en los factores vinculados con la autonomía y el crecimiento personal.

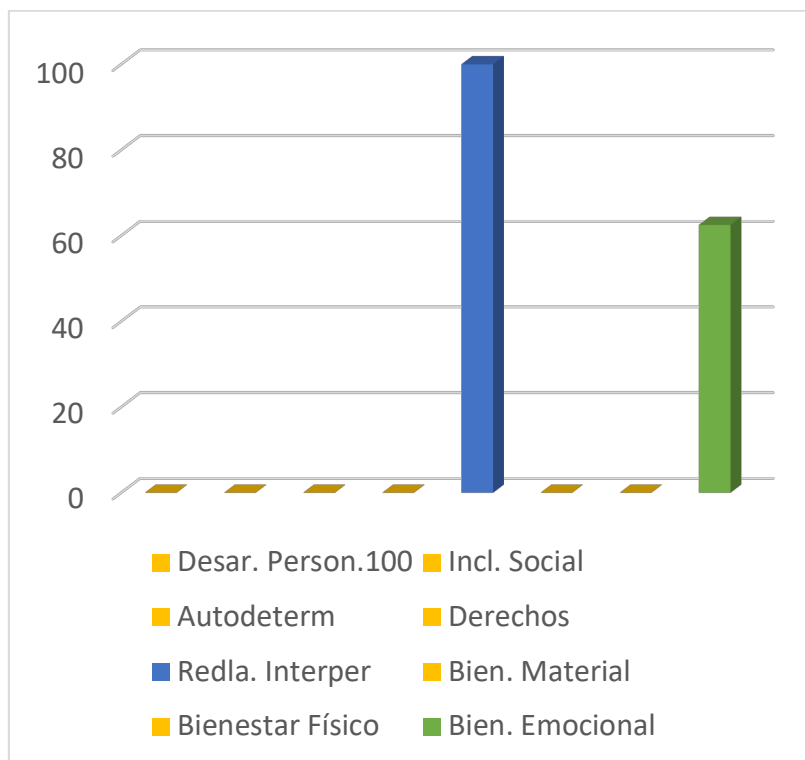
Así, el 100% de los usuarios incluidos en este grupo mejoran en el factor de Desarrollo Personal. Y el 63% lo hacen en alguno de los factores relacionados con esta dimensión de la calidad de vida: inclusión social, autodeterminación o defensa de los propios derechos. A su vez también un 63% de los miembros del grupo presenta mejoras en el factor de Bienestar Emocional, si bien, como comentaremos más adelante, esta mejora es compartida con los miembros de el otro cluster. Finalmente, ninguno de los usuarios incluidos en este grupo presenta mejoras en los factores de relaciones interpersonales, bienestar material y bienestar físico. Como en el caso del bienestar emocional, la ausencia de mejora en los factores de bienestar físico y material es compartida con el segundo cluster de mejora.



Gráfica 13. Características de los usuarios agrupados en el CLUSTER: Desarrollo Personal

La gráfica 14 representa los factores de la calidad de vida en los que mejoran los usuarios incluidos en el cluster de Mejoras en la Relaciones Interpersonales. Como puede verse en la gráfica, los usuarios incluidos en esta gráfica solo mejoran en el factor de Relaciones Personales, en el que lo hacen el 100% de sus miembros, y en el Factor de Bienestar Emocional, en el que la mejora se aprecia en el 63% de los miembros del grupo. Esta mejora en el factor de Bienestar Emocional, como hemos comentado en el párrafo anterior es compartida con los usuarios englobados en el grupo de mejora de factores de

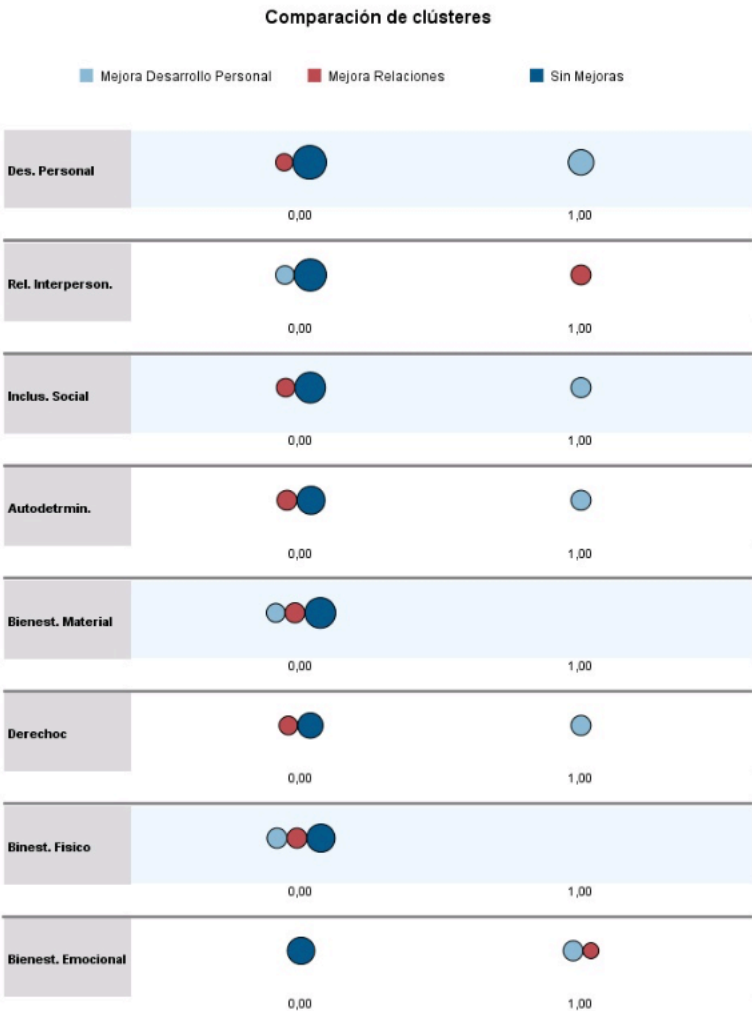
carácter personal. Al igual que en el otro cluster de mejora, ninguno de los miembros del grupo mejora en Bienestar Físico o Material. Como elemento diferenciador del cluster anterior destaca que ninguno de los usuarios integrados en este grupo mejora en ningún factor de calidad de vida relacionado con el desarrollo y el crecimiento personal.



Gráfica 14. Características de los usuarios agrupados en el CLUSTER: Relaciones Interpersonales

A modo de resumen, podemos decir que, con una intervención de sólo 6 meses, y estando al inicio del proyecto de intervención evaluado, el 48% de los sujetos presentan evidentes mejoras en sus indicadores de calidad de vida. El modo en que se presenta esta mejora en la calidad de vida responde a dos patrones claramente diferenciados (clusters). Por un lado, se encuentra un grupo de usuarios que basa esta mejora en el desarrollo de factores vinculados con el conocimiento, el desarrollo personal y la adquisición de autonomía. Por otro lado, tenemos a un segundo grupo de usuarios que presentan mejoras en su calidad de vida fundamentalmente por una mejora en sus relaciones interpersonales. Cabe destacar que, en ambos grupos, se aprecia un incremento en el bienestar emocional. Esto es, los usuarios mejoran su calidad de vida por dos caminos diferentes. Por que la participación en el CPA les permite desarrollarse como personas, o porque esta

participación les permite ampliar su red de relaciones interpersonales. Eso si, en ambos casos, estos desarrollos están asociados a una mejora en el bienestar emocional. La gráfica 15 permite comparar la presencia y ausencia de los distintos factores de la calidad de vida en cada uno de los grupos de usuarios.



Gráfica 15. Comparación de CLUSTERS. Factores de mejora presentes y ausentes en cada grupo.

Clave explicativa:

El valor 0 indica ausencia del factor y el valor 1 presencia.

El tamaño del círculo representa la cantidad de usuarios

b) Tipologías de los usuarios que mejoran

Debido al reducido tamaño de los clusters de usuarios que mejoran (13 usuarios en el grupo de mejoras en desarrollo personal y 8 en el de mejoras en relaciones interpersonales) resulta complejo establecer un perfil definido de la tipología de los usuarios en cada una de las agrupaciones. Sin embargo si pueden apreciarse ciertas tendencias que resumimos a continuación.

En primer lugar, hay que indicar que sólo las variables de edad y sexo permiten establecer ciertos perfiles diferenciales en los grupos identificados. El resto de variables clasificadoras (vivienda, ocupación, medicación, ...) no marca diferencias. En relación al sexo, la única tendencia reseñable es que los datos apuntan a que la presencia de hombres en el grupo de mejora de relaciones interpersonales es más elevado de lo que cabría esperar según un modelo de equiprobabilidad. En relación a la edad, parece que, en términos comparativos, las personas de 66 a 74 años son las que más provecho obtienen de su participación en el CPA, y en particular en las dimensiones de desarrollo personal. A su vez, los usuarios más jóvenes, de 54 a 65 años, están infrarepresentados en el grupo de mejora en las relaciones personales.

Con la prudencia que el reducido número de casos por cluster aconseja, podemos establecer unas ciertas tendencias. Para usuarios que han entrado en la edad de jubilación su participación en el CPA les permite desarrollar nuevas habilidades de carácter personal y en menor medida, afianzar su mundo relacional. Como hemos visto en el apartado anterior, este desarrollo está asociado con incrementos en el bienestar emocional.

c) Transferencia de la mejora en calidad de vida a otros ámbitos

Para analizar si la mejora en la calidad de vida de los usuarios puede tener efectos en otros ámbitos de su vida cotidiana usamos un procedimiento de inferencia ya que todas las observaciones se realizaron en el CPA. Para ello analizaremos el modo en que cada uno de los 8 factores de la Calidad de Vida identificados con la escala Fumat se relacionan con el nivel de deterioro cognitivo, la calidad de los sistemas de apoyo social (redes sociales) y la satisfacción vital. En la tabla 17 podemos observar estos resultados.

Tabla 17. Correlaciones entre factores de calidad de vida y el resto de escalas.

Correlaciones		Ap. Soc.	Det. Cogn.	Sat. Vital
B. Emoc	Correlación de Pearson	,156	,213	,351
	Sig. (bilateral)	,313	,165	,020
	N	44	44	44
Rel. Interp.	Correlación de Pearson	,402	,165	,033
	Sig. (bilateral)	,007	,284	,832
	N	44	44	44
Ben. Mat.	Correlación de Pearson	-,164	,364	,226
	Sig. (bilateral)	,287	,015	,139
	N	44	44	44
Des. Person.	Correlación de Pearson	,075	,563	,116
	Sig. (bilateral)	,630	,000	,455
	N	44	44	44
Bien. Físico	Correlación de Pearson	,087	,085	,154
	Sig. (bilateral)	,575	,585	,319
	N	44	44	44

Autodet.	Correlación de Pearson	,054	,270	,101
	Sig. (bilateral)	,728	,077	,512
	N	44	44	44
Inc. Social	Correlación de Pearson	,018	,207	-,011
	Sig. (bilateral)	,908	,182	,943
	N	43	43	43
Derec.	Correlación de Pearson	-,096	-,075	,095
	Sig. (bilateral)	,536	,628	,541
	N	44	44	44

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

El estudio de las correlaciones apunta a que aquellos usuarios que puntúan más alto en el factor de Bienestar Emocional son los que más Satisfacción Vital presentan. Este dato es especialmente relevante considerado a la luz de los apartados anteriores. Debemos recordar que la característica común de las dos agrupaciones de usuarios que mejoraban, desarrollo personal y relaciones interpersonales, era que en ambos casos estaba presente una mejora en el bienestar emocional. A partir de este dato, podemos inferir que los usuarios para los que el CPA se convierte en una fuente de mejora de su calidad de vida van a experimentar mejoras en su satisfacción vital.

De modo paralelo, encontramos que los usuarios que puntúan más alto en el factor de relaciones interpersonales son los que más alto puntúan en la escala que mide el apoyo social. Siguiendo el mismo razonamiento que en el caso anterior, los usuarios que mejoran sus relaciones sociales a partir de su participación en el CPA podrán experimentar mejoras en la calidad de sus redes sociales.

Finalmente, observamos que el factor de de calidad e vida relacionado con el desarrollo personal se encuentra relacionado con mejores capacidades cognitivas, y por tanto con un menor deterioro en este campo. Siguiendo con la misma estructura argumentativa, los datos muestran evidencias de que si la participación en el CPA promueve el desarrollo de factores de calidad de vida relacionados con el crecimiento personal y la autonomía, este puede jugar un papel importante en el mantenimiento de la claridad cognitiva y por tanto ser una factor protector frente al deterioro cognitivo.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los datos presentados en este informe avalan de modo indubitado los efectos positivos que la participación en el CPA del Polígono Sur tiene para sus usuarios. Es cierto que estos resultados de mejora solo se presentan en el 50% de los participantes. Si bien este dato pudiera parecer pobre, hay que indicar justo lo contrario. Dado que el

estudio se desarrolla justo en la fase de puesta en funcionamiento del CPA y el periodo de evaluación solo registra el efecto de los primeros 6 meses de participación, los resultados son notables. Observamos que se producen mejoras en ámbitos de la calidad de vida que tienden a ser muy estables y que solo varían tras cambios de cierto calado en las condiciones de vida de las personas. En este caso, la participación en el CPA parece elevarse como un motor de cambio y de promoción de una calidad de vida que tiene su reflejo, como se ha señalado, en otros aspectos de la vida de los usuarios: mejora en el rendimiento cognitivo, mejora en las redes de apoyo social y mejora en la satisfacción vital.

Más allá de estos datos genéricos, los resultados apuntan a un hecho de especial relevancia a la hora de diseñar las actividades a desplegar por un CPA: existen modos diferenciados de *aprovechamiento* de la participación. Mientras que unos usuarios presentan mejoras en ámbitos relacionados con competencia de carácter personal ligados a la adquisición de nuevas habilidades y conocimiento, otros a su vez, encuentran en el CPA un lugar donde establecer nuevas relaciones interpersonales o fortalecer las ya existentes. Por tanto, un CPA con una oferta variada de actividades se puede convertir en un factor de promoción de la calidad de vida de sus usuarios incrementando su satisfacción vital y constituyéndose como un factor protector de las dos grandes amenazas que se ciernen sobre la población que envejece: el deterioro cognitivo y la soledad.

A partir de este punto, caben nuevos desarrollos para evaluar de un modo más detallado el efecto diferencial de la participación en las diversas actividades ofertadas por el CPA, de modo que esa oferta formativa y de desarrollo sea cada vez más efectiva y sobre todo, más ajustada a las necesidades de sus usuarios. Junto a éste, estará el reto de acceder a un número cada vez más amplio de usuarios, incluso a aquellos que pudieran sentirse reticentes a participar o con dificultades para hacerlo. No cabe duda, que a la luz de los resultados de este estudio, la intervención desarrollada en el CPA del Polígono Sur muestra evidencias de efectividad en la promoción de la calidad de vida de sus usuarios, y por tanto en una mejora de las condiciones en que éstas personas habitan en el Polígono Sur

Referencias:

- Aldwin, C. M. & Gilmer, D.F. (2006) (Eds.) *Health, Illness and Optimal Aging: Biological and psychosocial Perspectives*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora; Quality of life: an integrative definition. *Revista latinoamericana de psicología*, 35(2), 161-164.
- Baltes, M. M., & Lang, F. R. (1997). Everyday functioning and successful aging: the impact of resources. *Psychology and aging*, 12(3), 433.
- Baltes, P. B. (1993). The aging mind: Potential and limits. *The Gerontologist*, 33(5), 580-594.
- Baltes, P.B., y Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P.B. Baltes y M.M. Baltes (Eds.): *Successful aging: Perspectives from the behavioural sciences* (pp. 1-35). Cambridge UK: Cambridge University Press.
- Barnes, M. (2005) The same old process? Older people participation and deliberation. *Ageing & Society*, 25, 245-259.
- Bowling, A., & Windsor, J. (2001). Towards the good life: A population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2(1), 55-82.
- Casas, F. (1999). Calidad de vida y calidad humana. *Papeles del Psicólogo*, 74.
- Castellón, J. L. E., De La Cruz, C. P. R., & Corrales, R. (2003). Actividad física y enfermedad. En *Anales de medicina interna* (Vol. 20, No. 8, pp. 427-433).
- Chaturvedi, 1991 Chaturvedi, S. K. (1991). What is important for quality of life to Indians in relation to cancer? *Social Science and Medicine*, 33, 91-94.
- Cheng, S-T (1988) Subjective quality of life in the planning and evaluation of programs. *Evaluation and Program Planning*, Vol 11, Issue 2, 123-134.
- Cummins, R. A., & Cahill, J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. Progress in understanding subjective quality of life. *Intervención Psicosocial*, Vol. 9 N.º 2 - Págs. 185-198.
- Diener, E. (1998). *Subjective well-being and personality*. In *Advanced personality*. USA: Springer.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276.
- Diener, E.D., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Fernández Ballesteros, R. (2000) La Gerontología Positiva. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10 (3), 143-146.
- Fernández Ballesteros, R. (2008) *Active aging. The contribution of psychology*. Gottingen: Hogrefe & Huber.
- Fernández Ballesteros, R., Zamarrón, MD y Macías A. (1996) *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. IMSERSO: Madrid.

- Fernández-Ballesteros, R. (1997) Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de psicología*, 73, 89-104.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). *Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos*. Ponencias de las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Quality of life in old age: Problematic issues. *Applied Research in Quality of life*, 6(1), 21-40.
- Fernández-Ballesteros, R. & Zamarrón, M. (2007). *Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)*. Manual. Madrid: Ediciones TEA.
- Fernández-Ballesteros, R. y Macías, A. (1993) Calidad de vida en la vejez. *Revista de Intervención Psicosocial*, 5, 77-94. Colegio Oficial de Psicólogos.
- Futurage. A Road Map for Ageing Research. Funded by the European Commission's, Seventh Framework Programme FP7-HEALTH-2007-B/No 223679. [Consultado mayo 2015 en <http://www.futurage.group.shef.ac.uk/>].
- Futurage. Prioridades de la Investigación sobre Envejecimiento en Europa. Resultados de la consulta en España. *Informes Portal Mayores*, (107).
- Gergen, K.J. & Collage, S. (2001) Psychological Science in a Postmodern Context. *The American Psychologist*, (2001) 56, 803-813.
- Global Age Friendly Cities: A Guide”, OMS 2007: 10.
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?ua=1]
- Gómez-Vela, M., & Sabeh, E. N. (2001). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Gaceta Sanitaria*, 15(Supl 4), 24-43.
- Gutiérrez, M.-Serra, E.-Zacarés, J.J. (2006): *Envejecimiento óptimo. Perspectivas desde*
- Haas, B. K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research*, 21(6), 728-742.
- Iglesias-Souto, P. M., & Dosil, A. (2005). Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(2), 85-91.
- la Psicología del Desarrollo*. Valencia: Promolibro.
- Levy, L., y Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: Manual Moderno.
- Lher, U. (1982). Socio-psychological correlates of longevity. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 2 102-147.
- Libro Blanco del Envejecimiento Activo* (2011) Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)
- Lobo A, Ezquerro J, Gómez F, Sala JM, Seva A. El "Mini-Examen Cognoscitivo": un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1979; 3: 189-202
- López-Carmona, J. M., & Rodríguez-Moctezuma, R. (2006). Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 48(3), 200-211.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria*. Madrid: Meditor.

- Organización Mundial de la Salud (2002) Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37 (2), 74- 105.
- Organización Mundial de la Salud (2007) “Global Age Friendly Cities: A Guide”, OMS 2007: 10.
- Osorio, P., Torrejón, M.J. y Vogel, N. (2008) Aproximación a un concepto de calidad de vida en la vejez. Escuchando a las personas mayores. *Revista de Psicología*, vol. XVII, núm. 1, 2008, pp. 101-108
- Pedrero G. E. (2001). *La calidad de Vida y las personas mayores. Monografía presentada a los seminarios de psicogerontología*. [Consultado el 20 de mayo de 2015 <http://psiconet.com/tiempo/monografias/calidad.htm>]
- Puig Llobet, M., Rodríguez Ávila, N., Farràs Farrà, J., Lluch Canut, M.T. (2011). Quality of Life, Happiness and Satisfaction with Life of Individuals 75 years old or older cared for by a Home Health Care Program. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(3), 467-75.
- Rowe, J.W. y Kahn, R.L. (1997) Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Rowe, J.W. y Khan, R.L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rueda, S. (1997). Habitabilidad y calidad de vida; ciudades para un futuro sostenible. Documentos *La construcción de la ciudad sostenible*.
- Ruiz, M. A. y Baca, E. (1992). Design and validation of the quality of life questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 19-32.
- Schalock, R. L., & Alonso, M. A. V. (2009). Revisión actualizada del concepto de calidad de vida. En *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad: Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp. 29-42). Amarú.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 9-21.
- Shalock, R. L., & Verdugo Alonso, M. Á. (2007). “El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual”. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*.
- Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its used by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 12-31
- Urzúa, A. y Caqueo, A. (2012) Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto Quality of life: A theoretical review. *Terapia Psicológica*, Vol. 30, nº 1, 61-71.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida, *Intervención Psicosocial*, 9, 87-116.
- Velarde-Jurado, E. y Ávila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la Calidad de Vida. *Salud Pública de México*, 44(4), 349-361.
- Verdugo Alonso, M. Á., Gómez Sánchez, L. E., & Arias Martínez, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (Salamanca, España).
- Vilà Baños, R., Rubio Hurtado, M. J., Berlanga Silvente, V., y Torrado Fonseca, M. (2014). Cómo aplicar un clúster jerárquico en SPSS. *Revista d’Innovació i Recerca en Educació*, 7(1), 113-127. doi: <https://doi.org/10.1344/reire2014.7.1717>