

# UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Programa de Doctorado en  
Promoción de la Autonomía y Atención Sociosanitaria a la Dependencia

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

---



OPTIMIZACION DE LA MEDIDA DE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES  
CON DEPENDENCIA EN CENTROS RESIDENCIALES DE GUIPÚZCOA:  
ESCALAS FUMAT Y QUALID

## TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Laida San Sebastián Larzabal

Codirigida por:

Laura Galiana Llinares

Amparo Oliver Germes

Septiembre de 2019



Porque cada vez somos más.

Porque cada vez vivimos más años.

Porque con la edad sobreviene la dependencia.

Porque la dependencia trae asociada nuevas necesidades, algunas, muy delicadas.

Porque una de las necesidades más comunes y económica y organizativamente más compleja e impactante es la necesidad de asistencia personal y cuidados.

Porque las familias cada vez pueden o quieren ser menos protagonistas de estos cuidados.

Porque esto provoca, en ocasiones, tener que optar por el ingreso de las personas que requirieran esos cuidados en un centro residencial.

Porque, a pesar de los avances, en la mayoría de los centros residenciales aún reina un modelo centrado en las necesidades de la organización y no en las necesidades de la persona.

Porque es complejo definir y conocer las necesidades de la persona, y más aún medir su grado de avance.

Porque esa complejidad a menudo lleva a medir lo que sabemos medir, el proceso, y a olvidar lo que no sabemos medir, los intangibles que aparecen como objetivo último en las misiones de los centros residenciales (a menudo, la calidad de vida, el bienestar...)

Porque aunque se quisiera medir, faltan herramientas fiables y prácticas para medirlas.

Porque lo que no se mide no se puede mejorar.

Porque hay investigaciones muy avanzadas cuyo testigo merece la pena recoger.

**Por eso esta tesis.**



A mis “jefas”, por tanto a cambio de no sé muy bien qué. Gràcies.

A ELLOS, por más de 40 años de todo. Gracias.

A ella, por otros tantos años de lo inefable. Mila esker.

A ellos, por rescatarme de esta tesis con sus demandas, que son las mías, y sus mimos camuflados de peleas del día a día. Tenkiu, mis pikines.

A TI. Tú ya sabes quién.

Y a todos ellos. Porque nos permiten experimentar con sus vidas hoy sabiendo que sólo otros lo disfrutarán mañana. Gracias. Y perdón.



## Abstract

La medida de la calidad de vida para personas mayores con dependencia residentes en centros residenciales requiere de escalas adaptadas al contexto para poder mejorar el conocimiento y el diseño de servicios que en ellos se presta.

La escala FUMAT ADAPTADA para persona sin deterioro cognitivo grave se construyó con 24 ítems de la escala FUMAT. Se validó confirmatoriamente, al igual que la escala QUALID para personas con deterioro cognitivo grave, por 22 jueces en muestras procedente de cuatro centros residenciales del País Vasco (n=191 y n=160). El ajuste de modelos siguió el método *weighted least square mean and variance adjusted* (WLSMV). La fiabilidad se comprobó con estadísticos descriptivos, homogeneidad de ítems, alfa de Cronbach y el CRI. El análisis de correlaciones de Pearson y análisis MANOVA aportaron evidencias de validez externa respecto de la edad, el género, el tiempo de ingreso, el grado de dependencia física, cognitiva y la ubicación del centro.

La escala FUMAT ADAPTADA ajustó con el modelo de ocho factores de Shalock y Verdugo ( $\chi^2(224) = 378.446$  ( $p < ,001$ ), CFI = ,956, TLI = ,945, RMSEA = ,060 [,049, ,070], SRMR = ,073). La fiabilidad fue adecuada (salvo para el bienestar material -alfa de Cronbach=,568 y CRI = ,657). Correlacionaron significativamente grado de dependencia física y bienestar físico ( $r = -,544$ ), autodeterminación ( $r = -,454$ ), desarrollo personal ( $r = -,376$ ), inclusión social ( $r = -,282$ ), derechos ( $r = -,232$ ) y bienestar emocional ( $r = -,149$ ), similar a lo que ocurrió con el deterioro cognitivo (salvo por la ausencia de correlación con derechos, y correlaciones oscilando entre  $r = -,339$  y el  $r = -,150$ ). La escala QUALID ajustó con un modelo de dos factores ( $\chi^2(43) = 229,286$  ( $p < ,001$ ), CFI = ,922, TLI = ,900, RMSEA = ,165 [,144, ,186], SRMR = ,086), síntomas físicos y afectivos de discomfort e interacciones sociales. Correlacionó el primero con dependencia física ( $r = -,207$ ) y ubicación del centro (efecto grande a favor de centros no urbanos) y el segunda con tiempo de ingreso ( $r = ,201$ ) y dependencia física ( $r = ,290$ ).

Así, ambas escalas aportaron evidencias de validez para su uso en centros residenciales de Guipúzcoa.





## Algunas Nota sobre el uso del lenguaje

***Personas con necesidad de apoyos debido a una diversidad funcional y otros:*** Porque aunque creemos en el uso no peyorativo del lenguaje, y entendemos el que mencionamos como la forma más fiel a la realidad y menos peyorativa que, en su constante evolución, hemos encontrado en la terminología del sector. Porque hemos respetado la terminología respectivamente utilizada en cada una de las fuentes citadas... Por todo eso, encontrará el lector múltiples maneras de referirnos a las personas que, por edad u otras causas, requieren de apoyos técnicos, humanos o de otro tipo para realizar las actividades del día a día.

***Personas mayores:*** A pesar de que mayor es un comparativo, y por tanto define a la persona a la que se refiere por comparación a otras personas de menor edad. A pesar de que la necesidad de apoyo no se debe sólo a la edad avanzada, sino a una carencia de autonomía personal para la ejecución de ciertas tareas por cualquier motivo, pero... Por respetar la terminología de las fuentes citadas, porque la mayoría de la población objeto del estudio tiene una edad avanzada, y por sentido práctico, extendido y no peyorativo del término, usamos personas mayores como término general para referirnos a las personas que viven en los centros residenciales participantes en el estudio.

***Uso genérico del masculino:*** Porque creemos en el uso no sexista del lenguaje, pero entendemos que la lucha por la igualdad entre lo masculino y lo femenino no tiene nada que ver con decir usuario o usuaria, si no con reconocer que lo masculino o lo femenino ya no existe a nivel de derechos. Porque entendemos que hoy en día hablar de lo masculino y lo femenino no es suficiente para representar todos los sentires, entre otros, los no binarios. Porque entendemos que utilizar los dos géneros oficialmente reconocidos en la gramática cuando expresiones neutras no encajan haría el texto excesivamente engorroso de leer. Por todo eso, asumimos el uso genérico del masculino que en castellano engloba también lo femenino.



## Tabla de contenidos

Capítulo 1: Introducción.....	23
1. Antecedentes .....	25
1.1. El Envejecimiento. Cifras, Causas y Consecuencias.....	25
1.2. La Dependencia Y El Ingreso En Un Centro Residencial.....	29
1.3. La Calidad De Vida Como Reto En Los Centros Residenciales Para Personas Mayores 34	
1.4. Modelos De Gestión centrados en la Calidad De Vida .....	36
1.5. La Medida De La Calidad De Vida .....	39
2. Objetivos y metodología de la investigación .....	41
2.1. Justificación Y Objetivos De La Investigación .....	41
2.2. Metodología de la investigación.....	43
Capítulo 2: Marco Teórico .....	45
3. La calidad de vida en el discurso teórico.....	47
3.1. La calidad de vida en la legislación.....	47
3.2. La calidad de vida en los planes estratégicos de las administraciones públicas	52
3.3. La calidad de vida en los modelos de atención .....	60
4. La calidad de vida en la literatura científica. Concepto, modelos y evaluación	67
4.1. Calidad de vida y factores determinantes .....	67
4.2. Modelos de calidad de vida .....	79
4.3. Evaluación de la calidad de vida .....	89
5. Conclusiones del estudio teórico y objetivos finales.....	121
Capítulo 3: Método.....	125
6. Método de las fases comunes a todos los objetivos: estudio cualitativo.....	129
FASE 1: Validación previa del interés de la investigación en el sector. ....	129
FASE 2: Diseño del muestreo.....	131
FASE 3: Evidencias de validez del contenido de los ítems .....	137
FASE 4: Obtención de datos mediante la aplicación de las escalas. ....	141
7. Método de las fases específicas de cada objetivo: estudio cuantitativo .....	143
FASE 5: Construcción de la escala FUMAT ADAPTADA .....	143
FASE 6: Obtención de evidencias de validez y fiabilidad de la escala FUMAT ADAPTADA. ....	143
FASE 7: Obtención de evidencias de validez y fiabilidad de la escala QUALID. ....	147
FASE 8: Aproximación a la medida de la calidad de vida en centros residenciales .....	148
Capítulo 4: Resultados.....	149
8. Resultados de las fases comunes a la validación de las escalas. ....	151
FASE 1: Resultados de la validación previa del estudio global en el sector. ....	151
FASE 2: Resultados del diseño de muestro y selección final de la muestra.....	153
FASE 3: Resultados de las evidencias de validez del contenido de los ítems.....	159
FASE4: Resultado de la aplicación de las escalas y aproximación a la medida de la calidad de vida.....	172
9. Resultados de las fases específicas de cada objetivo .....	173

FASE 5: Resultado de la construcción de la escala FUMAT ADAPTADA .....	173
FASE 6: Resultado de evidencias de validez y fiabilidad de la escala FUMAT ADAPTADA .....	185
FASE 7: Resultados de la obtención de evidencias de fiabilidad y validez de la escala QUALID (Weiner et al., 2000).....	198
FASE 8: Resultados de la aproximación a la medida de la calidad de vida en centros residenciales .....	206
Capítulo 5: Discusión y Conclusiones.....	227
Sobre la calidad de vida de las personas mayores que viven en centros residenciales .....	228
Sobre el establecimiento de objetivos investigadores generales y específicos.....	238
Sobre el muestreo y características de la población con dependencia en centros residenciales .....	239
Sobre la validez de la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) para el contexto residencial y para las personas con deterioro cognitivo grave .....	241
Sobre la construcción de la escala FUMAT ADAPTADA .....	242
Sobre la validación confirmatoria de la escala FUMAT ADAPTADA .....	245
Sobre la validación confirmatoria de la escala QUALID (Weiner et al., 2000)...	263
Fortalezas, debilidades y líneas futuras de investigación .....	271
Referencias .....	275
Anexos.....	313
Anexo 1: Características sociodemográficas de la población y la muestra de estudio .....	314

## Índice De Tablas

Tabla 1: Índice de envejecimiento por comunidad autónoma, provincia y total nacional .....	26
Tabla 2: Resoluciones de certificados de dependencia en relación a la población de las comunidades autónomas.....	27
Tabla 3: Distribución porcentual de la población con dependencia, atendiendo al grado de dependencia. ....	29
Tabla 4: Porcentaje de personas beneficiarias por prestaciones.....	31
Tabla 5: Porcentaje de personas beneficiarias de la prestación residencial respecto del total de la población con dependencia.....	32
Tabla 6: Legislación aplicable en Guipúzcoa que recoge derechos de las personas mayores. ....	49
Tabla 7: Principios y valores básicos identificados asociados a los derechos subjetivos de las personas mayores. ....	50
Tabla 8: Otros documentos que recogen derechos, principios y valores de las personas mayores en Guipúzcoa. ....	50
Tabla 9. Principios odontológicos y materiales rectores de la intervención social. ....	51
Tabla 10 Diferencias básicas entre los diferentes modelos de atención identificados .	61
Tabla 11 Principales modelos de calidad de vida y número y denominación de las dimensiones .....	81
Tabla 12 Dimensiones e indicadores del Modelo de calidad de vida de la OMS (1995) .....	83
Tabla 13: Descripción de las dimensiones e indicadores del modelo de Calidad de Vida de Felce y Perry (1995) y Felce 1997.....	84
Tabla 14: Descripción de las dimensiones e indicadores del modelo de Calidad de Vida de Shalock y Verdugo (2002/2003, 2007, 2008).....	87
Tabla 15: Descripción de las dimensiones e indicadores del modelo de Calidad de Vida de Lawton (1991) .....	89
Tabla 16: Identificación de las dimensiones e indicadores de las escalas WHOQoL-100 y WHOQoL-BREF (WHOQoL Group, 1995, 1996).....	93
Tabla 17: Identificación de las dimensiones e indicadores de la escala WHOQOL-OLD (Power et al., 2005) .....	95
Tabla 18: Identificación de las dimensiones e indicadores de la escala WHOQOL-AGE (Caballero et al., 2013) .....	96
Tabla 19: Identificación de las dimensiones e indicadores de la escala WHOQOL-DIS (Power et al., 2010) .....	97
Tabla 20: Identificación de las dimensiones e indicadores de la escala CASP-19 (Hyde et al., 2003).....	98
Tabla 21: Identificación de las dimensiones e indicadores de la escala OPQOL (Bowling y Stenner, 2011) y OPQOL-Brief (Bowling et al., 2012) .....	100
Tabla 22: Identificación de las dimensiones e indicadores de la escala CUBRECAVI (Fernández Ballesteros y Zamarrón, 1996) .....	101
Tabla 23: Identificación de las dimensiones e indicadores de la escala ECV.....	103
Tabla 24: Identificación de las dimensiones e indicadores de la escala GENCAT (Gómez, 2011).....	104

Tabla 25: Identificación de las dimensiones e indicadores de la escala CECAVIR (Molero et al., 2012).....	107
Tabla 26: Identificación de las dimensiones e indicadores de la escala SyCV FSAR (Literas et al., 2009) .....	108
Tabla 27: Identificación de las dimensiones e indicadores de la escala QOL Scale (Kane et al., 2003).....	109
Tabla 28: Ejemplo de transformación de puntuaciones directas totales en puntuaciones estándar.....	113
Tabla 29: Ejemplo de transformación de las puntuaciones estándar en índice de calidad de vida y percentil de la persona evaluada. ....	113
Tabla 30: Perfil de calidad de vida, índice de calidad de vida y percentil de la persona evaluada.....	114
Tabla 31. Correlaciones de Spearman de la escala FUMAT aplicada sobre la muestra original.....	115
Tabla 32: Saturaciones factoriales de los ítems en cada factor y correlación de los ítems con la escala global.....	117
Tabla 33: Ítems de la versión española de la escala QUALID (Weiner et al., 2000) y puntuación según respuesta al ítem. ....	118
Tabla 34 Características principales de las escalas de calidad de vida estudiadas y motivo, en su caso, de su descarte.....	124
Tabla 35: Identificación y descripción de las fases del estudio empírico .....	128
Tabla 36: Criterios de validación del interés en la investigación por parte del sector	130
Tabla 37: Porcentaje de personas beneficiarias por prestaciones.....	133
Tabla 38: Distribución de los centros del País Vasco y cada una de las provincias vascas en función del tamaño de centro.....	135
Tabla 39: Distribución de los centros de la Comunidad valenciana y la provincia de Valencia en función del tamaño de centro. ....	135
Tabla 40: Resumen de las entrevistas mantenidas con entidades de la cadena de valor de la prestación de servicios de cuidado. ....	152
Tabla 41: Características principales y tamaño de la muestra de centros seleccionados para el análisis. ....	154
Tabla 42: Tamaño de muestra mínimo y máximo marcado por los diferentes criterios. ....	155
Tabla 43: Características de las muestras en función de nivel de confianza y error muestral esperados .....	155
Tabla 44: Variables utilizadas para la generación de estratos de muestra y posibles valores. ....	156
Tabla 45: Características sociodemográficas de la población total de personas que viven en centros residenciales en Guipúzcoa y en el País Vasco.....	157
Tabla 46: Distribución del equipo de profesionales en función del género. ....	160
Tabla 47: Distribución del equipo de profesionales en función del perfil profesión. ....	160
Tabla 48: Distribución del equipo de profesionales en función del nivel del estudio. ....	160
Tabla 49: Ítems validados por los jueces para aplicarse a personas con deterioro cognitivo grave.....	161
Tabla 50: Ítems descartados por los jueces para aplicarse a personas con deterioro cognitivo grave y motivo.....	162

Tabla 51: Porcentaje de jueces que opina que el ítem es poco pertinente, poco importante o poco observable y resultado de la ponderación de estas opiniones.....	166
Tabla 52: Ítems que a opinión de los jueces se beneficiarían de una reformulación/integración para su aplicación al contexto residencial .....	167
Tabla 53: Propuesta de acción y reformulación (en su caso) para su ajuste al contexto residencial de los ítems disponibles para la construcción de la escala FUMAT ADAPTADA. ....	169
Tabla 54: Ítem restantes tras la eliminación de aquellos no válidos para el contexto residencial y/o personas con deterioro cognitivo grave. ....	171
Tabla 55. Ítems con contenido validado y reformulado (en su caso) por los jueces para personas sin deterioro cognitivo grave en el contexto residencial .....	174
Tabla 56. Matriz de correlaciones entre elementos para la dimensión bienestar emocional. ....	176
Tabla 57. Matriz de correlaciones entre elementos para la dimensión relaciones interpersonales.....	177
Tabla 58. Matriz de correlaciones entre elementos para la dimensión Bienestar Material. ....	178
Tabla 59. Matriz de correlaciones entre elementos para la dimensión desarrollo personal. ....	179
Tabla 60. Matriz de correlaciones entre elementos para la dimensión bienestar físico. ....	181
Tabla 61. Matriz de correlaciones entre elementos para la dimensión autodeterminación. ....	182
Tabla 62. Matriz de correlaciones entre elementos para la dimensión inclusión social. ....	183
Tabla 63. Matriz de correlaciones entre elementos para la dimensión derechos. ....	183
Tabla 64. Ítems seleccionados, renumerados y reformulados de la escala FUMAT ADAPTADA. ....	184
Tabla 65. Saturaciones factoriales de los ítems de la escala FUMAT ADAPTADA en el Modelo 1.....	185
Tabla 66. Saturaciones factoriales de los ítems de la versión reducida de la Escala FUMAT ADAPTADA en el Modelo 2.....	186
Tabla 67. Correlaciones entre factores en el Modelo 2 de la Escala FUMAT ADAPTADA.....	186
Tabla 68. Saturaciones factoriales de los ítems en los factores de primer orden de la escala FUMAT ADAPTADA en el Modelo 3.....	187
Tabla 69. Estadísticos descriptivos y de fiabilidad de los ítems de la dimensión de bienestar emocional.....	188
Tabla 70. Estadísticos descriptivos y de fiabilidad de los ítems de la dimensión de relaciones interpersonales.....	188
Tabla 71. Estadísticos descriptivos y de fiabilidad de los ítems de la dimensión de bienestar material .....	189
Tabla 72. Estadísticos descriptivos y de fiabilidad de los ítems de la dimensión de desarrollo personal .....	189
Tabla 73. Estadísticos descriptivos y de fiabilidad de los ítems de la dimensión de bienestar físico.....	189

Tabla 74. Estadísticos descriptivos y de fiabilidad de los ítems de la dimensión autodeterminación .....	190
Tabla 75. Estadísticos descriptivos y de fiabilidad de los ítems de la dimensión de inclusión social .....	190
Tabla 76. Estadísticos descriptivos y de fiabilidad de los ítems de la dimensión de derechos .....	191
Tabla 77. Resumen de los valores de los parámetros de fiabilidad de la escala FUMAT ADAPTADA. ....	191
Tabla 78. Estadísticos descriptivos de las variables consideradas para el análisis de validez externa.....	193
Tabla 79. Correlaciones entre las dimensiones de la escala FUMAT ADAPTADA y las variables externas, manteniendo fijo el efecto de la edad. ....	194
Tabla 80. Correlaciones entre las dimensiones de la escala FUMAT ADAPTADA y el grado de dependencia física y el grado de dependencia física, controlando por la variable edad.....	195
Tabla 81. ANOVAS de continuación en función de variables significativas (género, tipo residencia e interacción) .....	195
Tabla 82. Medias y desviaciones típicas en las dimensiones reducidas, en función de sexo.....	196
Tabla 83. ANOVAS de continuación en función de variable tipo residencia e interacción con género .....	197
Tabla 84. Medias y desviaciones típicas en las dimensiones reducidas, en función del tipo de residencia.....	197
Tabla 85. Resumen de los resultados de la validez externa de la escala FUMAT ADAPTADA .....	198
Tabla 86. Saturaciones factoriales de los ítems de la Escala QUALID (Weiner et al., 2000) en el Modelo 1.....	199
Tabla 87. Significado de los ítems de la escala QUALID (Weiner et al., 2000).....	200
Tabla 88. Saturaciones factoriales de los ítems de la Escala QUALID (Weiner et al., 2000) en el Modelo 2.....	200
Tabla 89. Correlaciones entre factores en el Modelo 2 de la Escala QUALID (Weiner et al., 2000).....	200
Tabla 90. Saturaciones factoriales de los ítems de la Escala QUALID (Weiner et al., 2000) en el Modelo 3.....	201
Tabla 91. Saturaciones factoriales de los ítems de la Escala QUALID (Weiner et al., 2000) en el Modelo 4.....	202
Tabla 92. Correlaciones entre factores en el Modelo 4 de la Escala QUALID (Weiner et al., 2000).....	202
Tabla 93. Estadísticos descriptivos y de fiabilidad de los ítems de la dimensión síntomas físicos y afectivos de disconfort .....	203
Tabla 94. Estadísticos descriptivos y de fiabilidad de los ítems de la dimensión de Interacciones Sociales .....	203
Tabla 95. Medias en la calidad de vida en función del género.....	204
Tabla 96. Medias en la calidad de vida en función del tipo de residencia .....	205
Tabla 97. Resumen de los resultados del análisis de correlaciones entre las dimensiones de la escala QUALID (Weiner et al., 2000) y las variables externas.....	205



Tabla 98. Medias y desviaciones típicas de las dimensiones para personas sin deterioro cognitivo grave .....	206
Tabla 99. Medias de las valoraciones dadas a los ítems de la dimensión autodeterminación en función del grupo de edad, para la escala FUMAT ADAPTADA. ....	207
Tabla 100. Medias de las respuestas a los ítems de la dimensión Bienestar Físico para personas sin deterioro cognitivo grave en función de la edad. ....	208
Tabla 101. Medias y desviaciones típicas de las dimensiones de calidad de vida para personas sin deterioro cognitivo grave en función del género. ....	208
Tabla 102. Media de las respuestas a los ítems de la dimensión bienestar emocional para personas sin deterioro cognitivo grave en función del género. ....	209
Tabla 103. Media de las respuestas a los ítems de la dimensión bienestar físico para personas sin deterioro cognitivo grave en función del género. ....	210
Tabla 104. Medias de las respuestas a los ítems de la dimensión desarrollo personal, en función del género. ....	210
Tabla 105. Medias de las respuestas a los ítems de la dimensión derechos, en función del género. ....	211
Tabla 106. Medias de las respuestas a los ítems de la dimensión derechos, manteniendo fijo el efecto del deterioro cognitivo, en función del género. ....	211
Tabla 107. Medias de las dimensiones de calidad de vida agrupada para todos los centros, en función del grado de dependencia física. ....	212
Tabla 108. Medias de las valoraciones dadas a los ítems de la dimensión Autodeterminación en función del grado de dependencia física, para la escala FUMAT ADAPTADA. ....	213
Tabla 109. Porcentajes de población en función del grado de dependencia física y grado de deterioro cognitivo. ....	213
Tabla 110. Porcentajes de población en función del grado de dependencia física y grado de deterioro cognitivo. ....	214
Tabla 111. Media y desviación estándar de las dimensiones de la calidad de vida para personas con deterioro cognitivo leve o nulo y moderado. ....	215
Tabla 112. Medias de las valoraciones dadas a los ítems de la dimensión autodeterminación en función del grado de deterioro cognitivo, para la escala FUMAT ADAPTADA. ....	215
Tabla 113. Medias de las valoraciones dadas a los ítems de la dimensión desarrollo personal en función del grado de deterioro cognitivo, para la escala FUMAT ADAPTADA. ....	216
Tabla 114. Medias de las valoraciones dadas a los ítems de la dimensión Inclusión Social en función del grado de deterioro cognitivo, para la escala FUMAT ADAPTADA. ....	216
Tabla 115. Medias de las valoraciones dadas a los ítems de la dimensión Bienestar Físico en función del grado de deterioro cognitivo, para la escala FUMAT ADAPTADA. ....	217
Tabla 116. Medias de las valoraciones dadas a los ítems de la dimensión Bienestar Emocional en función del grado de deterioro cognitivo, para la escala FUMAT ADAPTADA. ....	217
Tabla 117. Medias de las respuestas a los ítems de la dimensión Autodeterminación, en función del tiempo de ingreso. ....	218

Tabla 118. Medias de las respuestas a los ítems de la dimensión derechos, en función del tiempo de ingreso. ....	218
Tabla 119. Medias de las valoraciones dadas a los ítems de la dimensión Autodeterminación en función la ubicación del centro, para la escala FUMAT ADAPTADA. ....	219
Tabla 120. Medias de las valoraciones dadas a los ítems de la dimensión Bienestar Material en función la ubicación del centro, para la escala FUMAT ADAPTADA. ....	219
Tabla 121 Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la escala QUALID (Weiner et al., 2000).....	220
Tabla 122 Media de las respuestas a los ítems de las dimensiones de la escala QUALID (Weiner et al., 2000).....	221
Tabla 123. Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la escala QUALID en función del grado de dependencia física. ....	222
Tabla 124. Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la escala QUALID (Weiner et al., 2000) en función del tiempo de ingreso. ....	223
Tabla 125. Media de las valoraciones de las respuestas a los ítems dimensión interacciones sociales de la escala QUALID en función del tiempo de ingreso. ....	224
Tabla 126. Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la escala QUALID en función de la ubicación del centro.....	225
Tabla 127. Resultado de la valoración a los ítems de la dimensión síntomas físicos y afectivos de disconfort en función de la ubicación de centro.....	225
Tabla 128. Medias de las respuestas a los ítems de la dimensión desarrollo personal, en función del grado de dependencia física. ....	255
Tabla 129. Medias de las respuestas a los ítems de la dimensión bienestar físico, en función del grado de dependencia física. ....	255
Tabla 130. Medias de las respuestas a los ítems de la dimensión autodeterminación, en función del grado de dependencia física. ....	256
Tabla 131. Medias de las respuestas a los ítems de la dimensión inclusión social, en función del grado de dependencia física. ....	256
Tabla 132. Medias de las respuestas a los ítems de la dimensión derechos, en función del grado de dependencia física.....	257
Tabla 133. Indicadores de consistencia interna de la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) y su versión ADAPTADA .....	262
Tabla 134: Distribución porcentual de la muestra total y por centros atendiendo al grado de dependencia. ....	314
Tabla 135: Distribución porcentual de la muestra total y por centros, atendiendo al género de los residentes.....	314
Tabla 136: Distribución porcentual de la muestra total y por centros, atendiendo al grupo de edad.....	314
Tabla 137: Distribución de la población de los centros por grupos de edad en función del género. ....	315
Tabla 138: Distribución de la población de los centros por grado de dependencia física en función del género. ....	315
Tabla 139: Distribución de la población de los centros por grado de deterioro cognitivo en función del género. ....	315

Tabla 140 Estadísticos descriptivos de la población en función de las variables de estratificación. ....	316
Tabla 141: Distribución de la población de los centros por grado de dependencia física en función del grupo de edad.....	316
Tabla 142: Distribución de la población de los centros por edades, en función del género y del grado de dependencia psíquica. ....	317
Tabla 143. Medias y desviaciones típicas en las dimensiones reducidas, en función del efecto de la interacción (sexo y tipo de residencia).....	318



## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Figura 1. Ordenación jerárquica de las dimensiones en el modelo de Calidad de Vida de Shalock y Verdugo. ....	86
---	----



## **Capítulo 1: Introducción**





# 1. Antecedentes

## 1.1. El Envejecimiento. Cifras, Causas y Consecuencias

Desde el año 1900 hasta nuestros días, mientras que la población española global se ha multiplicado por 2,5, hasta los algo más de 46 millones de habitantes en 2017, la población mayor de 65 años se ha multiplicado por 9, representando en torno al 19% de la población, misma cifra que en Europa, con 140 millones de personas (IMSERSO, 2017). De esos más de 8,5 millones de españoles, aproximadamente un 6% son personas de más de 80 años. Es decir, tenemos una población mayor cada vez más envejecida, lo que constituirá un reto particularmente complejo a partir de 2030 (Alonso, 2009). Hoy en día el país alcanza un índice de envejecimiento de 122,97, lo que indica el número de personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 16 años. A nivel regional, nos encontramos con Asturias como la región más envejecida con una marca del 218%, seguida de cerca de Galicia (198,14%), Castilla y León (197,06%), Cantabria (153,86,4%) y País Vasco (150,49%) (INE, 2019), comunidad ésta donde se desarrolla la parte empírica de esta investigación. En cuanto a la Comunidad Valenciana y la provincia de Valencia (que apoyó desde su universidad pública el desarrollo de esta tesis), se encuentra en un no mucho más esperanzador noveno lugar, con un índice de 122,62. El bajo índice de fecundidad es uno de las grandes causas de este envejecimiento (1,25 hijos por mujer para el estado, idéntico al de la Comunidad Valenciana y muy similar al 1,3 del País Vasco) (INE, 2019). Las tres provincias vascas se mueven entre las posiciones 16 y 24 a nivel de envejecimiento de la población, y en concreto Guipúzcoa está en la posición 21 de las 52 provincias españolas, con casi 140 personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 16 años. Sin embargo, regionalmente se observan grandes disparidades, tal y como se muestra en la Tabla 1, siendo Vizcaya la provincia más envejecida (160,03), seguida de cerca por Guipúzcoa (145,22), con Álava a cierta distancia (131,82). El caso de la provincia de Valencia es más esperanzador, con un índice de 119,25.

Tabla 1: Índice de envejecimiento por comunidad autónoma, provincia y total nacional

	2019
Total Nacional	122,97
País Vasco	150,49
Comunidad Valenciana	122,62
Vizcaya	160,03
Guipúzcoa	145,22
Álava	131,82
Valencia	119,25

Fuente: INE, 2019

Esta tendencia parece que se mantendrá hasta 2050 en que llegará un punto de inflexión (nuestros escasos jóvenes de hoy serán los escasos mayores del mañana), pero en ese momento, las personas mayores de 65 años representarán ya más del 35 % de la población (INE, 2019). Según el estudio Population Ageing and Development. (United Nations, 2009), en 2050, el 40% de los españoles tendremos más de 60 años y España será el país más envejecido del mundo. Así, pesar de la prevista ralentización para mediados de siglo, el volumen y, sobre todo, el peso relativo del colectivo de personas mayores sigue en aumento.

Así pues, la baja fertilidad y el aumento constante de la esperanza de vida hace que España, al igual que el resto de la Unión Europea (UE), se enfrente al reto del envejecimiento de la población preocupada por el impacto de esta realidad sobre las finanzas públicas: incremento de los gastos públicos en pensiones, sanidad y cuidados de larga duración. Desde el ámbito sanitario, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad elaboró la “Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014), destacando un nuevo enfoque de salud, a cuyos aspectos más tradicionales (como las enfermedades crónicas, la alimentación saludable, la actividad física y otros), añade el bienestar emocional y la seguridad del entorno. En su estrategia plantea objetivos específicos respecto de la salud de las personas mayores entendida desde esta nueva perspectiva, entre los que destacaremos el de “prevenir el deterioro funcional y promover la salud y el bienestar emocional en la población mayor de 70 años”. Afirma este informe igualmente que, para hacer virar los sistemas hacia la atención de estas nuevas necesidades, se hace necesario no sólo un mayor conocimiento del estado de salud en edad avanzada, sino también un mayor conocimiento de las expectativas de las personas. Las necesidades y las expectativas de las personas van cambiando, y los sistemas sanitarios y sociales han de ir adaptándose, y ahora la salud es parte de un todo más amplio, la calidad de vida. Los tratamientos de las enfermedades en las personas mayores no han de ser necesariamente la curación, sino la mejora de la calidad de vida, que les permita seguir realizando sus actividades de la vida diaria.

Desde el ámbito social, el reto parte del mismo punto. Aún en ausencia de enfermedad, una de las principales consecuencias del envejecimiento es la pérdida progresiva de las habilidades funcionales, tanto físicas como cognitivas, que dan lugar a situaciones de dependencia, de modo que las personas mayores suponen la práctica totalidad de personas con dependencia. Este hecho, unido a cambios en las formas de organización de la familia y en el papel social de las personas cuidadoras, hace que la dependencia sea la gran preocupación de las políticas sociales a nivel estatal (IMSERSO, 2017).

Para conocer el volumen de personas mayores que tienen algún tipo de dependencia, es decir, requieren algún tipo de ayuda de tercera persona para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria (levantarse, asearse, vestirse, alimentarse...), acudimos a los datos del Servicio de información del Sistema para la autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD), servicio de información del Instituto de Servicios Sociales puesto en marcha junto con la Ley de Autonomía Personal y atención a la Dependencia (Ley 38/2006).

El año 2019 alcanza su ecuador con aproximadamente 1.700.000 personas en esa condición (3,62% de la población total del estado), algo más de 100.000 en el País Vasco (4,71% de la población) y cerca de 115.000 (2,31%) en la Comunidad Valenciana (IMSERSO, 2019), tal y como muestra la Tabla 2.

Tabla 2: Resoluciones de certificados de dependencia en relación a la población de las comunidades autónomas.

	Población CCAA		Resoluciones	
	N	%	N	%
Comunidad Valenciana	4.963.703	10,62	114.508	2,31
País Vasco	2.199.088	4,71	103.533	4,71
TOTAL	46.722.980		1.693.141	3,62

Fuente: Servicio de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD). IMSERSO (2019)

El País Vasco se sitúa en tercer lugar en cuanto a porcentaje de población con esta situación reconocida (4,71%), más de dos puntos por encima de la media estatal (3,62%), y a gran distancia de la Comunidad Valenciana, que con un 2,31% de su población con una situación de dependencia reconocida está a la cola del estado, sólo por delante de la comunidad canaria (SISAAD, IMSERSO 2019). Estos datos no han de ser interpretados como una mejor salud o estado de dependencia de las comunidades con menor porcentaje de reconocimientos, sino como un peor funcionamiento de los sistemas de valoración de la dependencia, dado que las diferencias en el envejecimiento de la población no son capaces de explicar tales diferencias.

En cuanto al grado de dependencia, mostrado en la Tabla 3 el reparto es bastante equilibrado entre las cuatro posibles categorías (autónomos, grado 1 o dependencia leve, grado 2 o dependencia moderada y grado 3 o dependencia grave), siendo la menos representada la de personas autónomas (20,4% para el total del estado) y las personas con grado 2 las más representadas (29,8% para todo el estado). La población del País Vasco está compuesta en primer lugar por personas de grado 1, aunque el reparto por categorías presenta igualmente un cierto equilibrio, oscilando entre un 20 y un 32% por categoría. En la Comunidad Valenciana el porcentaje de autónomos disminuye respecto del País Vasco del 23 al 15%, al igual que la proporción de personas valoradas con el grado 1, a favor de los grados 2 y 3, que pasan a representar del 25% al 32% y del 20% al 27% respectivamente. Esta distribución de grados de dependencia podría estar justificada por el ya mencionado mejor funcionamiento del sistema de valoración de la dependencia del País Vasco, que permite una más prematura captación de las situaciones de fragilidad y dependencia leve. De hecho, el País Vasco se confirma, un año más, como la comunidad autónoma mejor valorada en el desarrollo de su Sistema Público de Servicios Sociales, siendo además su calificación global de “excelente” según el informe DEC (Asociación estatal de directores y gerentes de servicios sociales, 2018). Según este mismo informe, el País Vasco destaca en materia de reconocimiento de derechos y ordenación del sistema en catálogos acompañados de una conveniente planificación estratégica. En cuanto a la atención a la dependencia, su integración en el sistema de servicios sociales le hace merecer la mencionada calificación. Igualmente resalta la relevancia económica del sector y su nivel de cobertura, que está muy por encima del resto de comunidades (703,72 euros por habitante frente a los 381,25 euros de media en el estado y los 303,85 euros de la Comunidad Valenciana). En términos de producto interior bruto, por hacer una lectura estandarizada de los resultados, en el País Vasco, el gasto en servicios sociales respecto del PIB regional alcanza el 2,138%, sólo por detrás de Extremadura, muy por encima de la media estatal (1,525%) y del dato de la Comunidad Valenciana (1,383%).

Tabla 3: Distribución porcentual de la población con dependencia, atendiendo al grado de dependencia.

GRADO DEPENDENCIA	ESPAÑA		PAÍS VASCO		COMUNITAT VALENCIANA		GUIPÚZCOA
Población total	46.722.980		2.199.088		4.963.703		714.269
Población con dependencia reconocida	1.693.141	3,62%	103.533	4,71	114.508	2,3%	28.958
autónomos	345.745	20,4%	24.297	23%	17.801	15%	1%
grado 1	450.453	26,6%	32.917	32%	29.600	26%	13%
grado 2	504.165	29,8%	25.758	25%	36.466	32%	39%
grado 3	392.808	23,2%	20.561	20%	30.641	27%	47%
Total prestación residencial			12.938	14,97%	11797	13,51%	100%

Fuente: SISAAD, Situación a 31 julio 2019 (IMSERSO, 2019)

Nota: grado 1: dependencia leve; grado 2: dependencia moderada y grado 3: dependencia grave.

En cuanto a la distribución por provincias, según datos de la Memoria del año 2017 del departamento de Política Social de la Diputación Foral de Guipúzcoa, única provincia de la que se disponen datos en detalle suficiente, 28.958 de las casi 100.000 personas pertenecen a esta provincia (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2017), con un evidente desequilibrio en los grados respecto de las medias regionales y estatales, a favor de los grados más graves de dependencia frente a los más leves.

## 1.2. La Dependencia Y El Ingreso En Un Centro Residencial

Como abordaje de esta problemática que pone en riesgo el bienestar y la calidad de vida tanto de las personas mayores con dependencia como de su red de apoyo familiar, se estudian intervenciones tales como la prevención de la dependencia, la promoción del envejecimiento activo, el apoyo a las familias, la adaptación de viviendas y la creación de alojamientos alternativos al domicilio particular y centros polivalentes (IMSERSO, 2017). Uno de los tipos de los alojamientos alternativos son los centros residenciales, entre los que se encuentran aquellos destinados a personas mayores con algún tipo de dependencia. En España, de las más de 8,5 millones de personas de más de 65 años, el 4% aproximadamente vive fuera de la residencia familiar (INE, 2011), de la cuales en torno al 1% viven en centros residenciales (1,2 millones) (Mansell, Knapp, Beadle-Brown, y Beecham, 2007).

En el País Vasco y la Comunidad Valenciana, para aproximar la cifra de personas que viven en centros residenciales más detalle, hemos de combinar dos fuentes de información: las prestaciones reconocidas para el servicio de atención residencial por la Ley 38/2006 y el número de plazas de residencia disponibles en el estado.

El reconocimiento del grado de dependencia implica, a su vez, el reconocimiento de una serie de derechos de acceso a servicios y prestaciones previstos por la ley 38/2006. En concreto, los derechos materializados a través del catálogo de servicios y prestaciones que prevé dicha ley, en sus artículos 15 y 16, son: Prevención de la dependencia y Promoción de la Autonomía Personal (PDyPAP), Servicio de Teleasistencia (STA), Servicio de ayuda a domicilio (SAD), Servicios de Centro de Día y de Noche (SCDyN), Servicio de Atención residencial (SAR), Prestación económica vinculada al servicio. (PEVS), Prestación económica de asistencia personal (PEAP) y Prestación económica de cuidados en el entorno familiar (PECE). La Tabla 4 muestra la distribución de personas beneficiarias de estos servicios y prestaciones para las regiones de estudio, situando en primer lugar la correspondiente al servicio de atención residencial y la prestación económica vinculada al servicio, dirigida a cubrir los gastos de una plaza privada de residencia mientras se avanza en la lista de espera la adjudicación de una plaza pública. El porcentaje de personas beneficiarias de esta prestación oscila entre un 12,41% de media del estado y el 14,97% del País Vasco, donde el volumen de personas en lista de espera de acceso es casi nulo (1,49%), frente a las no despreciables cifras del estado (10,58%) y de la Comunidad Valenciana (16,36%). En números absolutos, el número de personas con esta prestación en el País Vasco ronda las 13.000 (12.938) y las 11.800 (11.797) en la Comunidad Valenciana, lo que ubica a ambas comunidades autónomas en cifras absolutas parecidas para plazas públicas o concertadas (IMSERSO, 2019). Hay que añadir casi otras tantas en la Comunidad Valenciana para plazas privadas con prestación económica vinculada al servicio, duplicándose por tanto el volumen de personas en centros residenciales de la Comunidad Valenciana frente al País Vasco. Este dato, a pesar de equilibrar el porcentaje de personas con prestación para atención residencial o prestación económica vinculada al servicio respecto de la población con dependencia reconocida, sigue sin resolver la cuestión del diferente porcentaje de estas últimas respecto de la población total de cada comunidad.

Tabla 4: Porcentaje de personas beneficiarias por prestaciones.

<b>TIPO DE PRESTACIÓN</b>	<b>ESPAÑA</b>	<b>PAÍS VASCO</b>	<b>COMUNIDAD VALENCIANA</b>
SAR	12,41%	14,97%	13,51%
PEVS	10,58%	1,49%	16,36%
PDyPAP	3,91%	0,30%	0,87%
STA	17,21%	19,24%	5%
SAD	17,83%	8,02%	0,15%
SCDyN	7,00%	8,54%	8,17%
PEAP	30,51%	40,39%	55,83%
PECE	0,55%	7,06%	0,02%

Fuente: Elaboración propia a partir de SISAAD, Situación a 31 julio 2019 (IMSERSO, 2019)

Nota: STA: Servicio de Teleasistencia, SAD: Servicio de ayuda a domicilio, SCDyN: Servicios de Centro de Día y de Noche, SAR: Servicio de Atención residencial, PEVS: Prestación económica vinculada al servicio, PEAP: Prestación económica de asistencia personal; PECE: Prestación económica de cuidados en el entorno familiar

A estas cifras habría que añadir las personas que residen en centros residenciales y que no reciben prestación pública. Sin embargo, los datos globales, desagregados por provincias y provenientes de fuentes diferentes, debido al reparto competencial de la provisión de las prestaciones, han de tomarse con cautela. No todas las provincias ofrecen datos detallados, o no los dan con el mismo detalle, o no tienen publicadas todas sus memorias. Según el EUSTAT, en términos aproximados podemos decir que el número global de personas mayores que viven en centros residenciales en el País Vasco asciende a casi 18.600 (18.532), repartiéndose cerca de 5.600 en Guipúzcoa (5.656), en torno a 10.000 en Vizcaya (9.934) y casi 3.000 en Álava (2.942) (EUSTAT, 2016). Otras fuentes cifran esta cantidad, en el año 2017, en 20.495 para Euskadi, absorbiendo casi el 100% de esa diferencia la provincia de Vizcaya, que tendría 11.849 plazas residenciales (Consejo Superior de Investigaciones Científicas, (CSIC), 2018). En la Comunidad Valenciana, esta cifra, según la misma fuente, se sitúa en 26.599 plazas, repartidas en 326 centros. De ellos, 185 se encuentran en la provincia de Valencia, proveyendo un total de 15.145 plazas, que asumiremos como personas que viven en centros residenciales. Así, según la misma fuente, la ratio en el País Vasco es de 21,7 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años y en la Comunidad Valenciana de 18,8, muy en línea con la provincia de Valencia, con 15.145 plazas, y una ratio de 18,5. Las ratios para las provincias vascas son 20,2 para Álava, 22,2 para Vizcaya y 21,6 para Guipúzcoa (EUSTAT, 2019).

Tabla 5: Porcentaje de personas beneficiarias de la prestación residencial respecto del total de la población con dependencia.

<b>GRADO DEPENDENCIA</b>	<b>ESPAÑA</b>		<b>PAÍS VASCO</b>		<b>COMUNITAT VALENCIANA</b>		<b>GUIPÚZCOA</b>	
Población con dependencia reconocida	1.693.141	3,62%	103.533	4,71%	114.508	2,3%	28.958	4,02%
Población con prestación residencial	169.991	12,41%	12.938	14,97%	11.797	13,51%	5656	19,54
Ratio plazas residenciales	18,8		21,7		18,8		21,6	

Fuente: Elaboración propia a partir de CSIC (2018); Diputación Foral de Gipuzkoa (2017); EUSTAT (2019); CSIC (2018).

Aunque no se dispone de datos a nivel de comunidad autónoma sobre el grado exacto de dependencia (Esparza Catalán, 2011), en España, a nivel global, el 46% de las personas ingresan en un centro con un grado 3 de dependencia (grave), mientras que el 29% tiene una dependencia leve y el 19% presenta una dependencia moderada, siendo sólo el 7% autónomas, presentando por tanto el 93% algún tipo de dependencia (Fundación Edad y Vida, 2015). Los datos desagregados por provincias (pues son las competentes en materia de gestión de las prestaciones de la Ley 38/2006) sólo los encontramos buceando en sus disparejas memorias anuales de actividad. En Guipúzcoa son fundamentalmente las personas con dependencia grado 2 (39%) o 3 (47%), grave y muy grave respectivamente, las que optan por la atención residencial (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2017), y sólo un 13 y un 1% de personas con grado 1 de dependencia y autónomas, respectivamente.

Más allá el grado, respecto del tipo de dependencia en general, en España el 63% de las personas presenta deterioro cognitivo en el momento del ingreso en el centro residencial (Fundación Edad y Vida, 2015), y no se dispone de datos sobre el porcentaje de personas que presentan deterioro más allá de este momento. Tampoco se dispone de datos por comunidades autónomas o provincias que faciliten la comparación, pero fruto de esta investigación se dispone del dato no oficial que aproxima el dato en Guipúzcoa a un 50% de personas con deterioro cognitivo grave, un 20% deterioro cognitivo moderado y un 24% deterioro cognitivo leve, con lo que casi el 94% presentaba algún tipo de deterioro cognitivo. Esta desviación respecto del 63% de los datos a nivel estatal concuerda con el mayor grado de dependencia (menor nivel de personas autónomas) de la población en residencia de los centros residenciales en Guipúzcoa respecto del resto del estado.



Merece la pena hacer un paréntesis para comprender que el deterioro cognitivo puede ser fruto del envejecimiento natural, una pérdida de las funciones cognitivas que se da al igual que se dan pérdidas de otras funciones corporales. No se trata de una patología o enfermedad, como lo es la demencia, que presenta el deterioro cognitivo como uno de sus síntomas, pero no el único. Esta relación patología-síntoma es causa frecuente de confusión y uso indistinto, pero equivocado, de los términos. En sus estadios iniciales, la diferencia fundamental entre el deterioro cognitivo y la demencia es que el primero afecta de forma exclusiva a la memoria, mientras que la demencia compromete también otras funciones cerebrales así como las habilidades para desarrollar las actividades normales de la vida diaria, presentando una sintomatología más característica (Buiza, Etxeberría, y Yanguas, 2005): dificultad a la hora de recordar nombres de personas y objetos familiares, problemas para realizar tareas que antes resultaban sencillas, deterioro del sentido de la orientación que lleva a perderse en rutas habituales, extravío de cosas, pérdida del interés por cosas que antes le entusiasmaban, alteraciones del comportamiento, pérdida de habilidades sociales...). Sin embargo, en estadios avanzados, una y otra comparten gran parte de la sintomatología: a nivel cognitivo se da un deterioro global, aunque al inicio del estadio grave existe todavía una cierta capacidad de realizar tareas cognitivas sencillas e interactuar con el ambiente y con las personas que le rodean. Los síntomas alcanzan también aspectos funcionales, como la pérdida total de la capacidad de realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (sólo al inicio puede cierta capacidad con ayuda y/o supervisión). A nivel físico, se va perdiendo la capacidad de deambulación y la masa muscular, y las enfermedades son cada vez más frecuentes, siendo a la vez causa y consecuencia de la progresión de la enfermedad.

En un primer momento la práctica totalidad de las personas ha estado recibiendo cuidados en su domicilio particular o en el de algún familiar, bien por familiares bien por profesionales de los servicios de ayuda a domicilio municipales o de profesionales contratados directamente, mientras que otros acuden a centros de día o de noche, pero mantienen su residencia habitual. Cuando los cuidados ya no son asumibles en el domicilio, se plantea la necesidad de ingreso en un centro residencial, principal causa de la institucionalización (Rockwood, Mitnitski, Song, Steen, y Skoog, 2006), junto con una edad avanzada, el uso de productos de apoyo para la marcha, el que vivieran solas antes de la institucionalización y cierta desorientación mental (Branch y Jette, 1982). Algunos estudios tratan de cifrar, no sin dificultades, las motivaciones para el ingreso: el deseo de los familiares, que no pueden hacerse cargo de ellos, como principal motivo de acceso a residencia (51,2% de las veces), el deseo propio (30,3%) y la ausencia de red de apoyo /abandono (18,2%) (Fernández Méndez, Peas Maldonado, y Díaz Piedra, 2007; Lima-

Rodríguez et al., 2016). Otros estudios dan cifras muy dispares, y hablan de que pese a la dependencia, la mayoría de las personas mayores sigue prefiriendo vivir en la vivienda familiar (94% de las personas mayores) (Bowling, Seetai, Morris y Ebrahim, 2007). En este sentido, según el estudio, en caso de tener que cambiar forzosamente de residencia, algo menos de la mitad elegiría vivir en casa de los hijos o hijas, el 15% iría a un centro de día y regresaría de noche a casa, y sólo de 2 de cada 10 optarían por el centro residencial.

### **1.3. La Calidad De Vida Como Reto En Los Centros Residenciales Para Personas Mayores**

La decisión de optar por un centro residencial, sea cual sea la razón que la motivó, tiene por lo general un gran impacto no sólo emocional, sino también económico. En España, en el año 2017, el precio medio mensual de una plaza residencial rondaba los 1.777 euros al mes (Inforesidencias, 2017), con unas diferencias de hasta el 40%, siendo las más caras las del País Vasco, con un precio medio de 2268 euros (27.216 euros al año). Entre las provincias vascas destaca Guipúzcoa con un gasto corriente mensual de 2.566 euros (cerca de 30.000 euros al año). En Vizcaya el coste es algo menor (2.195 euros mensuales) y en Álava (no disponiendo del dato para el mismo año de referencia), el coste en el año 2015 era de 2.369 €/mes (Inforesidencias, 2015). A través de las cuotas, las personas usuarias abonan en torno al 40% de media (37% del coste de los centros públicos y 46% de los centros privados). Esto suponen entre 900 y 1.000 euros mensuales de media por plaza (12.385 euros por plaza al año) (Centro de Documentación y Estudios, SIIS, 2016). Los criterios para la adjudicación de plazas vienen determinados por la prelación prevista en el artículo 14.6 de la Ley 38/2006, por la que tendrán prioridad las personas de mayor grado de dependencia y, a igual grado, las de menor capacidad económica de la persona solicitante.

Así las cosas, es de esperar que nos encontremos en los centros residenciales con una población mayor con una situación de partida poco esperanzadora en términos de calidad de vida, por encontramos con una situación delicada de tres factores determinantes de calidad de vida (Gómez, Verdugo, y Arias, 2010; Verdugo, Benito, Gómez, y Shalock, 2008; Verdugo, Gómez,

y Arias, 2009): una salud empobrecida, un entorno residencial no deseado y situación económica y familiar incapaz de hacer frente a la necesidad de cuidados asociados a la dependencia. En el País Vasco, a esta preocupante realidad hemos de añadir que se trata de la segunda región más envejecida y de la región con costes residenciales más caros de todo el estado.

Sea como sea, tanto si la elección del centro residencial ha sido libre como si ha sido forzada por las circunstancias, en términos de calidad de vida parece haber diferencias a favor de las personas que han optado libremente por esta opción (Malaquias, De Lima, Peixoto, Lira, y Pedrosa, 2015). En la mayor parte de los estudios, la institucionalización está negativamente asociada con la calidad de vida, de tal forma que las personas mayores institucionalizadas en general obtienen peores puntuaciones en calidad de vida que los mayores que viven en la comunidad, porque en general presentan una peor valoración de su bienestar subjetivo (Gómez et al., 2010; Molina y Meléndez, 2008). Existen, sin embargo, estudios que afirman lo contrario (Bóckerman, Johansson, y Saarni, 2012), tras analizar poblaciones que, manteniendo fijo el efecto de la edad y el estado funcional, así como otros factores demográficos y el nivel de ingresos. Según éstos, las personas en centros residenciales presentaban un bienestar subjetivo significativamente mayor que aquellas en el domicilio, aunque reconocen que pudiera deberse a que, una vez sobrevenida la necesidad de apoyos, en general ha de esperarse durante un largo tiempo para el acceso a la plaza residencial, por la baja disponibilidad y las altas listas de espera.

Pese a la discusión, desde hace años se habla del síndrome de la institucionalización (Leturia, 1998), caracterizado por la apatía, la indiferencia, sumisión, dificultad para expresar sentimientos, disminución de autonomía y de las capacidades cognitivas, provocadas por múltiples causas, entre otras, la masificación del servicio, la pérdida de la individualidad, la vida sedentaria y la desconexión con el mundo exterior, con su contexto social. Como ocurre también en otros colectivos con discapacidad institucionalizados (IMSERSO, 2006), la institución ofrece y garantiza la cobertura de las tareas cotidianas como alimentación, aseo, eliminación, movilidad, cuidados sanitarios, rehabilitación, etc... en base, la mayoría de las veces, a una atención protocolizada, que, a su vez, provoca efectos negativos como la pérdida de referencia de su entorno familiar habitual y la dificultad para la toma de decisiones y gestión sobre la propia vida, constituyéndose en personas objeto de atención, receptoras de servicios y en muchos casos socialmente excluidas bajo un modelo asistencial que no cubre el desarrollo personal más allá de la mera atención física. Así, las situaciones de vulnerabilidad que tratan de paliarse con el ingreso

en residencia son a veces sustituidas por otras a las que la administración debe prestar especial atención. Los derechos de las personas usuarias de residencias de personas mayores son parte fundamental de estas situaciones de vulnerabilidad, que se ven a menudo condicionados por los derechos de trabajadores, limitaciones de la organización y conceptos paternalistas y anticuados de enfoque de la atención, que veremos en apartados posteriores. Así, comienzan a extenderse modelos conceptuales de atención a la persona (Leturia, 2011; Martínez, 2013), más respetuosos con sus derechos y orientados a la calidad de vida de las personas. Estos enfoques empiezan a reflejarse en la legislación y el desarrollo normativo. ¿Pero, cuánto de este discurso teórico llega a la realidad el día a día? ¿Cómo es la gestión de los centros residenciales?

## 1.4. Modelos De Gestión centrados en la Calidad De Vida

Bienestar, calidad de vida, dignidad... son conceptos a priori difíciles de consensuar, medir y hacer tangibles, que sin embargo constituyen el eje central de las misiones y valores de la atención residencial. Esta dificultad de consenso y medición no facilita su inclusión en los cuadros de mando de indicadores de gestión de los centros. En ausencia de herramientas, se genera el ecosistema perfecto para tomar decisiones basados en criterios de otra índole, como económicos. Así, el ser económicamente sostenible, el garantizar la satisfacción de las personas trabajadoras, los derechos lingüísticos, el ajustarse a una serie de ratios... pasan a ser ejemplo del tipo de indicadores que se miden y el nivel de calidad de vida, de autonomía personal, de bienestar, de dignidad, de derecho a decidir... ejemplo de los indicadores que a menudo se olvidan. Así, diversos autores estudian cómo la evaluación por objetivos en el ámbito social es todo un reto por resolver y tal vez por eso ocurre en pocas ocasiones (Ballart, 1992). Cuando se habla de servicios sociales y colectivos vulnerables, el autor señala una serie de dificultades:

- 1) Los objetivos no siempre están claros.
- 2) Por lo general son intangibles, múltiples y hasta contradictorios.
- 3) En ocasiones son compartidos con otras áreas de la administración pública o simplemente depende de factores que se escapan a nuestro alcance, incluido el propio

individuo, por lo que es difícil medir el impacto debido exclusivamente al servicio o prestación cuyo éxito se quiere medir.

- 4) Los programas pueden tener efectos no esperados que pueden ser tan importantes como los objetivos oficialmente establecidos.
- 5) Los valores e intereses de los agentes intervinientes son diferentes. El personal de un programa tiende a fijar objetivos más bien modestos, en la medida que es mejor pasar un listón bajo que no estrellarse en uno excesivamente alto, en comparación con los objetivos establecidos por los responsables políticos, que representan los objetivos teóricos de la intervención pública.
- 6) Los objetivos de los programas cambian en función del entorno local donde se desarrollan, de forma que una misma política aplicada en distintos lugares puede dar lugar a programas completamente diferentes.

Aún hoy en día la forma más extendida de intervención de las administraciones públicas en materia de control es la inspección administrativa, y básicamente verifica que los recursos previstos hayan sido bien aplicados y que las normas existentes hayan sido respetadas (OCDE, 2010). En general la perspectiva de la evaluación pone en el centro a la organización y su estructura administrativa. Pese a ello, la administración pública debe, y de hecho así lo hace, aumentar los esfuerzos en su comprensión, medición y gestión y seguir teniéndolos como objetivos inspiradores. La organización OECD, *Better Policies for Better lives* es clara al afirmar en qué medida la evaluación contribuye a la obtención de mejores resultados, usándola para construir políticas públicas basadas en la evidencia y para el aprendizaje

Analizar cómo y en qué medida unos recursos asignados impactan en su objetivo cuando fueron puestos en marcha se convierte en una tarea que exige de nuevas formas de gestión realmente innovadoras y capaces de discriminar el impacto de las medidas. Así, si como ejemplo tomáramos la inclusión social o el derecho de autodeterminación de una persona mayor como resultado esperado de una política pública concreta, de inmediato comprenderíamos que el efecto sobre ésta será, en el mejor de los casos, sólo parcial, y que la inclusión social puede y debe corresponder a ámbitos como los servicios sociales, la educación, el empleo, la igualdad e incluso vivienda. La evaluación de y la gestión en torno a objetivos que constituyen derechos fundamentales de la población objetivo de políticas y programas, influenciados a su vez por tantas causas conocidas y tantas otras desconocidas, con programas de resultados inciertos... ha

de seguir unos criterios claros de manera que se reduzca el riesgo en la obtención fiable de resultados (Ballart, 1992). Si un servicio, un modelo, no provoca el impacto deseado, tal vez no sea sólo que no se hace correctamente, si no que no era lo correcta a hacer. Es habitual, por ejemplo, la inversión en servicios de rehabilitación física de las personas mayores en centros residenciales. Aunque los servicios de fisioterapia, gimnasia... etc tengan indudable impacto en el bienestar físico, habrá que valorar el impacto de éste en la calidad de vida de la persona, como objetivo primero y último, para valorar su idoneidad o si, por el contrario, hay que reforzar, por ejemplo, la atención al bienestar emocional o la garantía de derechos, en el caso de que estos tuvieran mayor impacto en la calidad de vida o su evaluación de partida hubiera dado un resultado peor.

En el caso que nos ocupa, la evaluación de la calidad de vida y el avance en la implantación de modelos de gestión basados en su mejora, nos encontramos con nuevos retos y líneas emergentes (Schalock, Gardner, y Bradley, 2009), entre ellas, la evaluación y el *feedback* de la calidad de vida como parte integral del funcionamiento de las organizaciones y sistemas. Destacan en su exposición i) la oportunidad brindada por las nuevas estrategias de gestión: Haciendo entender a los gestores, a menudo condicionados por los usuarios y legisladores, el esfuerzo que supone pasar a un modelo de calidad de vida, que supondrá mayor autonomía y poder de las personas que reciben los servicios y ii) La mejora de la calidad como un proceso continuo, que reduzca el gap entre los resultados personales evaluados y los indicadores comunitarios: empezar poco a poco.

En Europa el uso de la evaluación como instrumento de gestión y gobernanza está tomando poco a poco su lugar (Zapico-Goñi, 2010), aunque gran parte del recorrido que le queda por realizar se debe a la falta de coherencia del modelo de dirección de la gestión a evaluar. En la misma línea, en España, algunos autores ya adelantan que los retos y oportunidades que se plantean en el marco de la calidad de vida incluyen el de establecer nuevas estrategias de gestión y la construcción de la evaluación y el *feedback* de la calidad de vida como parte integral del funcionamiento de las organizaciones y sistemas. También el modelo de atención centrado en la persona defendido por Martínez (2013), requiere ser reflejado, con indicadores oportunos, en un modelo de gestión para hacer realmente del modelo y sus principios un objetivo de la organización. Planificar y medir el efecto de las acciones puestas en marcha y la forma de trabajar, y, ver, en este caso, cómo influyen en nuestras metas, mediante una gestión orientada a resultados. En esta línea, también en el ámbito de los servicios sociales, aunque con mayor

retraso que en otros ámbitos de servicio a la población general, se han ido implantando diferentes modelos de gestión, provenientes del mundo de la empresa, tales como modelos ISO, EFQM y los más recientes Modelos de gestión avanzada.

La gestión orientada a resultados que el modelo de gestión avanzada propone hace necesario que tengamos claros cuáles son los resultados esperados. Por lo tanto, deberemos ser concretos identificando objetivos, que, más allá de ser algo que en algún momento de la creación de la entidad, prestación o servicio se escribe en un plan estratégico, pasa a ser el verdadero objetivo en el día a día, y los recursos que se ponen a su disposición son meras herramientas para conseguirlo, y no un objetivo en sí mismos. En este caso, la calidad de vida de las personas mayores en general, y de las personas con dependencia que viven en centros residenciales en particular, constituye el objetivo fundamental de los servicios a evaluar. ¿Pero, qué es la calidad de vida, y cómo se mide?

## 1.5. La Medida De La Calidad De Vida

Como se ha comentado previamente, cuando se opta por la atención residencial, el modo de vida cambia. La persona mayor ya no está en su casa. La presencia de familiares y amistades toma formas diferentes. Aparecen normas impuestas por terceras personas, que a menudo pasan a tomar decisiones importantes para la vida de la persona que reside en el centro residencial sin tener en cuenta sus preferencias. Lo que parece claro es que, incluso sin la presencia de deterioro cognitivo, el hallarse en una u otra circunstancia habitacional parece impactar en la calidad de vida de las personas, misión casi única de los centros residenciales y de todos los programas y servicios puestos en marcha de ellas.

La diversidad de definiciones del constructo hacía que ya a finales de los 90 se identificaban más de 80 instrumentos de evaluación de la calidad de vida para la población en general (Hughes, Hwang, Kim, Eisenman, y Killian, 1995). Dada las aproximaciones paternalistas a la discapacidad/dependencia ya mencionadas, y el peso de la salud en la calidad de vida, tradicionalmente, la medición de la calidad de vida de este colectivo cuyo deterioro físico y cognitivo es difícilmente evitable, se ha centrado en la salud (Rodríguez-Artalejo, 2011), y más

particularmente, la física, aunque cada vez más también en la mental. Por suerte, más recientemente, el concepto tradicional de calidad de vida ha ido evolucionando hacia un constructo que trasciende al ámbito de la salud, con componentes objetivas y subjetivas, personales y de contexto, donde la salud es sólo una dimensión más de ésta, aunque no cualquiera. Por otro lado, como hemos dicho, con el deterioro cognitivo crecen la necesidad de cuidados, déficits de memoria y concentración y se reducen la capacidad para la toma de decisiones, así como en la capacidad de comunicación (Dichter, Halek, Dortmann, Meyer, y Bartholomeyczik, 2013). Este último hecho hace requerir instrumentos específicos de medida, no solo por sus posibles particularidades en el modelo de calidad de vida, sino por la necesidad de diferentes métodos de captación de la información (Brod, Stewart, Sands, y Walton, 1999; Gerritsen, Steverink, Ooms, de Vet., y Ribbe, 2007; León-Salas y Martínez, 2010).

El estudio teórico de esta investigación realizó una revisión bibliográfica tratando de encontrar instrumentos validados para medir la calidad de vida de personas mayores con dependencia que, con y/o sin deterioro cognitivo grave, vivan en centros residenciales. Los criterios de búsqueda fueron: i) que fueran dirigidas a la población en general, a personas mayores, a personas con dependencia y/o a personas con deterioro cognitivo o demencia, bien residentes en como fuera de centros residenciales, ii) que no fueran dominio-específicas (i.e. salud) , iii) que estuvieran traducidas al español y/o tuvieran realizado al menos un estudio de validación inicial en nuestro contexto geográfico, y, como condiciones a valorar, aunque no fueran excluyentes de la escala iv) que no tuvieran un número de ítems excesivamente largo o fueran de aplicación excesivamente compleja. El resultado fue retador.



## 2. Objetivos y metodología de la investigación

### 2.1. Justificación Y Objetivos De La Investigación

La ausencia de instrumentos y la presencia de retos relativos a la medición de la calidad de vida de personas mayores con dependencia que viven en centros residenciales son la base que justifica esta investigación: la validación de un conjunto de herramientas de medida de la calidad de vida para personas mayores con dependencia que viven en centros residenciales, en el entorno geográfico de Guipúzcoa. Estas herramientas ayudarían a desplegar una gestión más orientada a resultados positivos sobre la calidad de vida de las personas a través de facilitar la toma de decisiones el diseño y puesta en marcha de programas, servicios y modelos de atención.

Nos preguntamos, por tanto, ¿Qué sabemos sobre la calidad de vida de las personas mayores con dependencia que viven en centros residenciales? ¿Cómo medirla? ¿Cuál sería el resultado de su medición? ¿Sus factores determinantes son los mismos que en el domicilio familiar? ¿Las dimensiones que la componen son las mismas? ¿Siguen la misma estructura? ¿O se diluyen algunas cuestiones por las características de los centros, el tipo de vida en ellos y el tipo de personas de que nos rodeamos?

Por el conocimiento que el equipo investigador de este estudio tenía del contexto social de atención a la dependencia, se conocía la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009), desarrollada para medir la calidad de vida de personas mayores y adultas con discapacidad que usaran servicios sociales. Entre las líneas de trabajo futuras y las limitaciones planteadas por el equipo desarrollador nos encontramos la posible exclusión de las personas con deterioro cognitivo grave como colectivo de aplicación de la escala, así como la necesidad de validarla en una muestra más amplia. Aunque el colectivo de destino de la FUMAT (Verdugo et al., 2009) es más diverso que el grupo de personas mayores usuarias de centros residenciales, el estudio de validación inicial se realizó en un centro residencial del País Vasco, con una muestra inicial de 100 personas, y mostró una buena expectativa para el uso en la práctica aplicada y en el ámbito de la

investigación. Ante la posible exclusión del colectivo con deterioro cognitivo grave, se revisaron recientes revisiones de instrumentos específicos para la medición de la calidad de vida para personas con deterioro cognitivo o demencia en general, donde se avanzaba la escasez de instrumentos traducidos y adaptados al contexto español (León-Salas, 2014; Lucas Carrasco, 2007), y ninguno para el contexto residencial. Únicamente la escala y QUALID (*Quality of life in Late-Stage Dementia Scale*) (Weiner et al., 2000) contaba con estudios de validación iniciales en muestra española (Garre-Olmo et al., 2010), y presentó entre las líneas de trabajo futuro planteadas el reto de someterla a análisis factorial confirmatorio. Así, el análisis detallado de las escalas con validación inicial en nuestro contexto sociodemográfico para la medida de la calidad de vida de personas mayores que viven en centros residenciales, con o sin deterioro cognitivo, confirmó las escalas FUMAT (Verdugo et al., 2009) y QUALID (Weiner et al., 2000), como las más idóneas para el abordaje del objetivo genérico y los objetivos específicos de este estudio.

El objetivo genérico de este estudio es la optimización de la medida de la calidad de vida de las personas mayores que viven en centros residenciales, para lo que, como se ha avanzado, se seleccionaron las escalas FUMAT (Verdugo et al., 2009) y QUALID (Weiner et al., 2000). Derivados de este objetivo genérico se concretan una serie de objetivos específicos de este trabajo, a saber:

1. Estudiar la validez de la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) para evaluar la calidad de vida en personas mayores que viven en centros residenciales de Guipúzcoa, discriminando su comportamiento incluyendo o excluyendo personas con deterioro cognitivo grave, partiendo de la hipótesis de su no validez.
2. Desarrollar y aportar evidencias de validez de la escala FUMAT ADAPTADA para su uso en centros residenciales con personas sin deterioro cognitivo grave.
3. Validación confirmatoria de la escala FUMAT ADAPTADA.
4. Validación confirmatoria de la escala QUALID (Weiner et al., 2000) para medir la calidad de vida de las personas mayores con deterioro cognitivo grave en centros residenciales de Guipúzcoa.
5. Aportar a la discusión sobre los cambios que se producen en la importancia de las dimensiones de la calidad de vida de las personas al ingresar en un centro residencial.
6. Aproximar la medida de la calidad de vida de las personas mayores que viven en centros residenciales.

7. Ofrecer líneas de actuación para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas en Guipúzcoa, a partir de los resultados más relevantes del estudio.

## 2.2. Metodología de la investigación

El primer capítulo, que precede a este apartado, Introducción, recoge un análisis del problema del envejecimiento, analizando sus causas, sus cifras, sus consecuencias y retos, identificando la calidad de vida como uno de ellos y resaltando la necesidad de gestionar en torno a ella y la importancia y dificultad de medirla. Hace un breve resumen del estado del arte de herramientas de medida para, de ahí, derivar la escasez de instrumentos y presentar los retos en torno a las líneas futuras planteadas por los equipos desarrolladores y/o validadores de las escalas FUMAT (Verdugo et al., 2009) y QUALID (Weiner et al., 2000).

El capítulo segundo, Marco Teórico, comienza analizando la presencia de la calidad de vida de las personas mayores en la legislación reguladora de los derechos, principios y valores de los ciudadanos. Conocedoras de la distancia habitual entre el discurso teórico y la realidad práctica, se continua el estudio teórico con un análisis de los planes estratégicos de las administraciones públicas responsables de la puesta en marcha de programas, servicios y medidas orientados al cumplimiento de esos derechos, principios y valores, entre los que encontraremos los modelos de atención, cuyo estado del arte se estudia brevemente. Continúa el capítulo analizando los estudios científicos en torno a tres aspectos de la calidad de vida: sus factores determinantes, los modelos que tratan de dar forma a su constructo (analizando los seis más relevantes) y las escalas de medida que existen hoy en día, analizando las 19 más relevantes, tanto para las personas mayores en general como para las personas mayores con dependencia que viven en centros residenciales en particular. De este análisis se confirma la idoneidad de seguir adelante con las escalas FUMAT (Verdugo et al., 2009) y QUALID (Weiner et al., 2000).

El capítulo tercero se corresponde con el Método, dividido en ocho fases. La primera explica el método seguido para validar empíricamente el interés en esta investigación, a través de las entrevistas con agentes vinculados a la prestación de servicios para personas mayores, lo que permite confirmar el gap entre la intención político-administrativo y la realidad, pues confirmar

la falta de estrategias e instrumentos para medir la calidad de vida y gestionar en base a ésta. La segunda fase aborda el diseño del muestreo, a partir del estudio de las características de los centros y las personas que viven en ellos y los requerimientos del análisis confirmatorio. La tercera fase aborda el método para el intento de validación de la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) para contexto residencial, que, al resultar negativo, como se explica en el capítulo Resultados, por conclusión de los grupos focales de profesionales, da arranque a la construcción de la escala FUMAT ADAPTADA y a la propuesta definitiva de la escala QUALID (Weiner et al., 2000) para su validación confirmatoria. La fase cuatro describe el método seguido para la aplicación de las escalas FUMAT (Verdugo et al., 2009) y QUALID (Weiner et al., 2000) a una muestra final de 191 y 160 personas sin y con deterioro cognitivo grave respectivamente, procedentes de los cuatro centros seleccionados, tres en la provincia de Guipúzcoa y uno en la provincia de Álava. La fase quinta explica la construcción de la escala FUMAT ADAPTADA seleccionando 24 ítem, tres por cada una de las ocho dimensiones de la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009), basándose en la opinión de los profesionales del centro, en la bibliografía y en las correlaciones entre los ítems propuestos y la dimensión a la que pertenecen. La sexta y la séptima fase explican el método seguido para la obtención de evidencias de validez y fiabilidad las escalas FUMAT ADAPTADA y QUALID (Weiner et al., 2000) respectivamente, a través del análisis factorial confirmatorio. La octava fase explica el método seguido para la discusión de los resultados.

El capítulo cuarto recoge los Resultados, siguiendo el mismo esquema de ocho fases del método.

El capítulo quinto, Discusión y Conclusiones, analiza los resultados y los compara con los obtenidos del análisis de la bibliografía, confirmando o descartando las hipótesis planteadas por los objetivos específicos, resaltándose las más relevantes en las Conclusiones del estudio, donde además de se plantean las fortalezas y debilidades, así como las líneas de investigación futuras.

Dos últimos apartados recogen referencias y anexos.

## **Capítulo 2: Marco Teórico**



## 3. La calidad de vida en el discurso teórico

### 3.1. La calidad de vida en la legislación

La necesidad de garantizar la calidad de vida de las personas mayores es algo que está presente en todos los discursos teóricos que abordan el fenómeno del envejecimiento. Envejecer con buena salud, mantener la independencia y autonomía de elección el máximo posible y continuar viviendo y participando en la comunidad no son sólo deseos de las personas, sino un reto con consecuencias económicas y políticas, debido al efecto que tienen en la sostenibilidad de los sistemas de salud y servicios sociales (OMS, 2012; Schüssler y Lohrmann, 2015).

El marco legislativo aplicable en nuestro entorno en el ámbito de los servicios sociales reconoce cuatro derechos subjetivos que son aplicables también a las personas mayores que viven en centros residenciales (derecho a la libertad, a la igualdad, a la autonomía personal y a la inclusión social). Así pues, la protección del derecho a la libertad, a la igualdad, a la autonomía personal y a la inclusión social son los principales objetivos de los servicios sociales para personas mayores dependientes. Cada administración regula estos derechos a través de un conjunto de normativas que detallan la manera en que estos objetivos estratégicos serán abordados a través de objetivos operativos de alcance más detallado o limitado por departamento o sección.

Un análisis de la normativa aplicable en materia de servicios sociales en general, y en materia de las personas mayores con dependencia en particular, desprende la presencia constante de un concepto asociado a esos derechos: la calidad de vida. En concreto, se encuentra entre los objetivos estratégicos de las prestaciones de dependencia, promovidas fundamentalmente por la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas con dependencia (2006). Esta ley pretende garantizar la existencia autónoma en el medio habitual de la persona, el trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, con el trasfondo de una incorporación activa en la vida de la comunidad, y una mejor

calidad de vida en efectiva igualdad de oportunidades. Además, dice el mismo texto, los poderes públicos deben fomentar la innovación relacionada con la calidad de vida.

Al igual que en el resto del territorio, también en el ámbito regional del País Vasco el campo de la salud y la asistencia sanitaria, pero, sobre todo, las situaciones, cada vez más abundantes, de dependencia de las personas mayores constituyen unos de los principales retos, según recoge el informe Impacto económico y social del envejecimiento (Observatorio Vasco de Previsión Social, 2008). La preocupación crece si se tiene en cuenta cómo la dependencia afecta no sólo directamente a las personas mayores, sino directamente a familiares y entorno cercano.

Una buena gestión es clave para la sostenibilidad económica del sistema (Alonso, 2009; Observatorio Vasco de Previsión Social, 2008; Zalakain, 2017), dado el coste de las prestaciones para la dependencia, y en especial, de la atención residencial. Este coste, soportado por administración pública y las personas con dependencia y sus familias, aumenta con el grado de dependencia, tan asociado a la edad, particularmente por las necesidades de asistencia personal.

El reparto de competencias en materia de servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco, que tiene a su vez las competencias transferidas desde el gobierno central, viene delimitado por el Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales (2015). Este delimita, en su capítulo 1, la distribución competencial entre las diferentes administraciones, Gobierno Vasco, Diputaciones y Ayuntamientos. Todas ellas, de manera individual, desarrollan sus planes estratégicos para la consecución de los objetivos marcados a partir de esas competencias. En ellos se incluye, en su caso, líneas estratégicas o acciones concretas orientadas a la evaluación de la calidad de los servicios y el nivel de consecución de las metas, aunque ninguna tiene a día de hoy un sistema de medición implantado.

Las administraciones públicas ponen en marcha un conjunto de medidas legislativas para proteger las situaciones de vulnerabilidad que a menudo se dan con el envejecimiento, muy particularmente las derivadas de la dependencia. Esas situaciones de vulnerabilidad son específicamente identificadas en la batería de leyes, normativas y decretos de aplicación, y su protección constituye el verdadero (o al menos original) objetivo de los servicios y prestaciones que proponen. Partiendo de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) hasta la Convención de la ONU de los derechos de las personas con discapacidad (2003).



Tabla 6: Legislación aplicable en Guipúzcoa que recoge derechos de las personas mayores.

<b>Legislación de aplicación para la defensa de los derechos de las personas mayores con dependencia</b>
Constitución española
Carta social europea
Carta de derechos fundamentales de la unión europea
La convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006)
Ley 51/2003, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (Liondau, 2003)
Ley 13/1982, de integración social de los minusválidos (Lismi, 1982)
Real decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley general de la seguridad social
Estatuto de autonomía del país vasco
Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de servicios sociales
Cartera de prestaciones y servicios del sistema vasco de servicios sociales
Catálogo de prestaciones y servicios del sistema vasco de servicios sociales
Decreto foral 25/2009, de 21 de julio, por el que se regulan las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

Fuente Elaboración propia.

La Ley 39/2006 es la principal norma de referencia en materia de compromisos del Estado Español en la atención a las necesidades de las personas con dependencia en materia de asistencia personal (apoyo de terceras personas para la ejecución de las actividades de la vida diaria), y se compromete a protegerlas. Estos compromisos se concretan en cuadro derechos subjetivos fundamentales de la persona mayor con dependencia: su derecho a la libertad, a la igualdad, a la autonomía personal y a la inclusión social.

Aunque la calidad de vida no está recogida entre los derechos fundamentales protegidos por las leyes, es, sin embargo, a menudo incorporada entre los objetivos concretos de los servicios y prestaciones que las leyes promueven, junto con otros como el bienestar, la dignidad, el conocimiento y ejercicio de derechos... Todos estos son tanto objetivos de segundo nivel u operativos como principios y valores sine qua non para conseguirlos.

En esta línea, la Ley 39/2006 incluye la necesidad de superar ciertos criterios de calidad en los servicios, y el Sistema de Atención a la Dependencia se define como uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la situación de los servicios sociales en España, “correspondiente a la necesidad de la atención a las situaciones de dependencia y a la promoción de la autonomía personal, la calidad de vida y la igualdad de oportunidades” (p.#)

La revisión de estos desarrollos normativos da lugar a la identificación de unos derechos genéricos, aplicables a todos los colectivos sociales, y dos derechos concretos, aplicables a las personas mayores en situación de dependencia.

Tabla 7: Principios y valores básicos identificados asociados a los derechos subjetivos de las personas mayores.

<b>Derechos protegidos</b>
Igualdad de oportunidades
Derechos humanos básicos
Libertad de elección, toma de decisiones, autodeterminación y confidencialidad
Libertad y seguridad
Conocimiento y defensa de derechos
Inclusión/integración social/ participación en vida política, económica, cultural y social
Bienestar (físico, mental, económico y material, emocional y psicológico)
Bienestar económico y material: Garantía de ingresos, vivienda digna y medio ambiente adecuado
Protección de la salud y atención a las personas con dependencia (cuidados de calidad y adaptados a sus necesidades)
Autonomía personal de las personas con dependencia

Fuente: Elaboración propia.

Además de la aplicación de los derechos reconocidos por la legislación, nos encontramos en Guipúzcoa con la reciente declaración, por parte de importantes instituciones, de cartas específicas de derechos de colectivos de personas mayores, que recogen el sentir general de la necesidad de proteger y conocer, de manera más específica, la traducción al día a día de los derechos genéricos que las leyes y normativas reconocen.

Tabla 8: Otros documentos que recogen derechos, principios y valores de las personas mayores en Guipúzcoa.

<b>Documentos que recogen principios y valores de la atención a las personas mayores con dependencia</b>
Carta de derechos de las personas mayores
Carta Donostia de los derechos de las personas mayores con Alzheimer
Carta europea de los derechos y de las responsabilidades de las personas mayores que necesitan atención y asistencia de larga duración

Fuente Elaboración propia.

Así, los principios-guía de cualquier actuación de la administración que diseñe servicios/prestaciones que busquen la garantía de los derechos de las personas mayores y sus familias, sugieren estas publicaciones, se han de cumplir atendiendo además a una serie de condiciones sine qua non, los principios instrumentales o “valores”. Estos son los principios rectores de la intervención social (Martínez, 2013):

Tabla 9. Principios odontológicos y materiales rectores de la intervención social.

<b>Principio odontológico de la intervención social</b>	
Dignidad	O reconocimiento de la persona como valiosa en sí misma por el mero hecho de serlo, siendo, por tanto, merecedora de respeto sean cuales sean sus características individuales.
<b>Principios materiales rectores de la intervención social</b>	
No maleficencia	Según el cual, lo profesionales no harán daño a las personas mayores ni a sus familiares, aplicando prácticas beneficiosas y evitando las dañinas
Justicia	O lo que es lo mismo, la no discriminación y a la equidad en la aplicación de recursos por motivos sociales.
Autonomía	Según el cual potenciaremos y respetaremos la toma de decisiones por parte de la persona usuaria, incluyendo valores, creencias y proyectos de vida.
Beneficencia	O hacer el bien según criterios de la persona usuaria, o, en su desconocimiento, a buscar la mayor calidad de vida objetiva

Fuente: Martínez (2013)

Sin embargo, este análisis teórico tiene su contrapunto en la realidad. No sólo la cercana, sino la que es común en toda Europa. Un estudio reciente del centro de estudio y documentación SIIS (Zalakain, 2017), trata de recoger información cuantitativa sobre los costes, formas de financiación y objeto de financiación de las políticas de atención a la dependencia en Europa, entre otras cosas, con objetivo de hacer una comparación. Una de las principales dificultades que se encontró fue la de obtención de datos fiables y comparables en materia de derechos relacionados con los cuidados de larga duración y sus formas de provisión, afirma el autor, debido, comparativamente a otros (sanidad, pensiones...), a que se trata de un ámbito aún todavía novedoso.

No podemos afirmar tajantemente que los derechos de las personas mayores con dependencia que viven en residencias no se cumplan. Tampoco lo contrario. A pesar de esta ausencia de estudios que midan de manera objetiva el nivel de cumplimiento de los objetivos mencionados, existen algunos estudios que afirman la imposibilidad, de arranque, de que estas normas, particularmente la Ley 39/2006, cumplan su objetivo, independientemente de los matices en su forma e intensidad de aplicación real. Los motivos argumentados son, entre otros, los siguientes (Moscoso Pérez, Toboso Martín, y Guzmán Castillo, 2010):

1. Se basa en el modelo médico, no en el modelo social (Palacios y Romañach, 2008), y desarrolla un catálogo de servicios de carácter asistencialista, en detrimento de otros con mayor potencial de promoción de la autonomía de las personas (de Asís Roig, 2010).

2. Hace referencia el desempeño individual en las actividades básicas de la vida diaria, sin considerar el efecto negativo que el entorno pueda ejercer sobre la capacidad para tales desempeños. Por otro lado, se ignoran por completo otras actividades fundamentales para una vida social participativa e integrada en la comunidad.

Una revisión de los planes estratégicos de las administraciones implicadas muestra cómo éstas no declaran el grado actual de cumplimiento, ni el objetivo concreto a alcanzar con las medidas que se plantean. Términos imprecisos como “avanzar”, “mejora continua”, “fortalecer” o “impulsar” el cumplimiento de derechos son comunes en los planes estratégicos, aunque en qué medida va a hacerse no está definido. A continuación, se presentan los planes de las administraciones vascas competentes en más detalle.

## **3.2. La calidad de vida en los planes estratégicos de las administraciones públicas**

### **La calidad de vida en los Planes estratégicos del Gobierno Vasco**

En el documento 100 propuestas para avanzar en el bienestar y el buen trato a personas que envejecen. Bases para un plan de acción (Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, 2011), se mencionan distintas medidas. A continuación, nos detendremos en las más relevantes.

En un primer lugar, la línea de acción “Adaptar las instituciones residenciales a las personas para “vivir como en casa”, menciona la medida 50 la necesidad de “realizar la evaluación de un conjunto de centros residenciales interesados en introducir buenas prácticas, desde parámetros y dimensiones de Calidad de Vida-Modelo de atención y enfoque arquitectónico ambiental”. Continúa el documento con la línea de Acción “Promover la implantación de prácticas profesionales asociadas al modelo de atención centrada en la persona”, donde recoge 4 medidas relacionadas con el objeto de este estudio. En primer lugar, la medida 71.

Aplicar el modelo de atención centrado en la persona en un conjunto de buenas prácticas en diferentes ámbitos y servicios para poder evaluar su viabilidad y sus limitaciones en el País Vasco, así como sus implicaciones en la organización actual de los servicios sociales para personas mayores. (Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, 2011, p.35)

La medida 72, por su parte, invita a “promover una cultura de autoevaluación de la calidad, que genere planes de mejora en los diferentes servicios, teniendo en cuenta aspectos cualitativos de la atención: vida cotidiana, atención centrada en la persona, etc.”. (Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, 2011, p.36)

Le sigue la medida 73 con el objetivo de revisar el contenido del actual modelo de inspección de servicios, incorporando progresivamente aspectos básicos del Modelo de Atención Centrada en la Persona. [...] y, por último, la medida 77 pretende generalizar la realización de evaluaciones periódicas de la satisfacción de los servicios que reciben las personas en cualquier de las modalidades del catálogo (Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, 2011, p.36).

Fruto, entre otros, de este documento, se han incorporado medidas, no cuantificadas, orientadas a la medición del impacto el Plan Estratégico de servicios sociales de la Comunidad Autónoma Del Gobierno Vasco 2016-2019 (2015). En este Plan se encontraron dos objetivos estratégicos alineados con nuestros intereses. En concreto, el objetivo estratégico 33, Impulsar algunos sistemas y herramientas de gestión necesarias para la planificación, seguimiento y evaluación del despliegue del Servicio Vasco de Servicios Sociales (SVSS), recoge las siguientes acciones objetivo:

1. Acción 3.3.6: Diseño y puesta en marcha de un sistema consensuado de evaluación del impacto del SVSS (en términos de cohesión social, prevención, generación de empleo, actividad económica...), con dos indicadores específicos de seguimiento: i) la Puesta en marcha del sistema y actualización del mismo en su caso y ii) el informe de evaluación de impacto realizado.

El objetivo estratégico 34 hace referencia a la necesidad de fomentar las actividades dirigidas a la mejora de la calidad en SVSS, y en esa línea plantea 3 acciones de interés para este estudio.

2. Acción 3.4.1 Establecimiento de un catálogo consensuado de indicadores de calidad en la gestión que permitan valorar su grado de cumplimiento por los diversos atentes que intervienen en el SVSS.
3. Acción 3.4.2. Implantación de sistema de medición de la satisfacción de las personas usuarias y otros grupos de interés en los centros y organizaciones del SVSS.
4. Acción 3.4.3. Desarrollo de modelos comunes de evaluación y mejora continua de la calidad de la atención, así como de programas de asistencia técnica para la implantación de sistemas de calidad en los servicios del SVSS.”

En las tres acciones se priorizarán unos elementos prioritarios que hablan de: impulsar estándares de calidad y promover la mejora continua. En ninguna de ellos se establecen, sin embargo, objetivos medibles de los indicadores seleccionados ni valor actual del mismo, coherente con el hecho de que el objetivo estratégico anterior pretende diseñar el cuadro de indicadores del que se espera que se deriven los valores objetivos concretos que ayuden a medir el avance de manera tangible.

### **La calidad de vida en los Planes estratégicos de las Administraciones Forales de Guipúzcoa**

La calidad de vida no es sólo un derecho que las administraciones y entidades involucradas en la prestación de servicios para la dependencia han de proteger. Puede constituir, al mismo tiempo, una herramienta para mejorar aspectos clave para las personas organizaciones, comunidades y sistemas (Gómez, 2011; Schalock y Verdugo, 2003; Schalock, Gardner, y Bradley, 2006).

#### *Mapa de Servicios Sociales de Gipuzkoa 2015-2017*

El Mapa de Servicios Sociales de Gipuzkoa 2015-2017 (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2015a) incluye entre sus 5 objetivos estratégicos el de posibilitar el seguimiento, evaluación y control público de los objetivos y medidas propuestas (objetivo 5). Este objetivo se desarrolla en el anexo II del mismo documento, señalando, entre otras, las siguientes acciones: 1) Identificar [...] los indicadores e hitos que van a ser utilizados para evaluar, de manera objetiva,

si se están alcanzando los objetivos del Mapa, 2) Identificar [...] sistema de recogida de datos, 3) Facilitar el análisis del impacto sobre la población diana de las medidas propuestas en el Mapa, 4) Comprobar el grado de consecución de los objetivos generales y operativos del Mapa, a través de un proceso de evaluación continua y 5) Ofrecer información pública y objetiva sobre la gestión y el grado del cumplimiento de los objetivos del Mapa.

El anexo continúa desgranando los objetivos generales del mapa en objetivos operativos, indicadores para el seguimiento de su logro, el valor del indicador a fecha 13-12-2013 y la meta establecida para el mismo para finales de 2017, con seguimiento anual entre los años 2013 y 2017. Las acciones concretas que el documento planteaba proponían la elaboración, difusión y evaluación del informe anual de evaluación, y la adecuación de los objetivos del mapa a las conclusiones extraídas en el plan de seguimiento y evaluación. Este mapa se concreta en un plan estratégico que comienza con su publicación en 2015 y sigue vigente a fecha de redacción de este estudio (2019).

#### *Plan estratégico de Gipuzkoa 2016-2019*

El plan de actuación del Departamento de Políticas Sociales 2016-2019 de la Diputación Foral de Gipuzkoa (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2016), recoge, entre otros, los siguientes objetivos: 1) [...] Extensión de metodologías de evaluación a todos los procedimientos en los que se pueda medir el cumplimiento de los objetivos propuestos, 2) Implantación generalizada de sistemas de medición de calidad y satisfacción de las personas usuarias y 3) [...] Actualización y ampliación del Observatorio Social de Gipuzkoa, BEHAGI, para disponer y ofrecer de información relevante, sistematizada y actualizada sobre las condiciones de vida y bienestar de la población guipuzcoana y sobre los servicios sociales

Estos objetivos, aplicables a todas sus áreas de competencias, se trasladan, entre otros, a los planes concretos relativos a la atención a la dependencia y, más en concreto, la atención a través de servicios residenciales. KABIA-Organismo Autónomo de la Diputación foral de Gipuzkoa tiene como objetivo asumir la gestión directa de todos los centros residenciales y de día para personas mayores dependientes de titularidad municipal (16 en total desde el año 2016 hasta el año 2019), con el objetivo de unificar la prestación de servicios, entre otros. Se rescató su plan estratégico y se observó cómo también recoge objetivos en materia de mejora de la gestión.

El Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa tiene entre sus objetivos estratégicos de gestión para los años 2015-2019 (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2016) varios relacionados con el modelo de gestión de los servicios sociales. Entre ellos, nos encontramos los siguientes:

1. En primer lugar, la creación del Centro Residencial de Referencia Adinberri de personas mayores dependientes y su unidad de innovación, donde pretender implantar un servicio residencial puntero, extensor del modelo de atención integral e innovador que permita avanzar hacia la Atención Centrada en la Persona (ACP). Además, incorporará buenas prácticas detectadas y generará conocimiento para su exportación al resto de servicios residenciales de la provincia, con el apoyo de la unidad de innovación.
2. En segundo lugar, la creación del organismo autónomo Kabia (ya en funcionamiento a fecha de elaboración de este estudio). El plan estratégico de Kabia pretende abordar, tal y como se ha adelantado en capítulos anteriores, la implantación del modelo de gestión común y orientado a resultados. Este modelo parte del modelo de gestión avanzada 2015 elaborado por (Euskalit, 2015) promovido por el gobierno vasco que habla, por primera vez, de una gestión orientada a resultados (entre otros). En esa línea de acción, menciona expresamente la medición y evaluación del “Grado de consecución de la Misión, la Visión y de la extensión de los Valores y la cultura de la organización”. Este modelo es genérico para cualquier tipo de organización, y no está adaptado a servicios concretos como la provisión de cuidados de personas mayores.

#### *Plan estratégico 2016-2019 del organismo autónomo foral KABIA*

Plan Estratégico 2016 -2019 del organismo autónomo foral Kabia (Kabia, 2016) recoge los retos de este organismo autónomo de la Diputación Foral de Gipuzkoa, responsable de la gestión de los centros residenciales de competencia Foral, entre los que destacó el número 3 relativo a la gestión, donde pretende abordar la Mejora continua en el servicio de asistencia, gestión de la institución e institución orientada a los resultados, con una comunicación abierta y transparente.

El análisis de los planes estratégicos nos lleva al estudio de los planes y modelos de gestión como herramienta básica para abordar las estrategias marcadas en cualquier organización.



Además, en organizaciones con objetivos tan difíciles de hacer tangibles como la calidad de vida o el bienestar de las personas, los modelos de atención cogen especial relevancia.

### **La calidad de vida en los Planes estratégicos de las Administraciones Forales de Vizcaya**

#### *Plan estratégico de Personas Mayores de Bizkaia (2013)*

En el discurso preliminar del plan estratégico los conceptos calidad de vida y bienestar están presentes en varios lugares, entre otros, la misión de la Diputación Foral de Bizkaia tener como objetivos básicos de su actuación

Contribuir a la mejora de la calidad de vida y al bienestar de toda la ciudadanía, así como al desarrollo integral, justo, solidario y sostenible de la sociedad vizcaína, generando riqueza para distribuirla y centrando la actuación pública en las personas, en todas las personas, promoviendo un entorno favorable al ejercicio efectivo de sus derechos, la ampliación de sus oportunidades y el desarrollo de sus potencialidades (p.35).

Sin embargo, a la hora de aterrizar esta misión en acciones concretas que en los años de aplicación del plan vayan a abordarse (que no se señalan en el documento), la calidad de las prestaciones y servicios se orienta a la calidad de la atención, particularmente en el ámbito de los centros residenciales. Así, propone aumentar el nivel de cobertura, teniendo en cuenta las necesidades complejas del servicio, con diferentes líneas de actuación, como exclusivo eje estratégico en el ámbito de los centros.

#### *Plan para la participación y calidad de vida de las personas con discapacidad en Bizkaia 2016-2019*

El plan para la participación y calidad de vida de las personas con discapacidad en Bizkaia 2016-2016 (Diputación Foral de Bizkaia, 2016) recoge el único compromiso estratégico de esta administración en el ámbito de la calidad de vida. Para el colectivo de personas con discapacidad, cuyo grueso lo componen en general personas menores de 65 años, el plan mencionado menciona el término calidad de vida en 103 ocasiones. Aunque no se trata de personas mayores ni de centros residenciales, se consideró interesante conocer el detalle dada la escasez de compromisos, sea cual sea el colectivo de destino, que hablan de gestión orientada

a la calidad de vida en el ámbito de los servicios sociales. Este plan toma como referencia El Modelo de Participación y Calidad de Vida en la Comunidad para la atención y promoción de las personas con discapacidad y sus familias. De sus cuatro ejes estratégicos, merece la pena rescatar el eje D: Calidad y planificación centran en y con la persona. En él, la medida OE D.2 pretende “promover un modelo integrado de gestión centrado la calidad de vida, la ética en la atención, la calidad en la gestión, la transparencia organizacional y la igualdad de género y normalización del uso del euskera” (Diputación Foral de Bizkaia, 2016). Atendiendo a la parte del objetivo centrado en la calidad de vida y de gestión, el plan pretende “Fomentar la implantación y consolidación de modelos o sistemas de calidad en la gestión y mejora continua en las organizaciones” (Diputación Foral de Bizkaia, p.33).

En cuando a la sistemática para la aplicación y evaluación del plan, éste establece la creación de cuatro mesas de trabajo, siendo la enumerada en cuarto lugar la mesa “sistema de gestión alineado con el Modelo de participación y Calidad de Vida y las prioridades del Departamento”. Las tres líneas de actuación definidas en el plan (Diputación Foral de Bizkaia, 2016) plantean líneas de trabajo interesantes para esta investigación, al mencionar:

- 1) El interés por conocer los sistemas y modelos de gestión que utilizan las organizaciones en relación con los servicios de responsabilidad foral.
- 2) La necesidad de identificar mejoras para incorporar las prioridades que orienten hacia un modelo integrado de gestión centrado la calidad de vida, la ética en la atención, la calidad en la gestión, la transparencia organizacional, la igualdad de género y normalización del uso del euskera.
- 3) Avanzar en la definición de las actuaciones y los tiempos necesarios para conseguir paulatinamente la alineación de los sistemas y modelos de gestión al Modelo de Participación y Calidad de Vida y las prioridades del Departamento

### **La calidad de vida en los Planes Estratégicos de las Administraciones Forales de Álava**

La palabra calidad de vida se menciona en 15 ocasiones en el documento Plan Estratégico De La Legislatura 2015-2019 De La Diputación Foral De Álava (Diputación Foral de Álava, 2016), aunque la misión declarada de este plan no está aparentemente vinculada a la calidad de vida de las personas de manera directa, al enunciarse como

Recuperar para Álava los niveles de actividad económica, de empleo, de calidad en los servicios sociales, de eficacia en la provisión de los servicios públicos y de intensidad en las inversiones en infraestructuras existentes con anterioridad al inicio de la crisis, todo ello orientado al desarrollo competitivo y sostenible del Territorio Histórico de Álava (Diputación Foral de Álava, p.52).

Tampoco encontramos referencias a la calidad de vida en su misión y sus valores, pero sí en sus líneas concretas de actuación. En concreto, el eje 3: Liderazgo en la provisión de servicios sociales, se concreta en 13 líneas de actuación, siendo la tercera de ellas la calidad de vida autónoma e independiente de personas mayores. Esta línea se define como

Conseguir mejorar la calidad de vida para las personas mayores de Álava apostando por un modelo de envejecimiento activo e independiente, en el que las personas mayores ejerzan un rol de participación activa en la vida familiar, social y cultural de su entorno (Diputación Foral de Álava, p. 99).

Su contenido se articula en tres líneas estratégicas de actuación, de las cuales ninguna está directamente vinculada con la calidad de vida de las personas mayores que viven en centros residenciales, aunque la segunda de ella podría abarcarla en conjunto con otros ámbitos residenciales, al enunciarse de la siguiente manera:

Programa De Envejecimiento Activo Y Saludable: El reto de la administración foral está en mantener e incrementar la calidad de vida de una población cada vez más envejecida. Esta línea pretende fomentar la participación de los más mayores en actividades sociales, culturales, etc., fomentar hábitos de vida saludable en los mayores y prevenir su aislamiento social (Diputación Foral de Álava, p. 100).

Por otro lado, la línea quinta hace referencia a la mejora de residencias de personas mayores, definiéndose su objetivo como “Apuesta por la eficacia de los servicios actuales que se ofrecen

en las residencias de personas mayores que componen la red Foral y potenciación del servicio con la ampliación de plazas residenciales” (Diputación Foral de Álava, p. 101). Esta definición, aparentemente bastante economicista, se materializa en cuatro líneas estratégicas de actuación, siendo la primera de las cuales la que, de una manera más directa, aunque tampoco clara, pudiera acercarse a la calidad de vida, al definirse como: “Álava cuenta con una extensa red de residencias que prestan una atención integral y continuada a las personas mayores dependientes. La intensidad de la atención varía en función del grado de dependencia de las personas atendidas” (Diputación Foral de Álava, p. 101).

### 3.3. La calidad de vida en los modelos de atención

Paralelamente a la evolución de la visión social sobre las personas con dependencia ha evolucionado el modelo de atención desde las administraciones públicas. Como explica la Tabla 10, existen tres visiones que varían en su percepción sobre quienes reciben la atención, qué y quiénes han de planificar dicha atención, los principios que han de guiarla y quiénes o qué determinan la calidad que debe esperarse. Tradicionalmente los servicios sociales para personas mayores se han encuadrado en un modelo de atención directivo. En este modelo, es el titular o gestor de servicios quien ofrece a las personas mayores y sus familias lo que considera mejor para aliviar sus carencias, trazando una línea muy clara entre los profesionales y las personas usuarias, donde el profesional es el “experto”. El usuario es el simple receptor de toda esa experiencia y decisiones. El modelo clásico de los servicios sociales para personas mayores se está quedando corto, y sus respuestas a las necesidades de los mayores son insuficientes para satisfacer las demandas de un colectivo cada vez más consciente de qué es lo que mejor les conviene para mejorar su calidad de vida (IMSERSO, 2017). Esta visión paternalista de una administración que “ayuda” a un ciudadano “paciente” que ha de estar agradecido por el “favor” que la administración le hace ante su situación de desventaja (visión institucional), ha pasado por una visión de relación “cliente-proveedor” donde un ciudadano “exige” el cumplimiento de una serie de “derechos” que le son, en ocasiones de manera

discriminatoria, negados por una sociedad/productos/servicios diseñada para una imagen de ciudadano medio que no se ajusta a la diversidad de la población.

Sin embargo, existe un paso más en la evolución de la visión que se tiene de la relación administración-administrado, y es la visión de comunidad (Schalock et al., 2006 en Leturia, 2011). El modelo de vida en comunidad sitúa a la persona, que anteriormente era considerada paciente o cliente, en la posición de ciudadana, que tiene un proyecto de vida sobre la que sólo ella o su red de apoyo deciden, siendo su calidad de vida, ajustada a los principios de autodeterminación, las relaciones interpersonales y la inclusión social, la medida del éxito de cualquier acción/programa/servicio desarrollado por la administración pública o entidad gestora. Esto nos sitúa en la necesidad de tener que comprender el significado real del constructo “calidad de vida”.

Tabla 10 Diferencias básicas entre los diferentes modelos de atención identificados

	<b>Institucional</b>	<b>De Integración</b>	<b>En la comunidad</b>
¿Quién recibe?	Paciente	Cliente	Ciudadano
¿Qué se planifica?	Los cuidados	Las habilidades	El futuro
¿Quién toma decisiones?	El especialista	El equipo	La persona con su círculo de apoyos
¿Qué principios guían?	Limpieza, salud y seguridad	Habilidades y socialización	Autodeterminación, relaciones e inclusión
¿Qué determina la calidad?	La práctica profesional y el nivel de cuidados	La realización de programas y objetivos	La calidad de vida del individuo

Fuente: Leturia (2011)

Más allá de las condiciones de partida, cada administración e institución fomenta la aplicación de modelos de atención que pueden hacer variar ampliamente el nivel de garantía de derechos. De todos modos, es la aplicación individual que al final de la cadena de valor se hace, particularmente por parte del personal de atención directa, con unas directrices más o menos claras por parte de los equipos de dirección de los centros, lo que puede marcar la diferencia en el receptor de los servicios. A pesar de la generación de guías de estilo, de buen trato y de buenas prácticas y de su difusión y la formación que a menudo se hace de ellas, la falta de seguimiento de su implantación real dificulta su cumplimiento. Por estos motivos es importante conocer la perspectiva de los profesionales de centros residenciales en cuanto a los indicadores de resultado y principios y valores en su gestión.

Ante la insuficiencia de este modelo para atender las crecientes demandas del colectivo, surge el modelo de atención centrada en la persona (MACP). Este modelo otorga protagonismo

al usuario (cliente) como conocedor de sus necesidades y preferencias y como persona con capacidad de decidir sobre su propio futuro, y una de sus metas es que las personas mayores alcancen el máximo nivel posible de bienestar (Martínez, 2013). El modelo resalta la importancia de mantener a la persona en su entorno, y, de ser esto imposible, a hacer que ese nuevo entorno, como es el caso de las residencias de personas mayores, se parezca lo más posible a su entorno original, el domicilio, donde proporcionar una “buena vida” (Rijnaard et al., 2016), en lugar de considerarlas un recurso para el cuidado de la salud donde las personas mayores residen. En la segunda mitad del siglo XX la calidad de los servicios residenciales se medía en términos de requisitos tecnológicos, funcionales y económicos, y se prestaba poca atención a los requisitos relacionados con las preferencias de los residentes. Hoy en día, sin embargo, prevalece una visión más holística del cuidado de la salud, donde ésta se ve influenciada no sólo por el entorno construido sino por características sociales y personales. El estudio de Rijnaard et al. (2016) menciona cómo el sentirse como en casa, fundamental en el bienestar de las personas mayores, no es algo que se consiga de la noche a la mañana, sino que se desarrolla trabajando conceptos como la independencia, seguridad, identidad personal, capacidad de elección y control sobre la propia vida. El estudio concluye con tres grandes bloques de factores que influyen en el sentimiento de hogar: 1) aspectos psicológicos: comportamentales, cognitivos y emocionales, tales como el sentimiento de pertenencia, el mantenimiento de hábitos y valores propios, autonomía y control y la sensación de “conformidad” con el hecho de vivir en una residencia (nunca será como vivir en casa pero aceptar el hecho de que “se parece” y estar conforme con ello); 2) aspectos sociales: considerando el hogar un lugar para las conexiones y la socialización, con el personal, con otros residentes, con la familia y amigos, con mascotas y la participación en actividades; y 3) aspectos constructivos: que incluye la distribución del espacio, su diseño interior y los alrededores, fundamentalmente el espacio privado, el espacio semi-público, las posesiones personales, la tecnología, el aspecto físico del entorno y la ubicación y características del espacio exterior.

El cambio de paradigma lo describen de forma exquisita Palacios y Romanach (2006) en su artículo cuando dicen:

[...] ello [el cambio de paradigma] es en gran medida la consecuencia de una lucha, que como se verá, vienen llevando a cabo las propias personas con

discapacidad, desde la década de los años setenta del siglo pasado, quienes reclamaban que se las dejase de considerar como objeto de políticas asistenciales y/o paternalistas, para pasar a ser sujetos de derecho. Afortunadamente, la Convención asume dicho enfoque, y obliga a los Estados Parte a asumirlo en las políticas legislativas a ser adoptadas e implementadas (p. 11).

Este punto de vista va a ser clave para el análisis de los derechos cuya garantía pretende cubrirse a través de los servicios y prestaciones estudiados. La nueva definición de las personas con discapacidad es la de “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (ONU, 2006, s.p). Estos textos no hacen diferencia la edad de la persona, sino a las deficiencias que se han mencionado, y las personas mayores con dependencia están incluidas en la definición.

En esta línea, algunos estudios plantean que, frente a un planteamiento desde el que se afirma que la discapacidad es intrínsecamente mala, un defecto o enfermedad que debe ser prevenida, corregida o paliada, la Convención suscribe explícitamente en su articulado el llamado “modelo social” (Palacios y Romañach, 2006). Según este nuevo paradigma, “la discapacidad es el resultado de la interacción del sujeto con un entorno excluyente que no da cabida a las diferencias y límites del individuo o impide su participación en la sociedad” (ONU, 2010, p.08).

Palacios y Romañach (2006) continúan distinguiendo entre tres modelos de atención, que coexisten en mayor o menor medida en el presente. El primero de ellos, el *modelo de prescindencia* considera que las causas que dan origen a la discapacidad tienen un motivo religioso. Las personas con discapacidad no son necesarias por razones como que no contribuyen a la comunidad, que son la consecuencia del enojo de los dioses, o demasiado desgraciadas como para que sus vidas merezcan la pena ser vividas. El modelo rehabilitador defiende, en segundo lugar, orígenes científicos en la discapacidad, alegando que, mientras sean rehabilitadas, las personas con discapacidad ya no son consideradas prescindibles. Existe un concepto de “normalidad” al que en las personas hemos de parecernos lo más posible, y

aunque este modelo no promueve la riqueza de la diversidad, al menos las hace visibles a la sociedad. En tercer lugar, el modelo social, defendido por los autores, es aquel que considera que las causas que dan origen a la discapacidad son fundamentalmente sociales y que todas las personas con discapacidad pueden aportar a comunidad desde la valoración y el respeto a su diversidad. Los derechos humanos, el respeto por la dignidad humana, la igualdad, la libertad personal, la inclusión social, la vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno serán principios clave de este modelo. Dichos principios, en realidad, persiguen un mismo objetivo: que las personas con discapacidad puedan tener iguales oportunidades que el resto de personas en el diseño y desarrollo de sus propios planes de vida.

Bajo este modelo, las personas dejan de ser consideradas como receptoras de servicios de beneficencia u objetos de las decisiones de otros, y pasen a ser titulares de derechos (ONU, 2010). Tal enfoque no se consigue sin cambios importantes a nivel estructural: leyes, decretos, procedimientos y, sobre todo, mentalidades, han de sufrir un cambio profundo.

Existen en el territorio español, y particularmente en la comunidad Autónoma Vasca, Asturias y Cataluña, numerosas publicaciones orientadas a dar pautas de atención, criterios de buenas prácticas e incluso aproximaciones a modelos de atención que, sin embargo, quedan en general en un plano teórico lejano a la aplicación real de los resultados, más allá del experimento empírico necesario para el desarrollo del modelo teórico. La investigación, que ha incluido numerosas entrevistas tanto con entidades responsables de la gestión de los servicios como con administraciones responsables de su promoción e inspección, confirma que la práctica está muy alejada del desarrollo teórico, pero que el interés en este ámbito existe, y en ocasiones está acompañado de preocupaciones y dificultades. Preocupaciones por formar parte de objetivos y líneas estratégicas de planes interanuales de las administraciones, que indican qué han de hacer en materia de planificación, valoración y seguimiento del cumplimiento de metas y que en general están aún lejos de ser cumplidos. Dificultados porque saber qué ha de hacerse no implica conocer cómo hacerlo o porque hacerse es algo que puede abordarse desde una perspectiva de máximos o desde una perspectiva de mínimos.

Dichos principios y valores, para poder ser llevados a la práctica, se ven beneficiados cuando son recogidos por modelos de atención que ayuden, a través de una traducción a la realidad del día, a ser comprendidos y aplicados por los profesionales de los servicios para personas con discapacidad y personas mayores. En nuestro entorno geográfico se han publicado en los



últimos años varias publicaciones, algunas de ellas desde las propias administraciones públicas, que defienden unos modelos de atención respetuosos con los derechos de las personas (Centro de Documentación y Estudios, SIIS y Fundación Eguía-Careaga Fundazioa, 2012a; Centro de Documentación y Estudios, SIIS y Fundación Eguía-Careaga Fundazioa, 2012b; Centro de Documentación y Estudios, SIIS, 2016; Consellería de Benestar Social de la Generalitat Valenciana, 2015; Diputación Foral de Gipuzkoa, 2010; Diputación Foral de Gipuzkoa, 2015b; Leturia, 2011; Martínez, 2013; Matia Fundazioa, 2012; Ministerio de Servicios Sociales de Gran Bretaña, 1998; Rodríguez de Santiago, José María, 2012).

Hoy en día, no existe un modelo de atención que sea norma, aunque sí recomendado. Se trata del Modelo De Atención Centrado En La Persona (MACP) (Martínez, 2013). Este modelo destaca como modelo profesionalizado que busca proporcionar cuidados apoyando que las personas sean protagonistas, en la medida de sus posibilidades, del control sobre sus cuidados y su vida cotidiana, en un entorno que favorece el desarrollo de sus capacidades y el sentirse bien. Defiende un modelo profesionalizado que busca aumentar la calidad de la atención desde dimensiones relacionadas con la calidad de vida” (Díaz Veiga et al., 2016; Diputación Foral de Gipuzkoa, 2010; Diputación Foral de Gipuzkoa, 2015b; Leturia, 2011; Martínez, ; Martínez, 2013; Matia Fundazioa, 2012). Detrás del desarrollo e implantación de esta metodología ha estado siempre la Fundación Matia, una reconocida organización con multitud de investigaciones en el ámbito de la atención a personas con discapacidad y mayores. Fue precisamente la Fundación Matia quien financió el desarrollo de la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) para evaluación de la calidad de vida que será el punto de partida de este trabajo. El que fuera uno de sus principales investigadores durante años recibió el premio IMSERSO Infanta Sofia 2004 por sus estudios respecto de la calidad de vida de las personas mayores (Yanguas, 2003). En el estudio, el autor hace un profundísimo trabajo de investigación desde tres prismas fundamentales: i) conocer la opinión de los usuarios respecto a su calidad de vida; ii) estudiar las variables principales que explican (cuánto y en qué medida) esa calidad de vida y iii) analizar las posibles intervenciones a realizar.

El reciente estudio Atención a la Dependencia en la Unión Europea: Modelos, tendencias y retos (Zalakain, 2017), destaca los principales retos del sistema de atención a la dependencia en el que se enmarca la atención residencial, tiene a día de hoy, y entre ellos nos encontramos la mejora de la evaluación de las intervenciones y los sistemas de información y terminar el

cambio de modelo de atención hacia uno centrado en la persona, respetando el cómo y dónde la persona quiera ser atendida y teniendo la calidad de vida como objetivo de gestión.

Existe, sin embargo, aún un largo recorrido en la implantación de estos modelos teóricos en la realidad. Un estudio reciente sobre la situación de los centros residenciales guipuzcoanos destinados a personas mayores (Centro de Documentación y Estudios, SIIS, 2016), analiza fortalezas y debilidades del actual modelo de atención residencial en el territorio, destacando entre las primeras la calidad de la atención que se presta en el conjunto de los centros y entre las segundas la necesidad de seguir avanzando en un modelo de atención más personalizado y más orientado a la calidad de vida de las personas usuarias.

## 4. La calidad de vida en la literatura científica. Concepto, modelos y evaluación

### 4.1. Calidad de vida y factores determinantes

Es relativamente reciente el estudio de la calidad de vida de la población en general, y más aún de la población adulta mayor (Bennett, 1973; Browne et al., 1994; Caballo, Crespo, Jenaro, Verdugo, y Martínez, 2005; Fernández Ballesteros, 1997; Gómez et al., 2010; Holland, Smith, Harvey, Swift, y Lenaghan, 2004; Jenaro et al., 2005; Joyce, Hickey, McGee, y O'Boyle, 2003; Lawton, 1991; Leturia, 2011; Netuveli y Blane, 2008; Osborne, Hawthorne, Lew, y Gray, 2003; Puts et al., 2007; Rai, Kellanda, y Wientjes, 1995; Satorres Pons, 2013; Schalock y Verdugo, 2002; Schalock et al., 2005; Scocco y Nassuato, 2017; Sovárióvá, 2016; Stefani y Feldberg, 2006; Van Hecke et al., 2018; Verdugo y Schalock, 2001; Verdugo et al., 2009; Yanguas, 2003).

A lo largo de la historia la calidad de vida ha resultado en un amplio abanico de definiciones, propuestas de dimensiones y diseño de instrumentos de medición. De hecho, es habitual encontrarse muchos otros términos como satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, bienestar, autoreporte en salud, estado de salud, salud mental, felicidad, ajuste, estado funcional y valores vitales que son usados para designar la calidad de vida (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012). Incluso, siguen los autores, muchos autores trabajan sin definir previamente el concepto, introduciendo confusión acerca de lo que intentan referir. En esta misma línea, el reciente trabajo de Pinto, Fumincelli, Mazzo, Caldeira y Martins (2017), hace una interesante revisión sobre este uso a veces indistinto, y concluye que los principales atributos que hacen que la calidad de vida sea un concepto diferente es que habla de un continuo desarrollo y mejora, con una componente objetiva, que requiere de empoderamiento, independencia, dignidad, logro de objetivos y aspiraciones, capacidades y autonomía. Afirman los autores que el resto de conceptos no presentan estos atributos, y convergen en la calidad de vida sólo en otros

(subjetividad, complejidad, multidimensionalidad...) que hacen que el parecido sea sólo parcial y, por tanto, no puedan usarse los términos indistintamente.

En su profunda revisión del concepto, Urzúa et al. (2012) remontan la utilización del término a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, donde el foco se ponía en la percepción de las personas de si tenían una buena vida o si se sentían seguras desde el punto de vista financiero (Campbell, 1981; Meeberg, 1993), según recogen los autores. Durante los años 70, siguen, comenzaron a incluirse criterios más amplios, pero aún con carácter objetivo, que explicaban varianzas muy bajas de la calidad de vida individual (en torno al 15%). Durante la década de los 90 el concepto calidad de vida fue objetivo de grandes investigaciones, debido a la época de innovaciones y cambios que se estaba viviendo, y fruto de las investigaciones en el ámbito de las personas con discapacidad intelectual, Cummins recopiló más de 100 definiciones (Cummins, 1997b). Algunas de las definiciones comenzaban ya a dar un importante peso a las percepciones subjetivas, definiendo la calidad de vida como la calidad de la vivencia que de la vida tienen los sujetos (Cardona y Agudelo, 2005), o a la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes (OMS, 2006). Con la introducción de la dimensión subjetiva, las investigaciones llegaban a explicar el 50% de la varianza (Campbell y Rogers, 1976, en Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012; Haas 1999 en Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012). Sin embargo, aún entonces la calidad de vida parecía no tener una definición precisa y la mayoría de investigaciones que han trabajado en la construcción del concepto están de acuerdo en que no existe una teoría única que defina y explique el fenómeno. Esta falta de consenso en la definición se da tanto para la población en general como para la población de personas mayores con y sin deterioro cognitivo, aunque parece haber ciertos acuerdos: en general se considera un concepto multidimensional, que es fiel a una serie de principios: que la medida de la calidad de vida implica el grado en que las personas tienen experiencias de vida que valoran, dimensiones que contribuyen a una vida plena e interconectada, considera el contexto físico, social y cultural importantes para la persona, e incluye la medida de experiencias comunes a todas las personas así como las particulares del individuo (Verdugo, Schalock, Keith, y Stancliffe, 2005).

En este confuso escenario, Urzúa et al. (2012) ponen un poco de orden organizando las definiciones de calidad de vida en cinco interesantes categorizaciones principales: aquellas que asimilan la calidad de vida con las condiciones de vida, aquellas que la asimilan con

satisfacción con la vida, las que la asimilan a la suma de las dos anteriores, las que aplican a esa suma el contexto de valores y las que le aplican una evaluación a través de procesos cognitivos (que relativizan la importancia que uno mismo da a su percepción de su calidad de vida a través de la comparación con la sociedad que le rodea y la discrepancia percibida).

Otra extendida clasificación es la que define la calidad de vida desde una perspectiva heurística que tiene en cuenta aspectos *emic* (culturales) y *etic* (universales) (Berry, Poortinga, Breugelmans, Chasiotis, y Sam, 2011; Jenaro et al., 2006; Kober, 2010; Schalock, 2000; Schalock y Verdugo, 2002; Schalock y Verdugo, 2003; Verdugo et al., 2005; Verdugo y Schalock, 2001). Respecto de los aspectos culturales los autores recogen la importancia de tres fenómenos: i) el papel clave que la cultura juega en la expresión de las creencias y el comportamiento ii) la identificación de las áreas clave y los indicadores de bienestar y iii) la confirmación de que el constructo calidad de vida tiene un significado similar a lo largo de la geografía mundial.

Respecto de los aspectos *etic* (universales) habla de la calidad de vida como un constructo compuesto por varias dimensiones que hacen referencia al grado en que las personas tienen experiencias vitales que valoran, a través de dimensiones que contribuyen a una vida plena e interconectada, teniendo en cuenta el contexto (físico, social y cultural), y abarcando desde las experiencias humanas más comunes a las más vitales y únicas". En este sentido, los resultados de los estudios anteriores indican que en general, la importancia y uso de las dimensiones de la calidad de vida muestran perfiles similares en la geografía mundial, aunque la medida de ésta cambia, y esas dimensiones pueden ser agrupadas en las ocho dimensiones propuestas por Schalock y Verdugo (2002/ 2003, 2007, 2008).

Respecto de las dimensiones que componen la calidad de vida en esta etapa de la vida, en el contexto internacional, un estudio de revisión sistemática sobre otros 48 estudios (Brown, Bowling, y Flynn, 2004) identifica nueve ámbitos principales, aunque con denominaciones y matices ligeramente diferentes en unas y otras revisiones: autonomía personal, rol social y actividad, salud percibida, relaciones interpersonales, actitud y capacidad de adaptación, bienestar emocional, espiritualidad, vivienda (y vivir en la propia vivienda) y vecindario y bienestar económico. En España, el estudio *Calidad de vida y envejecimiento: la visión de los mayores sobre sus condiciones de vida* (Rojo-Pérez et al., 2011), destaca por añadir a las revisiones sistemáticas sobre las dimensiones más importantes en la calidad de vida de las

personas mayores, generalmente desarrolladas desde la voz de las personas expertas, la opinión de las personas mayores (sin pertenencia a ningún colectivo concreto). Resultan cinco dimensiones principales entre un total de 19 identificadas en las revisiones: salud, red familiar, recursos económicos, red social y participación en actividades de ocio y tiempo libre, a las que se añaden vivienda y edificio, barrio/pueblo/ciudad, vecindario (vecinos), ocio físico, viajes/turismo, ocio pasivo, ocio cultura, matrimonio, red paterno-filial, red familiar (en genérico), apoyo social, estado emocional, religiosidad y espiritualidad y valores y actitudes. Otros estudios apuntan en la misma dirección (Fernández Méndez et al., 2007; Joyce et al., 2003).

Entre los factores que reciben atención en las investigaciones, nos encontramos a menudo con el lugar de residencia, empezando ya a ser relativamente abundantes las investigaciones que afrontan la cuestión de la calidad de vida relacionada con el entorno residencial en población mayor que habita en vivienda familiar (Bennett, 1973; Fernández Ballesteros, 1997; Fernández Méndez et al., 2007; Fernández-Mayoralas Fernández, Rojo Pérez, y Pozo Rivera, 2002; Halvorsrud y Kalfoss, 2007; Mansell et al., 2007; Missotten et al., 2009; Netuveli, Wiggins, Hildon, Montgomery, y Blane, 2006; Nosraty, Jylhä, Raittila, y Lumme-Sandt, 2014; Olsen et al., 2016; O'Malley y Croucher, 2005; Pynoos y Regnier, 1991; Rojo Perez, Fernandez-Mayoralas, Pozo Rivera, y Rojo Abuin, 2001; Rojo Pérez et al., 2011; Sovárióvá, 2016; Zamarrón Cassinello y Fernández Ballesteros, 2000). Parece que este hecho es en general causa de una alta satisfacción (Rojo Pérez et al., 2011), particularmente sustentada en la relación con los vecinos y la satisfacción con la vivienda, además del control que la persona mayor experimenta al vivir en su propio domicilio (Bowling et al., 2007; León-Salas et al., 2015; Rojo Pérez et al., 2011). Las personas mayores sienten el entorno habitual de residencia, tanto interior o privado (la casa) como el exterior o público (el barrio o localidad donde se ubica la casa), como algo propio, han vivido en ese espacio muchos años y tienen asociados con el mismo una buena parte de sus vivencias (Fernández-Mayoralas et al., 2007; Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015). Fernández –Ballesteros (1997) afirma, sin embargo, que el efecto de este factor se limita en ciertas circunstancias, y defiende que el lugar de residencia (vivir en su propio domicilio o en instituciones -públicas y privadas-) tiene menos peso que la edad, el género o la posición social.

Sin embargo, la calidad de vida de las personas mayores asociada al lugar de residencia está derivando hacia el estudio de las circunstancias particulares que motivan y se generan en torno

a la en un centro residencial, y la investigación empieza a abordar su impacto en la calidad de vida de las personas mayores (Barca, Engedal, Laks, y Selbaek, 2011; Beer, Bosboom, Almeida, y Flicker, 2009; Bóckerman et al., 2012; Borglin, Edberg, y Rahm Hallberg, 2005; Branch y Jette, 1982; Castilho-Weinert et al., 2014; Dichter, Halek, Dortmund, Meyer, y Bartholomeyczik, 2013; Esteban Herrera y Rodríguez Gómez, 2015; Estrada Restrepo et al., 2013; Fernández Ballesteros y Zamarrón, 1996; Fernández Ballesteros, 1997; Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015; Guevara-Peña, 2016; Hall, Opio, Dodd, y Higginson, 2011; Hoe, Hancock, Livingston, y Orrell, 2006; IMSERSO, 2006; Lawton, 1991; Le Masson, 2003; León-Salas et al., 2015; León-Salas et al., 2013; Molero Jurado, Mara del Mar y Prez-Fuentes, 2011; Molina y Meléndez, 2008; Muñoz Puebla y Castellón Sánchez del Pino, Alberto, 2015; Noro y Aro, 1996; Olsen et al., 2016; Peace, 1981; Rodríguez Díaz, Cruz-Quintana, y Pérez-Marfil, 2014; Simon, Berwig, y Heinrich, 2013; Simon, 2014; Subaşı y Hayran, 2005; Valenzuela, 2010; Vitorino, Paskulin, y Viana, 2012; Vitorino, Paskulin, y Vianna, 2013; Ward, 1980; Wells y Singer, 1988; Zimmerman, Sloane, Williams, y Reed, 2005).

La bibliografía defiende mayoritariamente que envejecer en casa, sin tener que cambiar de residencia, es la opción preferida por las personas mayores, y más que un símbolo de la calidad de vida a cualquier edad (Borglin et al., 2005; Bowling et al., 2003; Gabriel y Bowling, 2004; Ilinca, Rodrigues, y Leichsenring, 2015; Llobet, Ávila, Farràs Farràs, y Canut, 2011; Missotten et al., 2009; Nosraty et al., 2014; Puig Llobet, Rodríguez Ávila, Farràs I Farràs, y Lluch Canut, 2011; Raggi et al., 2016; Rojo Perez et al., 2001; Scocco y Nassuato, 2017; Van Leeuwen et al., 2019). Ya desde comienzos de este siglo el ambiente residencial ocupa un lugar importante en gerontología (Fernández-Mayoralas Fernández et al., 2002; Pérez-Duarte y Cruz, 2017; Pynoos y Regnier, 1991; Rijnaard et al., 2016; Rojo-Pérez, Fernández-Mayoralas, Rodríguez-Rodríguez, y Rojo-Abuín, 2007; Sheila Peace, Hans-Werner Wahl, Heidrun Mollenkopf, y Frank Oswald, 2011; Wahl y Weisman, 2003).

Más allá de las preferencias manifestadas por las personas mayores, diversos estudios discuten si el lugar de residencia (propio domicilio o centro residencial) es o no un factor determinante de la calidad de vida, mostrando resultados en diferentes sentidos. La mayoría de los autores (Borglin et al., 2005; Bowling et al., 2003b; Branch y Jette, 1982; Dirk van Dierendonck et al., 2006a; Hyde, Wiggins, Higgs, y Blane, 2003; Ilinca et al., 2015; Molina y Meléndez, 2008; Nosraty et al., 2014; Ryff y Keyes, 1995) confirman la existencia de la correlación, a favor de aquellas personas que viven en el propio domicilio frente a las que viven

en centros residenciales. Sin embargo, aunque en menor medida, otros autores afirman que esa relación es muy poco significativa, (Fernández Ballesteros, 1997), y algunos incluso refieren un resultado ligeramente mejor para las personas que viven en el centro residencial (Gómez, 2011).

También en el caso específico de las personas con deterioro cognitivo, la bibliografía defiende el impacto de la opción de hacer una vida independiente en la propia casa durante el mayor tiempo posible (Nosraty et al., 2014). La bibliografía diferencia claramente las personas mayores con y sin deterioro cognitivo en cuanto a su calidad de vida, tanto en domicilio familiar como en centro residencial, en general apuntando hacia un empeoramiento de su calidad de vida. (Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015). Diversos estudios afirman que las personas con deterioro cognitivo que viven en centros residenciales presentan peor calidad de vida que los no institucionalizados y los institucionalizados sin demencia (Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015; León-Salas et al., 2015; Sovárióvá, 2016; Villagrasa Ferrer et al., 2002). Este resultado podría ser particularmente aplicable a personas con un deterioro cognitivo moderado (Olsen et al., 2016) y grave (Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015; Missotten et al., 2009). Sin embargo, en estadios iniciales de la demencia, algunos autores observan peor calidad de vida en personas en domicilio familiar (Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015; Missotten et al., 2009). Por otro lado, existe bibliografía que defiende que la calidad de vida general en personas con demencia es independiente del estado cognitivo (aunque también concluyen que una intervención dirigida a mejorar el estado cognitivo mejora los resultados de calidad de vida) (Weisscher, de Haan, y Vermeulen, 2007; Woods, Thorgrimsen, Spector, Royan, y Orrell, 2006). En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, ésta parece relacionada con el estado cognitivo, particularmente cuando el deterioro aparece, y lo que es importante en estados iniciales (como el mantenimiento de las capacidades intelectuales), deja de serlo en etapas más avanzadas (donde la seguridad y el confort pasan a ser claves) (Schölzel-Dorenbos, 2011).

La discusión se aviva cuando se analizan las componentes y dimensiones de la calidad de vida por separado. En referencia a las componentes objetiva y subjetiva de la calidad de vida, encontramos consenso generalizado sobre el peso del bienestar subjetivo (Bóckerman et al., 2012; Cummins, 2000; Cummins, Eckersley, Pallant, Van Vugt, y Misajon, 2003; Molina y Meléndez, 2008; Prieto-Flores, Fernandez-Mayoralas, Rosenberg, y Rojo-Perez, 2010; Ruggeri et al., 2005; Simon, 2014) y del bienestar psicológico (van Dierendonck, Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco y Moreno-Jiménez, 2008; Ryff y Keyes, 1995; Satorres Pons,



2013). Aplicado al contexto de la vida en un centro residencial, existen estudios que refieren un mejor resultado a favor de las personas que viven en centros residenciales dejando fijos los efectos del grado de dependencia y estado general de salud entre otras variables (Bóckerman et al., 2012). Estos estudios también afirman que, sin embargo, una de las posibles causas de la diferencia a favor de las personas en centros pueda ser la necesidad insatisfecha de una plaza residencial que, por la mayor demanda que oferta presente, hace alargar estancias en su propio domicilio en condiciones de peor bienestar subjetivo.

Existen opiniones que correlacionan negativamente la vida en un centro residencial y el bienestar subjetivo (Molina y Meléndez, 2008). Lo justifican por la mayor sensación de inseguridad manifestada por las personas mayores que viven en centros residenciales. En cuanto a las componentes del bienestar subjetivo, en el grupo de personas mayores que viven en sus domicilios, las relaciones familiares son fundamentalmente las responsables de la satisfacción, con un peso aproximado del 35%, mientras que las relaciones sociales, aspectos valorativos y recreativos y aspectos vinculados con la seguridad son, responsables, más o menos a partes iguales, del resto de la satisfacción. Sin embargo, siguen los autores, entre las personas mayores que viven en residencia, los aspectos familiares apenas proporcionan satisfacción (menos del 5% del peso), y son los aspectos sociales (en torno al 25%) los que seguidos de aspectos valorativos (en torno al 18%), seguidos de lejos de los recreativos y la seguridad los que aportan satisfacción. Haciendo la lectura inversa, destaca que a pesar de que las relaciones familiares tienen un gran peso en la satisfacción de las personas que no viven en centros residenciales, el mal funcionamiento o ausencia de las mismas no sería fuente de insatisfacción, hecho que se confirma para las personas que viven en centros. Lo mismo ocurre con los aspectos recreativos. Su mal funcionamiento o ausencia no es fruto apenas de insatisfacción (en torno al 1%). Sin embargo, aspectos clave de seguridad que, como se ha mencionado, de darse son fuente de satisfacción, de no darse sí pudieran provocar un alto nivel de insatisfacción, y por tanto ausencia de bienestar subjetivo, entre las personas mayores que viven en los centros (casi un 50% del peso de la insatisfacción total) (Raggi et al., 2016, Power et al., 2005). Sin embargo, los mismos autores afirman que no se aprecian diferencias en bienestar psicológico. En esta línea otros autores analizan las diferencias en los factores de bienestar según la escala de Ryff (Dirk van Dierendonck et al., 2006; Ryff y Keyes, 1995) y destacan un peor resultado en los factores Dominio del ambiente, relaciones positivas con los demás y autonomía para las personas mayores que viven en los centros.

Hay evidencias, sin embargo, para pensar que cuando se opta por un centro residencial, por motivos ya mencionados en este estudio, las dimensiones más populares relacionadas con la calidad de vida, según la bibliografía, cambian respecto de las que predominaban en el entorno domiciliario: así, nos encontramos con 10 factores como son el confort, la seguridad, una vida con sentido, las relaciones interpersonales, la capacidad funcional, el ocio, la privacidad, la dignidad, la autonomía personal y bienestar espiritual (Kane et al., 2003). Los autores, en su artículo *Quality of Life measures for Nursing Home Residents* presentan una propuesta de dimensiones basada en una extensa revisión bibliográfica y el trabajo en más de 40 centros residenciales de Estados Unidos, a través de los que pretendía establecerse una medida de la calidad de vida más allá de la calidad del servicio más típicamente medida en los centros. No se trataba tanto de una medida de la calidad de vida global, sino de las dimensiones que tradicionalmente no se miden o carecen de herramientas adecuadas, por lo que el estado emocional, de salud y funcional se eliminaron de entre las dimensiones a medir al contar ya con numerosas herramientas para ello: confort, Seguridad, Actividades con sentido, Competencia funcional, Ocio y relaciones, Individualidad, Autonomía, Privacidad, Dignidad, Bienestar espiritual,

Revisiones posteriores destacan seis factores determinantes de la calidad de vida en los centros residenciales: la familia, actividades de ocio, relaciones interpersonales, vida social, independencia y ausencia de estrés, denominada también paz (Hall et al., 2011).

El estudio de la bibliografía sobre el impacto de la vida en centros residenciales en las dimensiones de la calidad de vida, hablan de impacto negativo en la dimensión relaciones interpersonales, pues éstas pasan a ser impuestas o forzosas (Carbonell-Cutillas y García-Longoria, 2012), en tanto que no se elige a las personas con las que relacionarse más que entre aquellas que residen en el mismo centro, referencia que ésta circunstancia es fuente de conflictos entre las personas mayores. Otros estudios afirman que las personas que viven en el entorno familiar obtienen mejores resultados en esta dimensión, y mejor aún aquellas que acuden al centro de día (Gómez et al., 2010), más incluso que las personas que viven en sus domicilios. Las relaciones que se tenían en el exterior (vecinos, amigos, familia...) se ven en general alteradas, y a pesar de que hay estudios que afirman que los mayores institucionalizados tienen una mayor frecuencia de contactos con familiares y amigos que los mayores no institucionalizados (Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015), parece que la calidad de las relaciones interpersonales en general se ve negativamente afectada. Otros autores mencionan

el bienestar emocional (Lazarus y Folkman, 2017; Rodríguez Díaz et al., 2014; Satorres Pons, 2013; Stefani y Feldberg, 2006; Yanguas, 2003), el desarrollo personal (Gómez et al., 2010) y en mayor medida las relaciones interpersonales e Inclusión social (Fernández Ballesteros, 1997; Gómez Sánchez, 2011; Gómez et al., 2010; Molina y Meléndez, 2008) como aquellas particularmente afectadas en sentido negativo por un mayor grado de dependencia, habitual en los centros residenciales, y la propia vida en el centro. Respecto de esta última dimensión, hace tiempo que se habla del síndrome del aislamiento y desocialización (Bennett, 1973; Fernández Ballesteros, 1997; Fernández Ballesteros, 2004), que puede darse en alto grado en personas mayores viviendo en centros residenciales, lo que a su vez parece impactar negativamente en las dimensiones autonomía y relaciones interpersonales.. No parece correlacionar con la edad, el género o el grado de deterioro cognitivo, aunque parece acelerar éste. Algunos autores defienden un efecto positivo sobre la autodeterminación y derechos, (Gómez, 2011), aunque esta última dimensión recibe también opiniones contrarias (Ilinca et al., 2015) que afirman que esta dimensión resulta peor valorada en centros residenciales que en el entorno domiciliario.

De la mano de estos primeros estudios nacieron las primeras investigaciones sobre instrumentos de medida, aunque la calidad de vida relacionada con la salud ha centrado los principales esfuerzos (Fayers y Machin, 2007; Fernández-Mayoralas y Rojo Pérez, 2005; Hambleton, Keeling, y McKenzie, 2009; Martínez Martín y León-Salas, 2010; Martínez-López et al., 2015; Yanguas, 2003) por estar ésta, según sus defensores, entre los determinantes de mayor peso en la calidad de vida global. Sin embargo, al hilo del lugar de residencia, Browne et al. (1994), aplicando la escala *The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life* (SEIQoL, O'Boyle, 1994), que permite nominar, ponderar y medir la importancia y la valoración de los dominios de mayor relevancia para la calidad de vida individual de las personas mayores, evidencia diferencias entre personas sanas que viven en el domicilio familiar y personas sanas que viven en centros residenciales y otro tipo de alojamientos comunitarios, y muestra una baja importancia relativa que recibe la salud, al parecer, entre la población sana. En la misma dirección hablan otros estudios, al afirmar los diferentes (menos influyentes) efectos determinantes de la salud para las personas que viven en centros residenciales, amortiguando el efecto de la salud en la calidad de vida (Asakawa et al., 2009).

Como aspecto concreto de la salud, el grado de dependencia funcional parece estar altamente correlacionado, en términos generales, con la calidad de vida, aunque también aquí hay discusión. Estudios realizados sobre personas mayores de 65 años no institucionalizadas,

asociaron, entre otros, la dependencia funcional (Gómez et al., 2010; Lobo, Santos y Carvalho, 2007; Meléndez, Montero, Jiménez, y Blanco, 2001; Noro y Aro, 1996; Sovárióvá, 2016; Villagrasa Ferrer et al., 2002) con la calidad de vida, siendo ésta mejor para aquellas personas con un menor grado de dependencia. Recibe especial atención la perspectiva subjetiva de la calidad de vida, de cuyo peso en la calidad de vida global ya hemos hablado, que suele ser con más probabilidad alto para las personas con mayor nivel de autonomía personal (Fernández Méndez et al., 2007). Sin embargo, otros autores afirman que, en el entorno domiciliario, la calidad de vida parece no estar correlacionada con el grado de dependencia, dando lugar a lo que se conoce como la “Paradoja de la Discapacidad” (Albrecht y Devlieger, 1999; King et al., 2012). Los autores afirman que en el contexto domiciliario la calidad de vida parece estar más relacionada con el equilibrio entre salud física, mental y espiritual así como las relaciones sociales (Sovárióvá, 2016) y con el entorno y con la sensación de control de la propia vida que con el grado de dependencia.

En cuanto al género, diversos autores refieren, en el entorno domiciliario, peores resultados para las mujeres que para los hombres en términos generales de calidad de vida (Fernández Ballesteros, 1997; Fernández Méndez et al., 2007; Kirchengast y Haslinger, 2008; Pinquart y Sörensen, 2001), aunque otros estudios defienden que esa diferencia es muy escasa (Gómez, 2011; Layte, Sexton, y Savva, 2013). En el contexto residencial, esta diferencia es presentada casi en todos los casos a favor de los hombres (Gómez et al., 2010; Lobo et al., 2007), aunque existen estudio que afirman, no sin resaltar lo inusual del resultado, el que las mujeres muestren una satisfacción con la vida mayor que los hombres (calidad de vida subjetiva) (Cummins et al., 2003).

En términos de calidad de vida relacionada con la salud, estudios ya mencionados (Casado et al., 2001; Meléndez et al., 2001) afirman la existencia de diferencias a favor siempre de los hombres tanto para el resultado general y como para todas las dimensiones excepto el bienestar físico. Es particularmente mejor en hombres, la percepción subjetiva de la salud tanto en domicilio (Azpiazu Garrido et al., 2003; Noro y Aro, 1996; Séculi et al., 2001) como en centros residenciales (Noro y Aro, 1996). Otros autores refieren que sólo existe relación entre ser mujer y las dimensiones desarrollo personal y bienestar físico (en la primera con mayor frecuencia de puntuaciones bajas y en la segunda menor frecuencia de puntuaciones altas). Es decir, más mujeres de lo esperado refieren un grado de desarrollo personal bajo y menos de las esperadas refieren un grado de bienestar físico alto. Por otro lado, ser hombre se correlaciona

positivamente con el desarrollo personal, la autodeterminación, el bienestar emocional (salvo en edades muy avanzadas, mayores de 85) y el bienestar físico (Gómez et al., 2010).

Revisiones sistemáticas de la dimensión subjetiva de la calidad de vida, refieren un menor bienestar subjetivo en mujeres que en hombres (Espinosa Almendro y Muñoz Cobos, 2008; Pinquart y Sörensen, 2001; Ryff y Keyes, 1995) haciéndose la diferencia más significativa a medida que se avanza en edad. Se suavizan, sin embargo, las diferencias entre género para bienestar físico (en sus dimensiones de salud y dependencia funcional) cuando las personas mayores se convierten en muy mayores (Kirchengast y Haslinger, 2008).

El análisis de la bibliografía en relación a la edad en este contexto, en términos de calidad de vida global de las personas mayores, diversos autores refieren diferencias significativas a favor de las personas mayores frente a las muy mayores (Badia, Fernández, y Segura, 1995; Fernández Ballesteros, 1997; Fernández Méndez et al., 2007; Gómez et al., 2010), mientras que otros no refieren relación de causalidad entre la edad y la calidad de vida, sino la primera con la dependencia y ésta con la calidad de vida (Lobo et al., 2007), siendo mejor para aquellas personas con un menor grado de dependencia, o la poca significatividad de las diferencias (Layte et al., 2013). En esta línea afirman que, a pesar de aportar evidencias de que, a partir de los 67 años, al contrario de lo que ocurre hasta esa edad, la calidad de vida empeora en términos generales, dejando fijos ciertos efectos predictores, la calidad de vida continúa también aumentando a partir de esa edad.

Un estudio de validación de la versión española de la herramienta EuroQol (The EuroQol Group, 1990) mostró cómo la edad funcionaba como predictor de la percepción subjetiva del estado de salud, cuestiones ambas, el estado de salud y su percepción subjetiva por parte del individuo, como veremos, de gran importancia para la calidad de vida según los modelos de calidad de vida y estudios. Igualmente, en términos de calidad de vida relacionada con la salud, un estudio realizado sobre 425 personas mayores de 65 años en España (Meléndez, Montero, Jiménez y Blanco, 2001) mostró a través del cuestionario Salud SF-36 (versión española de SF-36 Health Survey (Ware y Sherbourne, 1992), una relación decreciente del bienestar general con la edad debida fundamentalmente a la salud (Rojo-Pérez et al., 2008). En general, existen diferencias significativas en la percepción de las personas mayores y muy mayores, a favor de las primeras (Azpiazu Garrido et al., 2003; Casado et al., 2001; Muñoz Puebla y Castellón Sánchez del Pino, Alberto, 2015; Yanguas, 2003)

En cuanto a las dimensiones de la calidad de vida, los autores que defienden la correlación negativa de la calidad de vida con la edad afirman que esta correlación se da en todas las dimensiones salvo desarrollo personal, bienestar emocional, bienestar material y bienestar físico (Meléndez et al., 2001) con diferencias muy poco significativas, y la dimensión bienestar emocional (Gómez et al., 2010).

En cuanto a la calidad de vida de las personas con deterioro cognitivo, ésta recibe cada vez más atención en la literatura general sobre calidad de vida y envejecimiento (Banerjee et al., 2009; Buiza et al., 2005; León-Salas et al., 2015; Logsdon, Gibbons, McCurry, y Teri, 2002; Martos Martín, 2011; Missotten et al., 2009; Olsen et al., 2016; Woods et al., 2006), y en la literatura específica sobre la calidad de vida en centros residenciales (Barca et al., 2011; Beer et al., 2009; Cordner, Blass, Rabins, y Black, 2010; Díaz-Veiga et al., 2014; Edelman, Fulton, Kuhn, y Chang, 2005; Fernández-Mayoralas et al., 2015; Kane et al., 2003; León-Salas, 2014; León-Salas et al., 2015; Lucas-Carrasco, 2011; Luppá, Luck, Brähler, König, y Riedel-Heller, 2008; Martínez Martín y León-Salas, 2010; Martínez-López et al., 2015; Olsen et al., 2016; Winningham y Pike, 2007; Woods et al., 2006).

En cuanto a las componentes objetiva y subjetiva de la calidad de vida de este colectivo, diversos autores afirman que el bienestar autopercibido en particular de personas mayores con demencia disminuye en centros residenciales (Barca et al., 2011; Fernández Méndez et al., 2007), asociándose ésta a diversos factores, entre ellos, la condición de mujer o tener un mayor grado de dependencia (Rodríguez Blázquez et al., 2015). Otros autores afirman que la correlación es mayor con el estado de ánimo que con el grado de dependencia (Hoe et al., 2006). Además, recientes publicaciones (Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015) añaden el colectivo de personas de mayor edad entre aquellas con peor calidad de vida (Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015). Otros estudios revisados sin embargo, afirman que no existe una clara asociación entre calidad de vida en demencia, fundamentalmente en su dimensión de salud, y factores sociodemográficos como edad o género (Banerjee et al., 2009; Van Malderen, De Vriendt, Mets, y Gorus, 2016) o estadio de la demencia o deterioro cognitivo, ni siquiera en estadios leves (Vogel, Mortensen, Hasselbalch, Andersen, y Waldemar, 2006), al menos cuando la calidad de vida es autoinformada. Otros autores sin embargo asocian un peor estado cognitivo y mayor dependencia con una peor calidad de vida en instituciones (Lobo et al., 2007).

## 4.2. Modelos de calidad de vida

Son diversos los modelos de calidad que podemos encontrar en la literatura, tanto para la población general como para el colectivo de personas mayores. Pese a sus diferencias, la literatura avala un alto grado de uniformidad en cuanto a las dimensiones que la componen, y tanto éstas como sus indicadores presentan ordenaciones diferentes pero muy similares en cuanto a la importancia y uso a lo largo de la geografía. Únicamente los diferentes subgrupos de población marcan una ordenación en importancia con diferencias reseñables, fruto de la interacción entre las perspectivas objetiva y subjetiva, doble enfoque, éste, sobre el que igualmente existe consenso (Cummins et al., 2003; Fernández-Mayoralas et., 2007; Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015; Gómez, 2011; Netuveli y Blane, 2008; Verdugo y Shalock, 2002/2003). La primera mide la calidad de vida con factores independientes de la percepción humana, como aspectos demográficos, de entorno residencial y social, económicos, sociales, de salud y funcionamiento. La perspectiva subjetiva de la calidad de vida incluye la valoración hecha por la propia persona de las cuestiones objetivas, en función de sus circunstancias personales, experiencia subjetiva, normas y valores culturales (Rojo Pérez et al., 2011). Diversos autores atribuyen una mayor fuerza explicativa a la perspectiva subjetiva de la calidad de vida (Cummins et al., 2003; Fernández-Mayoralas et al., 2007; Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015). La investigadora Laura Gómez realiza una buena recopilación de las diferentes importancias y usos de las dimensiones en su tesis doctoral (Gómez, 2011), donde presenta una escala de calidad de vida para las personas usuarias de servicios sociales (GENCAT). Según la autora, en orden decreciente de mención en la literatura, las 11 dimensiones más representativas de la calidad de vida serían: relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, bienestar material, bienestar emocional, derechos, entorno residencial (vivienda particular vs comunidad), familia, ocio y tiempo libre y seguridad.

En el entorno residencial, las dimensiones más mencionadas, además de la salud física y emocional, son el confort, la competencia funcional, la autonomía, dignidad, privacidad, individualidad, actividad con sentido, relaciones interpersonales, ocio, seguridad y bienestar espiritual (Kane, 2001; Kane et al., 2003). Los autores identifican estas dimensiones entre las que ayudan a avanzar desde la calidad del cuidado a la calidad de vida en los centros.

Otra de las características que ha recibido especial atención, por su posible efecto en los dominios de calidad de vida o su ordenación jerárquica, es el de las personas con deterioro cognitivo, aunque el colectivo con demencia, como caso particular, es el que más atención recibe. En general, las dimensiones más mencionadas son: afecto, autoconcepto, disposición, contacto social, disfrute de actividades, sentido de la estética, salud física, salud mental y satisfacción con la situación financiera (Logsdon et al., 1999; van der Steen et al., 2001). Las investigaciones apuntan también que no en todos los estadios del deterioro cognitivo las dimensiones son las mismas, lo que justifica el estudio la calidad de vida de este colectivo por separado.

La Tabla 11 recoge 11 de los principales modelos de calidad de vida reconocidos actualmente por la literatura y vinculados al colectivo objeto de este estudio, detallando el número de dimensiones que propone el modelo (entre 5 y 15 para los modelos seleccionados) y una clasificación de éstas, que pretende, no siempre sin dificultades, agruparlas (en filas) por dominios que, pudiendo tener matices que los diferencian, recogen aspectos similares de la vida de las personas. Presentados en la tabla de manera cronológica según su año de desarrollo, que abarca desde 1996 hasta 2002/2003, se describen a continuación brevemente para detenernos más en profundidad en el modelo desarrollado por Lawton (1991) y el modelo de Calidad de Vida de Shalock y Verdugo (2002/2003, 2007, 2008), por ser los que subyacen a las escalas que, como se verá más adelante, protagonizan esta investigación, las escala QUALID (Weiner et al., 2000) y FUMAT (Verdugo et al., 2009), respectivamente.



Tabla 11 Principales modelos de calidad de vida y número y denominación de las dimensiones

Lawton (1991)	Hughes, Hwang, Kim, Eisenman y Killian (1995)		Grupo Calidad Vida (OMS, 1995)	Felce y Perry (1995, 1996)	Hughes y Hwang (1996)	Felce 1997	Cummins (1997 <sup>a</sup> /2000/2005)	Schallock y Verdugo (2002/2003/2007/2008)			
4	12		6	5	8	6	7	8			
Factor ambiental	Bienestar físico y material		Bienestar físico	Bienestar físico	Bienestar físico	Bienestar físico	Salud	Bienestar físico			
	Integración en la comunidad	Aceptación social	Entorno	Bienestar material	Bienestar material	Bienestar material	Bienestar material	Bienestar material			
Relaciones sociales			Bienestar social	Inclusión social	Bienestar social	Papel en la comunidad	Inclusión social				
Bienestar psicológico	Empleo	Entretenimiento y ocio	Bienestar psicológico	Desarrollo y actividad	Bienestar productivo	Bienestar productivo	Productividad	Bienestar emocional			
	Bienestar psicológico y satisfacción personal	Situación social y Ubicación ecológica		Bienestar emocional	Bienestar emocional	Bienestar emocional	Bienestar emocional				
Nivel de competencia	Relaciones e interacciones sociales	Situación social y Ubicación ecológica	Grado de independencia	Relaciones interpersonales	Desarrollo personal	Intimidad	Relaciones interpersonales	Desarrollo personal			
	Normalización	Desarrollo y plenitud personal							Creencias espirituales y personales	Intimidad	Auto determinación
	Auto determinación	Adecuación de la comunidad y capacidad de vida independiente									
Calidad de vida percibida	Competencia personal	Autonomía y toma personal de decisiones	Bienestar cívico	Derechos	Bienestar cívico	Derechos	Bienestar espiritual*				
	Responsabilidad cívica.										

Fuente: Elaboración propia, a partir de (Gómez et al., 2010; Schallock et al., 2006)

Nota:\*La dimensión bienestar espiritual en el modelo de Cummins, según el propio autor, se emplea cuanto existe una frecuencia alta de creencias religiosas o espirituales (por ejemplo en las personas mayores) y en los grupos culturales en los que se desconoce si este tipo de creencias es importante o no.

**Modelo de calidad de vida de Hughes, Hwang, Kim, Eisenman y Killian (1995) y Hughes y Hwang (1996).**

El modelo (Hughes et al., 1995) nace tratando de definir la calidad de vida de personas con discapacidad, y fruto de una revisión de 87 estudios empíricos de la literatura propuso un constructo multidimensional de 15 dimensiones: bienestar físico y material, integración en la comunidad, empleo, entretenimiento y ocio, bienestar psicológico y satisfacción personal, relaciones e interacciones sociales, aceptación social, situación social y ubicación ecológica, normalización, desempeño y plenitud personal, autodeterminación, autonomía y toma personal de decisiones, adecuación de la comunidad y capacidad de vida independiente, competencia personal y responsabilidad cívica. Aunque un año más tarde, Hughes y Hwang (1996) reorganizaron las dimensiones en 8: Bienestar físico, Bienestar material, Inclusión social, Bienestar emocional, Autodeterminación, Relaciones interpersonales, Desarrollo personal y Responsabilidad cívica (Gómez et al., 2010), resultó interesante la visión de los primeros autores por el valor que la revisión empírica aportó en cantidad de estudios analizados. Fuente:

**Modelo de calidad de vida de Grupo Calidad de Vida (OMS, 1995)**

Este modelo define la calidad de vida como el resultado de la combinación de seis dimensiones, con componentes objetivas y subjetivas, asociadas a los ámbitos físico, psicológico, del grado de independencia, relaciones sociales, entorno y creencias espirituales y personales. El modelo de la OMS (1995) nace del ámbito sanitario, y define la calidad de vida como:

La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (p.#).

Tabla 12 Dimensiones e indicadores del Modelo de calidad de vida de la OMS (1995)

<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>
Bienestar físico	Dolor, malestar Energía, cansancio Sueño, descanso
Bienestar psicológico	Sentimientos positivos Labor de reflexión, aprendizaje, memoria, concentración Autoestima Imagen y apariencia corporales Sentimientos negativos
Grado de independencia	Movilidad Actividades de la vida diaria Dependencia respecto de medicaciones o tratamientos Capacidad de trabajo
Relaciones sociales	Relaciones personales Apoyo social Actividad sexual
Entorno	Seguridad física Entorno doméstico Recursos financieros Atención sanitaria y social: disponibilidad y calidad Oportunidades para adquirir información y aptitudes nuevas Actividades recreativas: participación y oportunidades Entorno físico (contaminación, ruido, tráfico, clima) Transporte
Creencias espirituales y personales	Espiritualidad/religión/creencias personales

Fuente: WHOQoL (1995).

### Modelo de calidad de vida de Felce y Perry (1995, 1996) y Felce (1997)

El modelo (Felce y Perry, 1995, 1996), integrador de visiones objetiva y subjetiva de la calidad de vida, añade las aspiraciones y los valores personales a la ecuación, a lo que el autor llama “importancia”. Además, añade la influencia de factores externos como agente que influye en los tres elementos anteriores para dar como resultado la calidad de vida del individuo. El modelo nació del campo de la discapacidad y se construyó en torno a cinco dimensiones: bienestar físico, bienestar material, bienestar social, bienestar emocional y desarrollo y actividad, cuyos indicadores se detallan en la Tabla 13. En 1997, Felce propone un modelo reorganizado integrador de estas dimensiones en seis: bienestar físico, material, social, emocional, productivo y cívico (Felce, 1997). Define la calidad de vida como

Un bienestar general, el cual comprende tanto descriptores objetivos como subjetivos del bienestar físico, material, social y emocional, junto con el alcance

que tiene el desarrollo personal y el desarrollo de actividades, todo ello ponderado por un conjunto de valores personales (Felce y Perry, 1995, p.60).

Tabla 13: Descripción de las dimensiones e indicadores del modelo de Calidad de Vida de Felce y Perry (1995) y Felce 1997

<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>
Bienestar físico	Salud Forma física Movilidad Seguridad personal
Bienestar material	Ingresos Calidad de la vivienda Transporte Seguridad económica Posesiones
Bienestar social	Relaciones personales Participación en la comunidad
Desarrollo y actividad	Competencia Productividad Actividad
Bienestar emocional	Felicidad y satisfacción Sentimiento de estrés Salud mental Autoestima Satisfacción con el estatus dado por los otros Respeto, satisfacción con la fe y las creencias Satisfacción con la sexualidad
Bienestar cívico (1997)	

FUENTE: Felce y Perry, 1995

Nota: La dimensión Bienestar Cívico fue incorporada como modificación en su nueva propuesta en 1997.

### **Modelo comprensivo de calidad de vida de Cummins (1997a)**

El modelo de calidad de vida que Cummins planteó en 1997 se componía de 7 dimensiones, objetivas y subjetivas, que incluían la salud, el bienestar material, la presencia en la comunidad, productividad, el bienestar emocional, la seguridad y la intimidad.

La definición que de la calidad de vida hace el autor es la de “Un constructo universal, definido tanto objetiva como subjetivamente, donde los dominios objetivos comprenderían medidas culturalmente relevantes de bienestar objetivo, y los dominios subjetivos comprenderían la satisfacción con las diferentes dimensiones ponderadas por su importancia para el individuo” (Cummins, 1997a, p. 136)

La definición viene marcada por la creencia del autor de que: i) la calidad de vida es multidimensional y tiene facetas tanto objetivas como subjetivas, ii) comprende una serie de ámbitos de la vida sobre los que no hay consenso total, iii) debe reflejar normas culturales de bienestar objetivo, iv) las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida dentro de la dimensión subjetiva, y v) cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias de vida.

Son estas dos últimas aportaciones las que dan sus particularidades al modelo. Por un lado, el modelo se caracteriza por añadir el grado de importancia que el factor que se va a evaluar tiene para la persona cuya calidad de vida evaluamos, y es por esto que se dice que es un modelo homeostático. Introduce factores amortiguadores internos de la persona (el control, la autoestima y el optimismo), en un trío formado junto con la personalidad del individuo y el contexto social. Así, componentes afectivos (la personalidad), cognitivos (los amortiguadores) y contextuales/sociales se combinan para resultar en la calidad de vida individual. Respecto a las características objetivas, afirma que éstas correlacionan poco con las subjetivas, gracias a la capacidad de adaptación del individuo a circunstancias externas, a no ser que el cambio en las condiciones objetivas sea verdaderamente importante, caso en que la covarianza entre medidas objetivas y subjetivas de la calidad de vida crece. Esto último implica que puede haber mecanismos del cerebro que actúan sobre la calidad de vida subjetiva para mantener una perspectiva positiva de la vida. Debido a este control endógeno de la percepción subjetiva de la calidad de vida se llama modelo comprensivo u homeostático (Cummins, 2005). Por otro lado, aunque nace inspirado en el colectivo de personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, su autor afirma que es aplicable a cualquier persona con y sin discapacidad, niño, adulto o mayor, y de hecho afirma que así ha de ser, debido al riesgo que concebir la calidad de vida para personas, por ejemplo, con discapacidad, de manera diferente al resto de la población, tiene sobre los estándares: se tiende a bajar el estándar de calidad y a ser más transigente con algunas situaciones con las que, en la población sin discapacidad, no se transigiría. (Cummins, 1997a). Esta característica es la que aporta el término comprensivo a la denominación del modelo.

### Modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2002, 2003)

Uno de los modelos de calidad de vida actualmente más extendido en nuestro entorno y mencionado en la literatura asociada a colectivos de personas con discapacidad es el modelo de Calidad de Vida de Schalock y Verdugo (2002/2003, 2007, 2008).

Los autores definen la calidad de vida un estado deseado de bienestar personal que es multidimensional, tiene propiedades universales y culturales, componentes objetivos y subjetivos y está influenciado por las características personales y factores ambientales (Schalock y Verdugo, 2002/2003, 2007, 2008)

El modelo fue desarrollado a lo largo de más de 20 años de investigación orientada a tres usos diferentes: la prestación de servicios, la práctica basada en la evidencia y las estrategias de mejora de la calidad (Gómez, 2011). Aunque entendiendo que puede haber otras formas válidas de recoger el aspecto multidimensional de la calidad de vida, los autores optan por 8 factores o dimensiones de primer orden (dimensiones). Las ocho dimensiones, sus indicadores y descripciones se recogen en la Tabla 14.

Los autores destacan la importancia de entender en qué medida cada una de las dimensiones influye en la calidad de vida global y que la importancia relativa de las dimensiones varía no sólo entre personas, sino a lo largo de la vida de una misma persona. Así, analizan múltiples propuestas de estructuras jerárquicas en función de la importancia y el uso de las dimensiones (Schalock et al., 2005) y proponen la siguiente estructura, que subyace a la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009).

Figura 1. Ordenación jerárquica de las dimensiones en el modelo de Calidad de Vida de Schalock y Verdugo.



Fuente: Gómez (2011)

Tabla 14: Descripción de las dimensiones e indicadores del modelo de Calidad de Vida de Shalock y Verdugo (2002/2003, 2007, 2008)

<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Descripción del indicador</b>
Bienestar emocional	Satisfacción	Estar satisfecho, feliz y contento
	Autoconcepto	Estar a gusto con su cuerpo, con su forma de ser y sentirse valioso
	Ausencia de estrés	Disponer de un ambiente seguro, estable y predecible, no sentirse nervioso y saber lo que tiene que y puede hacer.
Relaciones interpersonales	Interacciones	Estar con diferentes personas y disponer de redes sociales
	Relaciones	Tener relaciones satisfactorias, amigos y familiares y llevarse bien con ellos
	Apoyos	Sentirse apoyado a nivel físico, emocional, económico y disponer de personas que le ayuden cuando lo necesita y que le den información sobre sus conductas.
Bienestar material	Estatus económico	Disponer de ingresos suficientes para comprar lo que necesita o le gusta
	Empleo	Tener un trabajo digno que le guste y un ambiente laboral adecuado
	Vivienda	Disponer de una vivienda confortable, donde se sienta a gusto y cómodo
		Tener posibilidades de recibir una educación adecuada, de acceder a títulos educativos, de que se le enseñen cosas interesantes y útiles
Desarrollo personal	Educación	Disponer de conocimientos y habilidades sobre distintas cosas que le permitan manejarse de forma autónoma en su vida diaria, trabajo, ocio y relaciones sociales.
	Competencia personal	Tener éxito en las diferentes actividades que realiza, ser productivo y creativo.
	Desempeño	
Bienestar físico	Salud	Tener buen estado de salud, estar bien alimentado, no tener síntomas de enfermedad.
	Actividades de vida diaria	Estar bien físicamente para poder moverse de forma independiente y realizar por sí mismo actividades de autocuidado.
	Atención sanitaria	Disponer de servicios de atención sanitaria eficaces y satisfactorios.
Autodeterminación	Ocio	Estar bien físicamente para poder realizar distintas actividades de ocio y pasatiempos.
	Autonomía/ Control personal	Tener la posibilidad de decidir sobre su propia vida de forma independiente y responsable.
	Metas/valores personales	Disponer de valores personales, expectativas, deseos hacia los que dirija sus acciones.
	Elecciones	Disponer de distintas opciones entre las cuales elegir de forma independiente según sus preferencias (incluido dónde vivir)
Inclusión social	Integración y participación en la comunidad	Acceder a todos los lugares y grupos comunitarios y participar del mismo modo que el resto de personas sin dependencia.
	Roles comunitarios	Ser una persona útil y valorada en los distintos lugares y grupos comunitarios en los que participa, tener un estilo de vida similar al de personas sin dependencia de su edad.
	Apoyos sociales	Disponer de redes de apoyo y de ayuda necesaria de grupos y servicios cuando lo necesite.
Derechos	Derechos humanos	Que se conozcan y respeten sus derechos como ser humano y no se le discrimine por su dependencia.
	Derechos legales	Disponer de los mismos derechos que el resto de los ciudadanos y tener acceso a procesos legales para asegurar el respeto de estos derechos.

Fuente: Elaboración propia, a partir de Verdugo et al. (2009).

### **Modelo de calidad de vida de Lawton (1991)**

Uno de los modelos conceptuales de Calidad de Vida más extendidos para personas con demencia es el desarrollado por Lawton para personas mayores frágiles (Lawton, 1991), y es el que subyace en la escala QUALID (Weiner et al., 2000) para personas con demencia grave que viven en centros residenciales que es objeto de investigación en este estudio. El modelo presenta la calidad de vida, una vez más, como un constructo multidimensional con componentes tanto objetivas como subjetivas, y pone al individuo tanto frente a sí mismo (criterios intra-personales) como frente a la sociedad/entorno en que se encuentra (criterios socio-normativas). En concreto conceptualiza el constructo en torno a cuatro dimensiones: el bienestar psicológico, la calidad de vida percibida (como factores subjetivos) y el nivel de competencia y el factor ambiental (como factores objetivos) (León y Martínez, 2010; Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

Estas cuatro componentes pueden clasificarse también de dos en dos: dos componentes objetivas que recogen cuestiones relativas al nivel de competencia (evaluación socio-normativa del funcionamiento respecto a su salud, al estado cognitivo, al uso del tiempo y otras dimensiones sociales) y ambiente (seguridad física, disponibilidad de servicios de apoyo, intimidad, estimulación o calidad estética...), y dos componentes subjetivas que recogen el bienestar psicológico (estado afectivo, felicidad, moral o autoconcepto) y la calidad de vida percibida (espiritualidad, satisfacción con el cuidado, familia, amigos, tiempo de ocio y residencia) (Lawton, 1997).

Como la mayoría de los modelos de calidad de vida, también este reconoce la relación entre los factores objetivos y subjetivos, que explica el comportamiento adaptativo y el afecto positivo como resultantes del acoplamiento entre el grado de competencia y el grado de presión ambiental (Yanguas, 2003). Propone una definición de calidad de vida como juicio subjetivo y valoración multidimensional en base a criterios intrapersonales y sionormativos, del sistema persona-ambiente del individuo, en relación con el tiempo anterior, actual y futuro, y la mide a través de cuatro áreas: competencia comportamental, calidad de vida percibida, ambiente objetivo y satisfacción/bienestar global. Introduce una hipótesis revolucionaria en su momento, la denominada hipótesis de la “proactividad ambiental”, que enfatiza las posibilidades del individuo para elegir y crear un ambiente satisfactorio a sus necesidades y preferencias, es decir, para actuar sobre el ambiente y llegar a su modificación. Es por eso que este modelo se



conoce también como modelo ecológico de calidad de vida de Lawton (Izal y Fernández Ballesteros, 1990). En esta línea, el grado de relación que según el autor presentan ha hecho que el modelo sea también criticado como una medida no tanto de la calidad de vida del individuo sino como del bienestar psicológico (Netuveli y Blane, 2008).

Tabla 15: Descripción de las dimensiones e indicadores del modelo de Calidad de Vida de Lawton (1991)

<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Descripción del indicador</b>
Bienestar Psicológico	Estado afectivo Felicidad Moral o autoconcepto	Afectos posibles y de los síntomas disfóricos y necesidades personales con un efecto general en la calidad de vida global.
Calidad de vida percibida	Espiritualidad Satisfacción con el cuidado Familia, amigos, tiempo de ocio Residencia	Análogo subjetivo de la calidad de vida social: como la calidad familiar, de los amigos, del tiempo, y la seguridad económica.
Nivel de competencia	Salud Estado cognitivo Uso del tiempo y otras dimensiones sociales	Evaluación socio-normativa del de la calidad de vida física, estados de salud y calidad de vida relacionada (Dolor, síntomas, limitaciones funcionales y función cognitiva)
Factor ambiental	Seguridad física Disponibilidad de servicios de apoyo Intimidad Estimulación o calidad estética	

Fuente: Elaboración propia a partir de Verdugo et al (2009) y Yanguas (2003)

### 4.3. Evaluación de la calidad de vida

A pesar de que el objetivo de este estudio no es profundizar en la predicción de la calidad de vida, sí se ha estudiado su relación con algunas variables, dado que éstas nos pueden servir para obtener evidencias de validez externa de las dos escalas objetivo de este estudio y para entender los factores que han de tenerse en cuenta para el diseño de servicios y programas que pretendan mejorarla. En concreto, y fruto del análisis de la bibliografía, la edad, el género, el grado de dependencia y la ubicación del centro residencial, serán algunas de las principales relaciones sometidas a discusión.

En ocasiones el objetivo del profesional en su estudio ha marcado claramente el instrumento de medición (Bowling et al. 2013; Fernández-Ballesteros, 2011; Walker y Lowenstein, 2009),

en perjuicio de la opinión vertida por la persona cuya calidad de vida quiere medirse. En su artículo *Evaluación de la Calidad de Vida* (Velarde-Jurado y Avila-Figueroa, 2004) presentan un inventario de 126 instrumentos utilizados para medir la calidad de vida en diversas poblaciones y enfermedades.

La búsqueda de instrumentos para el colectivo de personas con deterioro cognitivo grave devolvió abundante cantidad de herramientas que no siempre discriminaban entre el deterioro cognitivo natural por envejecimiento, el debido a una demencia en general o a la enfermedad de Alzheimer en particular. Dada la ausencia de información relativa a la causa del deterioro cognitivo de las personas que viven en los centros residenciales, y a la esperada multicausalidad de ésta, se incluyeron únicamente los instrumentos pensados para personas con deterioro cognitivo general o con demencia grave, que en sus fases avanzadas, comparte con el deterioro cognitivo grave gran parte de la sintomatología que justifica una forma diferente de medir, y fueron excluidas las específicamente diseñadas para personas con la enfermedad de Alzheimer. En el ámbito de personas con demencia, León-Salas (2014) realiza una extensa revisión de instrumentos genéricos y específicos más frecuentes en la bibliografía y en el uso práctico, que sirvió como punto de partida para nuestro estudio, completado mediante una búsqueda más amplia. Estudios recientes (Alcedo Rodríguez, Aguado Díaz, Arias Martínez, González González, y Rozada Rodríguez, 2008; Brett et al., 2012; León-Salas, 2014; Molero, Pérez-Fuentes, Gázquez, y Mercader, 2015; Urrutia, Grasso, y Guzmán, 2009; Van Leeuwen et al., 2019) tratan de medir la calidad de vida de las personas mayores con deterioro cognitivo en general, y cuando viven en centros residenciales, en particular. Veremos que, a pesar de todo, la revisión de la literatura proporciona escasos desarrollos para el ámbito residencial (Bernaldo de Quirós, Crespo, Hornillos, y Gómez, 2011; Ettema, Dröes, de Lange et al, 2003, Schölzel-Dorenbos, 2011)

Se estudiaron más en detalle 19 instrumentos de los cuales se eligieron dos, las escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) y la escala QUALID (Weiner et al., 2000), como protagonistas para abordar el objetivo principal de este estudio. Para llegar a ellos, de los instrumentos identificados, se descartaron aquellos específicamente diseñados para la enfermedad de Alzheimer, por ser demasiado concreto el diagnóstico. De entre las diseñadas para un concepto de demencia más amplio, en el que se encuentra el deterioro cognitivo, se seleccionaron aquellas que se habían desarrollado para personas con deterioro cognitivo moderado o grave,

por ser éste el colectivo en riesgo de quedar fuera de la validación de la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009), según los grupos focales de profesionales. Finalmente, teniendo en cuenta ambos colectivos, fueron seleccionadas las siguientes escalas para un análisis más profundo:

1. Las escalas WHOQoL-100 (WHOQOL Group, 1995) y su versión breve WHOQoL-BREF (Harper, Power, y Whoqol Group, 1998)
2. Escala WHOQoL-Old (Power, Quinn, Schmidt, y WHOQoL Group, 2005), que adapta la escala para medir la calidad de vida de la población general (WHOQoL Group-100 y su versión breve WHOQoL-26), a la población de personas mayores.
3. Escala WHOQoL-DIS (Power, Green y WHOQOL-Dis Group, 2010)
4. , 2011), que añade, al igual que el módulo anterior para personas mayores, una serie de 12 ítems en el módulo para personas con discapacidad, y ha de ser administrada como complemento a la escala para la población general (WHOQoL-100 y su versión breve WHOQoL-26),
5. La escala CASP-19 (Hyde et al., 2003), desarrollada para medir la calidad de vida de las personas mayores en general.
6. La escalas OPQOL (Bowling y Stenner, 2011) y OPQOL-Brief (Bowling, Hankins, Windle, Bilotta, y Grant, 2012), igualmente desarrolladas para medir la calidad de vida de las personas mayores en general.
7. El cuestionario Breve sobre Calidad de Vida, conocido como CUBRECAVI (Fernández Ballesteros y Zamarrón, 1996), basado en el modelo de calidad de vida de la Organización mundial de la salud, y dirigido al colectivo general de personas mayores.
8. La Escala de Calidad de Vida, conocida como ECV (Alcedo Rodríguez et al., 2008) que se centra en personas mayores que envejecen.
9. La escala FUMAT, aplicable a personas adultas o mayores con discapacidad (Verdugo et al., 2009)
10. La escala GENCAT (Gómez, 2011), aplicable a cualquier persona usuaria de servicios sociales (personas mayores, drogodependencias, personas con discapacidad, personas con VIH, personas con discapacidad intelectual)

11. La escala *Comprehensive de Calidad de vida en su versión para adultos (ComQoL-A)*, de carácter generalista para personas mayores, a pesar de nacer del sector de personas con discapacidad intelectual.
12. El *Cuestionario de Evaluación de Calidad de Vida en Contexto Residencial*, conocido como *CECAVIR* (Molero et al., 2015),
13. La *Escala de Satisfacción y Calidad de vida percibida de la Fundación SAR (SyCV\_FASAR)* (Literas, Navarro, y Fontanals, 2009), desarrollada para medir la satisfacción con la atención de los centros residenciales y la percepción subjetiva que sobre su calidad de vida tienen las personas mayores que viven en ellos.
14. La *QOL escale* (Kane et al., 2003), desarrollada específicamente para medir la calidad de vida de personas mayores en centros residenciales, en general.
15. *Escala QUALID* (Weiner et al., 2000), para medir la calidad de vida de personas mayores con deterioro cognitivo moderado o grave.
16. La *Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life –Direct Weight (SEIQoL-Direct Weight)* (Joyce et al., 2003)
17. La *escala Dementia Care Mapping (DCM)* (Kitwood y Bredin, 1992)

A continuación, se presenta un análisis más detallado de los instrumentos. El orden de presentación de los mismos atiende, en primer lugar, al orden creciente de ajuste entre la población objetivo del instrumento analizado y la población objetivo de este estudio, y, en segundo lugar, al orden creciente de la fecha de desarrollo del instrumento (desde 1995 hasta 2015). Así, en primer lugar, se mencionan las escalas dirigidas a la población en general, para continuar con las dirigidas a las personas mayores, a las personas con discapacidad, a las personas mayores con dependencia, a las personas mayores con dependencia (diferenciando si es el caso con y sin deterioro cognitivo) que viven en centros residenciales. Dentro de cada categoría, se mencionan primero las más antiguas para avanzar hacia las más recientes.

#### **Escala WHOQoL 100 (WHOQoL Group, 1995) y WHOQoL-BREF (WHOQoL Group, 1996)**

Estos dos instrumentos fueron desarrollados por la Organización Mundial de la Salud (WHOQoL Group, 1995, 1996), con el objetivo de medir la calidad de vida en la población en general. Ambas tienen numerosas traducciones y validaciones en diferentes contextos. La versión larga WHOQoL-100, desarrollada por la División de Salud Mental y Prevención de

Abuso de Substancias de la Organización Mundial de la Salud, (1995), consta de 100 ítems y su versión abreviada, WHOQoL-BREF, de 26 ítems (WHOQoL Group, 1996). Ambas consideran 24 facetas correspondientes a 6 dimensiones de la calidad de vida, tal y como se muestra en la Tabla 16.

Tabla 16: Identificación de las dimensiones e indicadores de las escalas WHOQoL-100 y WHOQoL-BREF (WHOQoL Group, 1995, 1996)

<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>
Bienestar físico	Dolor, malestar
	Energía, cansancio
	Sueño, descanso
	Sentimientos positivos
Bienestar psicológico	Labor de reflexión, aprendizaje, memoria, concentración
	Autoestima
	Imagen y apariencia corporales
	Sentimientos negativos
Grado de independencia	Movilidad
	Actividades de la vida diaria
	Dependencia respecto de medicaciones o tratamientos
	Capacidad de trabajo
Relaciones sociales	Relaciones personales
	Apoyo social
	Actividad sexual
	Seguridad física
Entorno	Entorno doméstico
	Recursos financieros
	Atención sanitaria y social: disponibilidad y calidad
	Oportunidades para adquirir información y aptitudes nuevas
	Actividades recreativas: participación y oportunidades
Creencias espirituales y personales	Entorno físico (contaminación, ruido, tráfico, clima)
	Transporte
	Espiritualidad/religión/creencias personales

Fuente: Elaboración propia, a partir de WHOQOL Group (1995) y Lucas-Carrasco et al. (2011).

Las propiedades psicométricas de la escala fueron excelentes, alfa de Cronbach de ,90, con una correlación entre dimensiones que osciló entre  $r = 0$  y  $r = ,62$ ). Dado el interés de este estudio en disponer de un pack de herramientas colectivo-específico, el carácter generalista de estas escalas, aplicables a la población en general, el análisis de sus ítems y la revisión bibliográfica de sus validaciones y usos, la descartó para el colectivo de personas mayores con dependencia que viven en centros residenciales. La versión corta fue validada en el contexto español en el año 2011 (Lucas-Carrasco, Laidlaw, y Power, 2011) y presentó unas adecuadas propiedades psicométricas.

### Escala WHOQoL-OLD (Power et al., 2005) y WHOQoL-OLD Short (Fang et al., 2012)

El grupo de trabajo WHOQOL-OLD identificó en 2005 un conjunto de dimensiones para su aplicación en el desarrollo de escalas de calidad de vida para el colectivo de personas mayores de 60 años (Power et al., 2005), confirmando la necesidad de una aproximación al colectivo más específica. Así, desarrolló una versión de las anteriores escalas de calidad de vida para el colectivo de personas mayores, la WHOQoL-OLD (Power et al., 2005), una escala de 24 ítems organizada en 6 subescalas (habilidades sensoriales, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte e intimidad) que puede ser usada en combinación con la WHOQoL-100 (WHOQoL Group, 1995) o la WHOQoL-BREF (WHOQoL Group, 1996) para medir la calidad de vida en personas mayores adultas, tal y como se ha comentado en la introducción del modelo de calidad propuesto por la organización.

La propuesta original de los autores (Power et al., 2005) presentó una consistencia interna excelente, con un alfa de Cronbach total de ,89 y una consistencia para cada una de las subescalas entre ,72 y ,88, atendiendo a una estructura de seis dimensiones: autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte e intimidad.

Cuenta con traducción y validación en el contexto mejicano (Medeiros de Araújo, de Menezes, Rejane y Alchieri, 2011), que contradujo la propuesta estructura de los autores, y defendió la existencia de cuatro y no seis factores (intimidad, satisfacción con la vida, percepción ante la muerte y agonía y autonomía). Sus 20 ítems explicaron una varianza de cerca del 64%. La consistencia interna del instrumento, medida a través del alfa de Cronbach fue de ,89, y la de cada una de sus subescalas osciló entre ,68 para la dimensión autonomía y ,86 para las dimensiones satisfacción con la vida y percepción ante la muerte y agonía en la validación mexicana, algo superior a la resultada en la validación chilena (Urzúa y Navarrete, 2013), que presentó, no obstante, un modelo unifactorial más parsimonioso compuesto por seis ítems.

La validación española reportó unas propiedades psicométricas adecuadas y consistentes con un alfa de Cronbach 0,84, y unas correlaciones estadísticamente significativas entre dimensiones que oscilaron entre  $r = ,18$  y  $r = ,70$ . Únicamente la dimensión muerte presentó correlaciones no significativas con la mayoría de las dimensiones (todas salvo habilidades sensoriales), y tampoco esta última correlacionó con la dimensión intimidad. Los resultados de

las pruebas de validez convergente y discriminante fueron igualmente satisfactorios (Lucas-Carrasco et al., 2011)

A pesar de su interés y su mayor proximidad a nuestro colectivo objeto de este estudio, presentó dos objeciones para su consideración como apta para el contexto residencial: por un lado, la excesiva generalidad del colectivo de personas mayores frente a aquellas con dependencia que residen en centros residenciales, y, por otro, la excesiva longitud del cuestionario, que ha de añadirse a uno de los dos para la población general, lo convierte en un instrumento excesivamente largo para el propósito de este estudio (24 más 26, un total de 50 ítems en el mejor de los casos). No obstante, recogemos aquí sus ítems, dada la utilidad para posteriores apartados de esta investigación. Nótese que los ítems están sólo validados en español Mejicano.

Tabla 17: Identificación de las dimensiones e indicadores de la escala WHOQOL-OLD (Power et al., 2005)

<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>
Habilidades sensoriales	Perdida de habilidades sensoriales y su impacto en la calidad de vida
Autonomía	Vida independiente Ser libre o capaz de vivir de manera autónoma y tomar sus propias decisiones
Actividades pasadas, presentes y futuras	Satisfacción con los logros en la vida y planes futuros
Participación social	Participación en actividades de la vida diaria, particularmente en la comunidad
Muerte	Preocupaciones y miedos sobre la idea de la muerte
Intimidad	Posibilidad de tener relaciones personales e íntimas

Fuente: Power et al., 2005

Recientemente se desarrollaron tres propuestas para reducir la longitud de la escala WHOQOL-OLD (Power et al., 2005), obteniendo las tres propiedades psicométricas suficientes tras constituirse como tres combinación diferentes de seis ítems cada una, extraídos los ítems uno a uno de cada una de las seis dimensiones de la escala original. De todos modos, la escala reducida debe de ser igualmente administrada como complemento a la WHOQoL-100 (WHOQoL Group, 1995) o la WHOQoL-BREF (WHOQoL Group, 1996), por lo que seguía siendo excesivamente larga para su consideración para este estudio, además de la ya mencionada excesiva generalidad del colectivo al que se dirigía.

### Escala WHOQoL-AGE (Caballero et al., 2013)

La escala WHOQoL-AGE (Caballero et al., 2013) surgió como una forma de medir la calidad de vida en personas mayores de 50 años de una manera más rápida que su escala antecesora, la WHOQOL-OLD (Power et al., 2005), y se compone de dos factores para los que, aunque la literatura no propone nombre, el contenido de éstos podría sugerir un primer factor relacionado con la satisfacción con la vida y un segundo factor relacionado con el desarrollo personal y el control sobre la vida. El contenido, traducido libremente en este estudio ante la ausencia de traducciones oficiales, es el que se presenta en la Tabla 18.

Tabla 18: Identificación de las dimensiones e indicadores de la escala WHOQOL-AGE (Caballero et al., 2013)

<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>
Satisfacción general con la vida	Satisfacción con las habilidades sensoriales y salud general
	Satisfacción con uno mismo
	Satisfacción con las habilidades funcionales para el desarrollo de las actividades de la vida diaria
	Satisfacción con las relaciones personales
	Satisfacción con el lugar de residencia
	Satisfacción con el uso del tiempo
Desarrollo personal y control	Energía para la vida diaria
	Control sobre la vida
	Satisfacción con las oportunidades para hacer planes de futuro
	Recursos económicos
	Relaciones íntimas

Fuente: Elaboración propia, a partir de Caballero et al. (2013).

Nota: Los indicadores han sido propuestos por el equipo investigador a partir del análisis de los ítems de la escala, ante la ausencia de indicadores específicos proporcionados por parte de los desarrolladores de la escala.

Consta de 13 ítems distribuidos en dos factores que saturaban en un factor de segundo orden, la calidad de vida global, y fue validada en un estudio transcultural realizado en Finlandia, Polonia y España. La consistencia interna fue medida a través de un alfa de Cronbach con un resultado excelente para el total de la escala (.91) y cada uno de los factores (.88 y .84 respectivamente), explicando éstos un 65 % de la varianza observada en los ítems.

### Escala WHOQoL-DIS (Power et al., 2010)

Desarrollado en 15 centros con personas con discapacidades tanto física como intelectual alrededor de todo el mundo, también de España, contando con más de 1400 respuestas de personas con discapacidad mayores de 18 años, y consta de 12 más 1 ítem repartidos en una



estructura multidimensional de tres factores (discriminación, autonomía e inclusión) que a su vez cargan sobre un factor de segundo orden, la calidad de vida.

Presentó en su validación unas propiedades psicométricas excelentes. En concreto, la consistencia interna, medida a través del alfa de Cronbach obtuvo un valor de ,85 para las personas con discapacidad física y de ,81 para las personas con discapacidad intelectual. También las correlaciones entre ítems superaron el valor de corte mínimo establecido en ,35, resultando éstas con valores comprendidos entre ,34 y ,61. (Power et al., 2010)

Aunque al igual que el módulo para personas mayores de este grupo de trabajo, el WHOQOL-DIS (Power et al., , 2011) ha de aplicarse como complemento bien a WHOQOL-100 (WHOQoL Group, 1995) o a su versión breve WHOQOL-BREF (WHOQoL Group, 1996), por lo que resulta particularmente larga de aplicación, además de ser respondida por el propio individuo y no se dispone de traducción al castellano, además de ser aplicable a un colectivo diferente al objeto de estudio, se consideró interesante estudiarla algo más en detalle, particularmente en cuanto al contenido de sus ítem, para alimentar las construcciones y discusiones futuras de este estudio. En concreto se recogen los indicadores en que se apoyan las dimensiones:

Tabla 19: Identificación de las dimensiones e indicadores de la escala WHOQOL-DIS (Power et al., 2010)

<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>
Discriminación	Discriminación
	Asesoría legal
	Perspectivas de futuro
Autonomía	Control
	Capacidad de elección
	Autonomía
Inclusión	Habilidades de comunicación
	Aceptación social
	Respeto
	Redes sociales e interacción
	Inclusión social y contribución
	Potencial personal

Fuente: Power et al. (2010)

### Escala CASP-19 (Hyde et al., 2003)

La escala CASP-19 (Hyde et al., 2003) es una forma de medir la calidad de vida individual desarrollada para población mayor de entre 65 y 75 años, llamadas también personas mayores en edad temprana (*early old age people*) por los autores el grupo investigador ELSA (*English*

*Longitudinal Study of Ageing*). La escala original se organiza en torno a cuatro dimensiones o variables latentes: el control, la autonomía personal, el placer y la autorrealización, en una estructura interna que responde a un modelo de segundo orden, donde las dimensiones se organizan en torno a un único factor, la calidad de vida. La fiabilidad, medida a través del alfa de Cronbach osciló entre ,60 y ,80 para las dimensiones, con una correlación entre éstas de entre ,40 y ,70. (Hyde et al., 2003)

El interés de esta escala para esta investigación radica en que fue testeada posteriormente para población mayor residente en centros residenciales (Sim, Bartlam, y Bernard, 2011), con características sociodemográficas muy diferentes a la población con la que se desarrolló. La mayoría de los resultados de la medida de la calidad de vida fueron peores para las personas en centros residenciales, aunque la muestra empleada para el análisis fue escasa, de 120 personas. Tanto el análisis de fiabilidad como de la estructura interna de la escala fueron pobres, indicando la conveniencia de realizar estudios más profundos en escalas de calidad de vida para personas mayores en centros residenciales. En concreto, el análisis de fiabilidad, medido mediante el CRI, dio resultados aceptables por encima del ,60 considerado como mínimo en todas las dimensiones salvo autonomía, que obtuvo un resultado de ,52.

Tabla 20: Identificación de las dimensiones e indicadores de la escala CASP-19 (Hyde et al., 2003)

<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>
Control	Sensación de control Planificación del futuro Sensación de pertenencia
Autonomía	Libertad de elección Cargas familiares Salud Capacidad económica
Placer	Ilusión Sentido de la vida Satisfacción con la vida Energía diaria
Autorrealización	Capacidad de elección y hacer cosas nuevas Satisfacción con la vida actual y oportunidades de futuro

Fuente: Elaboración propia a partir de Hyde et al. (2003).

Nota: Los indicadores han sido propuestos por el equipo investigador a partir del análisis de los ítems de la escala, ante la ausencia de indicadores específicos proporcionados por parte de los desarrolladores de la escala.

La estructura factorial presenta resultados pobres en cuanto a ajuste con los modelos de calidad de vida planteados: el modelo unifactorial (*the single factor model*, en la versión original), donde existe un único factor-calidad de vida, que explica los 19 ítem, el modelo de

cuatro factores (*domain model* en la versión original), donde la calidad de vida se componen de cuatro dimensiones que explican los 19 ítems y el modelo de dominios y modelo total (*domain and total model*), una combinación de los anteriores, donde existen cuatro dimensiones de primer orden que explican las respuestas a los ítems y un factor de segundo orden, la calidad de vida, que explica las cuatro dimensiones.

### **Escala OPQOL (Older People's Quality of Life) (Bowling y Stenner, 2011) y OPQOL-Brief (Bowling et al., 2012)**

La escala OPQOL (Bowling y Stenner, 2011) fue pionera como herramienta para la medición de la calidad de vida desde la perspectiva de las personas mayores, y no sólo con la opinión de los expertos integrada a partir de la revisión de modelos de la literatura. Presenta dos versiones, de ocho o nueve subescalas, y de 32 y 35 ítems, respectivamente, siendo la versión más larga la más integradora de visiones sensibles a las diferencias culturales, a través del añadido de la novena dimensión, la referencia a la religión y cultura, que se introdujo como consecuencia de la validación de la escala es diferentes muestras. Las ocho subescalas de las que se compone representan los dominios más importantes para las personas mayores según los estudios previos al desarrollo de la escala, que eran, en orden de mayor a menor mención: visión de la vida en general, ocio y relaciones sociales, participación activa y con sentido en la sociedad, situación financiera, salud, bienestar psicológico y emocional, vivienda y vecindario, control sobre la vida e independencia y religión /cultura.

La escala sirvió de base para la elaboración de una versión breve, la OPQOL-Brief (Bowling et al., 2012), que fue construida a partir de la priorización por parte de las personas mayores de los ítems de la escala OPQOL (Bowling y Stenner, 2011), tras lo que resultó una versión de 13 ítem, tal y como se muestra en la Tabla 21.

Las respuestas a los ítems, en forma de escala de Likert de 5 puntos, que van desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. Las propiedades psicométricas de ambas versiones fueron buenas. En concreto, la versión larga presentó un alfa de Cronbach superior a ,70 en todas las subescalas, y de ,88 para la escala total, y con buenos resultados de validez convergente medida a través de correlación con la CASP-19 (Hyde et al., 2003) y la WHOQOL-OLD (OMS, 2005), con  $r > ,20$  en todos los casos excepto para la subescala de Religión/cultura. La validez de criterio fue consistente con la literatura, tanto convergente

como discriminante, siendo sensible al tipo de vida (activa vs. no activa), estado de salud y habilidades funcionales.

Tabla 21: Identificación de las dimensiones e indicadores de la escala OPQOL (Bowling y Stenner, 2011) y OPQOL-Brief (Bowling et al., 2012)

<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>
Visión de la vida en general	Satisfacción con la vida en su conjunto y en la actualidad Planes de futuro
Ocio y Relaciones sociales	Apoyo familiar, de amistados o vecinos Amor y afecto Disfruta de actividades de ocio Actividades con sentido
Situación financiera	Capacidad económica para aspectos básicos (vivienda, mantenimiento...) Capacidad económica para comprar y hacer las cosas que se desea
Salud	Energía física, dolor y capacidad de autocuidado Capacidad de salir a la calle
Bienestar psicológico y emocional	Disfrute de la vida Optimismo Capacidad de adaptación ante el empeoramiento de la salud
Vivienda y vecindario	Seguridad y confort de vivienda Disponibilidad de servicios Relaciones vecinales
Control sobre la vida e independencia	Control sobre la vida Situación económica limitante Responsabilidades a cargo que limitan independencia
Religión/Cultura*	Importancia de las creencias y sus manifestaciones culturales

Fuente: Bowling y Stenner (2011)

Nota: Los indicadores han sido propuestos por el equipo investigador a partir del análisis de los ítems de la escala, ante la ausencia de indicadores específicos proporcionados por parte de los desarrolladores de la escala.

Nota: La dimensión espiritualidad convierte la versión de 32 en la versión de 35 ítems, y se aplica en contextos en los que se entiende que ésta tiene peso por cultura, edad u otros factores.

La versión corta presentó en su validación unas excelentes propiedades psicométricas al ser testada en población mayor de 65 años que vivía en el domicilio familiar. En concreto, la consistencia interna, medida a través del alfa de Cronbach, resultó de ,86 para toda la escala. La correlación de los ítems con la escala total fue superior al punto de corte de ,30 para todos los ítems, organizados en torno a un único factor, la calidad de vida, según el AFE realizado. Este factor explicó el 56% de la varianza de los ítems.

### **Escala CUBRECAVI (Fernández Ballesteros y Zamarrón, 1996) de calidad de vida de personas mayores**

El Cuestionario Breve de Calidad de vida es una herramienta desarrollada en España por encargo del Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales para medir la calidad de vida de las

personas mayores de 65 años (Fernández Ballesteros y Zamarrón, 1996). La escala CUBRECAVI original, más extensa, compuesta por 59 ítems y agrupados en 21 subescalas que recogen información en torno a nueve dimensiones: salud (subjettiva, objetiva y psíquica), integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, ingresos y servicios sociales y sanitarios. Un esfuerzo por reducirla a través de análisis factoriales redujeron las dimensiones a 8 (las habilidades funcionales, la salud, el ambiente, el ocio y el tiempo libre, la calidad de vida objetiva, la calidad de vida subjettiva, la actividad física y las relaciones interpersonales) y los ítems a 18. Así, una vez más, la calidad de vida se confirmaba como un constructo multidimensional, tal y como propone el modelo de calidad de vida en que se basa, el modelo de calidad de vida y salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud, en el año 1994, que alude a la percepción particular que un individuo tiene sobre su situación en la vida, considerando el contexto cultural y de valores en el que vive, y poniéndolo en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.

Tabla 22: Identificación de las dimensiones e indicadores de la escala CUBRECAVI (Fernández Ballesteros y Zamarrón, 1996)

<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>
Salud	Salud subjettiva, o nivel de satisfacción que la persona manifiesta respecto a su estado de salud.
	Salud objetiva (dolores, molestias y otros síntomas físicos)
	Salud psíquica (depresión o angustia, problemas de memoria y desorientación o sensación de estar perdido)
Integración social	Convivencia y relaciones sociales
Actividad y ocio y tiempo libre	Nivel, frecuencia y satisfacción con las actividades
Habilidades funcionales	Autonomía funcional
	Actividades de la vida diaria
Calidad Ambiental	Satisfacción con los elementos ambientales
	Satisfacción general con la vivienda
	Satisfacción con la Vida
Satisfacción con la vida	Calidad de vida objetiva, subjettiva
Educación	Recoge el dato objetivo del nivel educativo
Ingresos	Recoge el dato objetivo del nivel de ingresos
Servicios sociales y sanitarios	Recoge el dato objetivo del uso de servicios sociales y sanitarios

Fuente: Fernández Ballesteros y Zamarrón (1996).

Las propiedades psicométricas de la escala en su fueron apropiadas. Por un lado, se midió la consistencia interna a través del alfa de Cronbach, siendo este superior a ,70 para 5 de las 9 subescalas. Tres de ellas porque estaban compuestas por un único ítem (satisfacción con la vida, ingresos y educación), y una cuarta, integración social, con un alfa inferior a ,30, que

cuenta de dos ítems. El análisis factorial confirmatorio sobre la escala arrojó una estructura factorial de ocho dimensiones, denominadas salud, habilidades funcionales, ambiente, ocio y tiempo libre, calidad de vida objetiva, calidad de vida subjetiva, actividad física y relaciones interpersonales.

La forma de respuesta varía en función de la pregunta, teniendo que seleccionar entre una lista de opciones valoradas de 0 a 9 en algunos ítems (i.e., ítem 14 relacionado con el nivel educativo e ítem 15 relacionado con el nivel de ingresos), valorando el nivel de satisfacción con alguna cuestión desde Nada satisfecho hasta muy satisfecho (i.e., ítem 17 relativo a la satisfacción con los servicios sociales y sanitarios que se utilicen), o valorando la frecuencia con la que se presenta el ítem (i.e., ítem 16 relativo a la frecuencia de uso de los servicios sociales y sanitarios de su comunidad/residencia), entre otras opciones de respuesta. Cada una de las respuestas a los ítems lleva asociada una puntuación estándar. Éstas se utilizan para calcular la media simple junto con el resto de ítems del mismo factor, obteniéndose así la puntuación estándar. Una última pregunta se suma a los ítems que componen los factores para resumir la importancia que la persona otorga a cada una serie de factores, en su mayoría coincidentes con los nueve factores en que se organiza la escala, pidiéndole que ordene de más a menos importante únicamente las seis dimensiones más importantes para su calidad de vida individual. Los factores a ordenar son: *Tener buena salud, Poder valerse por sí mismo, Mantenerse activo, Tener buenos servicios sociales y sanitarios, Mantener buenas relaciones con la familia y sociales, Tener una vivienda buena y cómoda, Tener una buena pensión o renta, Sentirse satisfecho con la vida, La Calidad del medio ambiente del barrio o de la ciudad y Tener oportunidad de aprender y conocer nuevos casos*. Por último, se le invita a que proponga otros factores no recogidos en la lista anterior que pudieran ser de importancia, o se le da la opción de decir que ninguno de ellos es importante o de no responder a la pregunta (Ns/Nc).

### **La escala ECV de calidad de vida para personas discapacidad que envejecen (Alcedo et al, 2008)**

El modelo de CV para el ámbito de la discapacidad más aceptado por la comunidad científica internacional es el propuesto por Schalock (1996), revisado en fechas recientes (Schalock y Verdugo, 2006). Este modelo, ideado el colectivo de personas con discapacidad mayores de 45 años (sus propiedades psicométricas fueron testeadas a través de muestra de 2.292 personas con discapacidad mayores de 45 años procedentes de distintas comunidades

autónomas del territorio español), pues es ésta la edad que se considera como la de inicio del envejecimiento para este colectivo de personas. De las 8 dimensiones propuestas por el modelo ya descrito anteriormente, sometidas a análisis de componentes principales, resultaron en una estructura multidimensional de seis factores (bienestar físico, inclusión social, bienestar emocional, desarrollo personal y autodeterminación, relaciones interpersonales y bienestar material), que explican 47 ítems que mostraron una excelente consistencia interna (alfa de Cronbach superior a ,90 en todos los casos), lo mismo que las subescalas bienestar físico y bienestar emocional. La subescala relaciones interpersonales se quedó a las puertas del excelente con un 0,88, lo mismo que la dimensión desarrollo personal y autodeterminación que obtuvo una consistencia interna buena -,85- y la dimensiones inclusión social y bienestar material que obtuvieron un resultado aceptable, de ,69 y ,70 respectivamente). La escala total obtuvo un alfa de Cronbach de ,92. Las correlaciones entre ítems y la escala mostraron coeficientes superiores a ,40 en todos los casos. Como particularidad de esta escala destacaríamos la presencia del indicador Ayudas Técnicas en la dimensión bienestar material, aspecto no recogido en general entre las escalas de la población general, ni siquiera de personas mayores con dependencia.

Tabla 23: Identificación de las dimensiones e indicadores de la escala ECV

<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>
Bienestar físico	Capacidad para la realización de las de las actividades de la vida diaria
	Movilidad
	Salud
	Nutrición
Inclusión Social	Aceptación por parte de la sociedad
	Participación en actividades comunitarias
	Voluntariado
	Redes sociales
Bienestar emocional	Satisfacción personal
	Felicidad
	Espiritualidad
	Afecto
Desarrollo Personal y autodeterminación	Autonomía
	Control personal
	Autodirección
	Toma de decisiones
Relaciones interpersonales	Relaciones con la familia
	Amistados
	Intimidad
	Apoyos
Bienestar Material	Ingresos económicos
	Posesiones
	Ayudas técnicas

Fuente: Alcedo et al. (2008)

### La escala GENCAT de calidad de vida para personas usuarias de servicios sociales (Gómez, 2011)

La escala GENCAT (Gómez, 2011) fue desarrollada para medir la calidad de vida de adultos mayores de 18 años, y nació con la intención de servicio para medir la calidad de vida de las personas usuarias de servicios sociales de la Generalitat de Cataluña. Fue el objetivo principal de la investigadora Laura Gómez en su tesis doctoral titulada *Evaluación de la calidad de vida en Servicios Sociales, validación y calibración de la escala GENCAT (2010)*, codirigida por Benito Arias Martínez y Miguel Ángel Verdugo, coautor éste último del modelo que subyace en la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009). En la misma, la autora hace un análisis detallado de modelos de calidad de vida y herramientas para su evaluación en colectivos usuarios de servicios sociales (personas mayores, personas con discapacidad física, discapacidad sensorial, problemas de salud mental, personas con drogodependencias y personas con VIH/SIDA). Sus resultados, por lo completo de los análisis, el prestigio de los codirectores y lo reciente de la investigación, han sido de gran utilidad para este estudio. Las dimensiones y sus indicadores son los mostrados en la Tabla 24.

Tabla 24: Identificación de las dimensiones e indicadores de la escala GENCAT (Gómez, 2011).

Dimensión	Indicador
Bienestar emocional	Satisfacción Autoconcepto Ausencia de estrés o sentimientos negativos.
Relaciones interpersonales	Relaciones sociales Tener amigos claramente identificados Relaciones familiares Contactos sociales positivos y gratificantes Relaciones de pareja y Sexualidad.
Bienestar Material	Vivienda Lugar de trabajo Salario (pensión, ingresos) Posesiones (bienes materiales) Ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos).
Desarrollo personal	Limitaciones/Capacidades Acceso a nuevas tecnologías Oportunidades de aprendizaje Habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación).
Bienestar físico	Atención Sanitaria Sueño Salud y sus alteraciones Actividades de la vida diaria Acceso a ayudas técnicas y Alimentación.
Autodeterminación	Metas y preferencias personales Decisiones, Autonomía y Elecciones.

Fuente: Gómez (2011)



La escala sirve para llevar a cabo una evaluación objetiva de la calidad de vida, y tiene un funcionamiento (y de hecho, una estructura y un conjunto de ítem) muy similares a los que se presentarán para la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009). Se estructura en las ocho dimensiones propuestas por Shalock y Verdugo (2002, 2003), y se articula a través de 69 ítems, en preguntas tipo Likert que miden la frecuencia con la que se da el ítem.

A pesar de que las pruebas de validación inicial de la escala se hicieron en una amplia muestra de personas y dieron lugar a características psicométricas excelentes, fue descartada por el excesivamente generalista perfil de personas a las que se dirigía.

### **SEIQOL- Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life (O'Boyle, 1994)**

Esta herramienta, desarrollada en 1991 de la mano de (O'Boyle, 1994) fue pensada para evaluar la calidad de vida de personas con las funciones cognitivas básicas no afectadas, debido a que requiere cierta capacidad de interpretación gráfica y responder a una serie de preguntas al entrevistador relativas a las cinco áreas de la calidad de vida más importantes, su priorización y pensamiento abstracto, aspectos estos últimos de compleja diferenciación para ciertas personas. Se administra en tres etapas, en forma de entrevista semiestructurada.

Sus propiedades psicométricas han sido demostradas en múltiples contextos, se define como un instrumento para evaluar las diferencias de calidad de vida dadas por las condiciones sociodemográficas y los aspectos de las personas mayores no institucionalizadas, relacionados con la salud, el entorno físico y social (Rojo y Fernández, 2011), por lo que a pesar de estar traducida al español y contar con numerosos estudios de validación (Wettergren, Kettis-Lindblad, Sprangers, y Ring, 2009), pero dada su compleja aplicación y su desarrollo para personas que no residan en centros residenciales, se la descartó para incorporarla al pretendido conjunto de herramientas de medición de la calidad de vida para centros residenciales.

### **La escala Comprehensiva de Calidad de vida de Cummins (ComQoL-A5; Cummins, 1997b)**

A lo largo de ocho años, Cummins desarrolló esta escala que hace operativa la definición de la calidad de vida que el autor defiende y se ha presentado en secciones anteriores. Está disponible en tres versiones, siendo de interés para esta investigación dos de ellas: la COMQOL-A5 (Cummins, 1997b), diseñada para los adultos de la población general y la

COMQOL-I5(Cummins, 1997a), para personas con incapacidad intelectual y otra forma de deterioro cognitivo. Contiene dos subescalas, presentada en tres secciones, con un total de 35 ítems. La primera subescala mide la calidad de vida objetiva, a través de 21 ítems, tres por cada una de las siete dimensiones (la salud, el bienestar material, la presencia en la comunidad, el trabajo y la actividad productiva, el bienestar emocional, la intimidad, la seguridad y las redes sociales y familiares). Los ítems recogen mediante diferentes tipo de respuesta, la mayoría de ellas tipo Likert de cinco puntos de frecuencia, aspectos objetivos como el lugar de residencia, posesiones, ingresos, visitas al médico, medicación, actividades de ocio, descanso, seguridad, estados de preocupación...Las otras dos secciones constituyen la segunda subescala, la subjetiva, con dos preguntas por cada dimensión, catorce en total, pidiendo al individuo que valore la importancia de y su satisfacción con cada una de éstas, ambas de tipo Likert de seis y siete puntos, respectivamente.

En el procedimiento de la puntuación, el grado de importancia dado por cada persona se usa como medida de su nivel de satisfacción, y se calcula la puntuación total de la calidad de vida subjetiva mediante la agregación de los siete ámbitos.

En el desarrollo de versión de su Escala Comprensiva de Calidad de Vida para personas con discapacidad intelectual y otras formas de diversidad cognitiva (ComQoL-I) (Cummins, 1997a) el autor incluye un pre-test que determina si, y en qué nivel, los informantes son capaces de usar la escala, de manera que se les suministre la versión de la escala adaptada a su capacidad de respuesta. Cada una de las siete dimensiones del modelo se mide con un conjunto diferente de ítems en función del colectivo al que se dirige, lo que complica su aplicación en un contexto tan exigente como el residencial.

### **El cuestionario CECAVIR, Cuestionario de Evaluación de Calidad de Vida en Contexto Residencial (Molero et al., 2015)**

Este instrumento de reciente construcción (Molero et al., 2015), fue desarrollado específicamente para el colectivo objeto de este estudio, las personas mayores que viven en centros residenciales por la Universidad de Almería, por tanto en un contexto sociodemográfico válido para los objetivos de este estudio. Defiende un modelo teórico de cinco factores: salud, relaciones sociales y familia, actividad y ocio, calidad ambiental y capacidad funcional, que se presentan en la Tabla 25.

Tabla 25: Identificación de las dimensiones e indicadores de la escala CECAVIR (Molero et al., 2012)

<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>
Salud	Salud subjetiva
	Salud objetiva
	Descanso
	Alimentación
	Salud familiar
Relaciones sociales y familia	Servicios Sanitarios del centro
	Contacto con familiares
	Satisfacción con los contactos familiares
	Relación con el personal del centro
	Percepción de apoyo
Actividad y ocio	Ocio individual
	Participación
	Satisfacción con las actividades y el ocio ofertado por el centro y/o realizado
Calidad ambiental	Confort (Nivel de ruido, temperatura, calidad de las instalaciones, sensación de hogar)
	Seguridad
	Calidad estética
	Funcionalidad y adecuación a las necesidades
Capacidad funcional	Necesidad de ayuda para ABVDs
	Incontinencia

Fuente: Molero et al. (2012).

Nota: Los indicadores han sido propuestos por el equipo investigador a partir del análisis de los ítems de la escala, ante la ausencia de indicadores específicos por parte de los desarrolladores de la escala.

El trabajo de construcción y validación de la escala, formada por 48 ítems (más otros ocho que recogían las características sociodemográficas), fue puesto a prueba en una reducida muestra (50 personas mayores de 70 años institucionalizadas, sobre las que no se daba detalle del grado de deterioro cognitivo, presentada como la principal limitación del estudio por sus propios autores), y sus propiedades psicométricas fueron insuficientes. No tanto en el análisis de fiabilidad, pues la consistencia interna medida a través del alfa de Cronbach fue excelente para la escala total (.86), aunque no así para alguna de las subescalas (salud, con alfa de Cronbach de .55).

Sin embargo, el análisis de correlaciones presentó ausencia de correlación estadísticamente significativa en seis de las 10 posibles. En concreto, la correlación no fue estadísticamente significativa entre las dimensiones actividad y ocio y las dimensiones salud y relaciones sociales y familiares, y entre las dimensiones salud y calidad ambiental y capacidad funcional, aspecto, éste, extraño. Tampoco correlacionaron significativamente las dimensiones actividad y ocio y calidad ambiental y esta última y la capacidad funcional. En AFC confirmó la existencia de los cinco factores propuestos inicialmente: salud, relaciones sociales y familia, actividad y ocio, calidad ambiental y capacidad funcional. Es ésta, con una capacidad explicativa del 44%, la dimensión propuesta como de mayor capacidad explicativa de la calidad

de vida en el contexto residencial que, según los autores, era explicada en más de un 70% por la escala.

### La Escala de Satisfacción y Calidad de vida percibida de la Fundación SAR (SyCV\_FSAR; Literas, Navarro y Fontanals, 2009)

Esta escala, pensada para medir la calidad de vida subjetiva de las personas mayores usuarias de centros residenciales y sociosanitarios y el grado de satisfacción con los mismos, fue desarrollada en 2009 de la mano de un equipo investigador de la Universidad Autónoma de Barcelona, con financiación de la Fundación SAR. Fruto de revisiones bibliográficas y de entrevistas en profundidad y grupo focales, se elaboró un cuestionario que en su versión final se compuso de 18 ítems organizados en torno a tres dimensiones: el servicio y atención residencial, el entorno personal y las relaciones interpersonales. El análisis factorial confirmatorio, realizado sobre una amplia muestra de 475 personas, sin deterioro cognitivo. La varianza total explicada fue pobre, apenas alcanzando un 27,5%, pero la consistencia interna de la escala, medida a través del alfa de Cronbach resultó buena ( $,82$ ), como lo fueron para las subescalas ( $,76$ ,  $,74$  y  $,67$ ) (Literas et al., 2009). La escala fue descartada, entre otras cosas, por no ser una medida exclusiva de la calidad de vida, sino que la combina con la satisfacción con los servicios, y por ser únicamente una medida de la calidad de vida subjetiva, además de no estar diseñada para personas con deterioro cognitivo de ningún grado y de su pobre capacidad explicativa.

Tabla 26: Identificación de las dimensiones e indicadores de la escala SyCV FSAR (Literas et al., 2009)

<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>
Servicio y atención residencial	Trato y confianza con los profesionales del centro Comodidad y seguridad del centro Servicio de comidas
Entorno personal	Comodidad y satisfacción con la habitación Grado de intimidad Actividades con otros residentes Proactividad del centro
Relaciones interpersonales	Amistades y relaciones con otros residentes Relación con los profesionales del centro Satisfacción con el grado de actividad

Fuente: Literas et al. (2009).

Nota: Los indicadores han sido propuestos por el equipo investigador a partir del análisis de los ítems de la escala, ante la ausencia de indicadores específicos por parte de los desarrolladores de la escala.

### QOL Scale (Kane et al., 2003)

En 2003, la universidad de Pittsburgh, en Estados Unidos, abordó una investigación que permitiera disponer de una escala para añadir la medida de la calidad de vida a la más habitual medida de la calidad del servicio, típica en los centros residenciales. Participó una amplia muestra, tanto de centros (40) como de personas (1.316), y partió de una extensa investigación sobre los dominios de la calidad de vida de las personas mayores en centros residenciales, independientemente de su grado de deterioro cognitivo. En el desarrollo de una escala (42 ítems) el análisis factorial confirmatorio confirmó la existencia de 10 dimensiones: el confort y la seguridad, las actividades con sentido, la competencia funcional, el ocio y las relaciones, la individualidad, la autonomía, la privacidad y la dignidad y el bienestar espiritual, tal y como muestra la Tabla 27.

Tabla 27: Identificación de las dimensiones e indicadores de la escala QOL Scale (Kane et al., 2003)

<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>
Confort	Temperatura, nivel de ruido Dolor físico Descanso
Seguridad	Posesiones Apoyos Servicios sanitarios Buen trato recibido
Actividades con sentido	Libertad y posibilidad de salir del centro Actividades de ocio en el centro
Competencia funcional	Movilidad en el centro y acceso a cosas que necesita Cuidado del entorno personal
Disfrute	Disfruta con la comida (alimento y momentos de comida)
Relaciones	Facilidad para hacer amistades en el centro residencial Relación de amistad y tiempo con el personal para mantener conversaciones Facilidades del centro para recibir visitas
Autonomía	Capacidad de elección (horarios de acostarse y levantarse, vestido) Puede plantear con éxito cambios al centro
Privacidad	Puede elegir cuándo estar solo o acompañado Puede hacer llamadas privadas o recibir visitas cuando lo desea El personal llama a la puerta y espera antes de entrar en la habitación privada
Dignidad	El trato del personal es adecuado y respetuoso El personal se toma su tiempo para escucharte
Bienestar espiritual	Participa en actividades religiosas con sentido para él Siente que su vida tiene sentido Se siente en paz

Fuente: Elaboración propia a partir de Kane et al. (2003).

Nota: Los indicadores han sido propuestos por el equipo investigador a partir del análisis de los ítems de la escala, ante la ausencia de indicadores específicos por parte de los desarrolladores de la escala. La traducción de las dimensiones es libre.

Su consistencia interna fue pobre, con cuatro dimensiones no alcanzando el punto de corte de ,70 (alfa de Cronbach entre ,76 y ,52 para las dimensiones), y mostró aún peor fiabilidad entre la población con alto deterioro cognitivo alto, con ocho dimensiones donde las subescalas no alcanzaban el punto de corte de ,70. Las correlaciones entre las dimensiones fueron también bajas (la mayoría  $r < .14$ ), por lo que a pesar de que el ajuste del modelo fue bueno para la estructura de 10 dimensiones, se entendió que la baja fiabilidad obligaba a descartarla, a pesar de su interés para alimentar la discusión en torno a los modelos de calidad de vida.

### **Dementia Care Mapping (DCM; Kitwood y Bredin, 1992)**

Esta escala, desarrollada para ser aplicada a personas en cualquier estadio de demencia institucionalizadas para determinar la calidad de la atención que recibían, así como la calidad de vida, cuenta con un número variable de ítems organizados en 24 categorías. A pesar de estar traducida al español, no ha sido validada en nuestro contexto ni tiene en España un uso extendido, al contrario de otros países, particularmente en el Reino Unido. Sus propiedades psicométricas comienzan a ser validadas en diversos estudios, aunque dado que no se planteó en origen como una herramienta para la investigación

Desarrollado para su uso en instituciones, se ideó, además de para guiar la implantación de modelos de atención centrados en la persona, acompañando desde la preparación de los equipos de gestión y de personal, hasta la presentación de los resultados del mapa y la planificación de actuaciones. Se aplica mediante observaciones intensivas y detalladas, en tiempo real a lo largo de un número específico de horas, registrándose en periodos de cinco minutos 23 tipos de conducta que se hayan podido observar en la persona evaluada. Además, la persona evaluadora registra información relativa al estado afectivo y al grado de implicación de la persona evaluada, al igual que detractoras y potenciadores personales. Los Detractores Personales son conductas del personal que podrían resultar perjudiciales para la persona con demencia; se clasifican y se codifican en función de sus tipos y su severidad. Los Potenciadores Personales son conductas del personal consideradas como positivas para preservar la persona; se describen y se codifican en función del tipo y el grado en que se considera que pueden potenciar la persona (Riesner y Müller-Hergl, 2014).

La complejidad de aplicación de la escala, que requiere de una gran dedicación y consumo de tiempo, además del entrenamiento y autorización para los profesionales informadores, hizo descartarla como herramienta para el propósito de esta investigación.

### **La escala FUMAT de calidad de vida para personas mayores con discapacidad y adultas con discapacidad física grave (Verdugo et al., 2009)**

#### *Estructura factorial de la escala FUMAT*

La escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) se construyó para medir la calidad de vida de personas mayores con discapacidad y personas con discapacidad física grave. Se basa en el modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (Schalock y Verdugo, 2003) que ya se ha introducido previamente. Fue desarrollada íntegramente con usuarios, familiares y profesionales de centros residenciales de *Matia Fundazioa* en Guipúzcoa durante el año 2009, por lo que la actualidad del concepto de calidad de vida aplicado y el contexto cultural en el que se desarrolló la hacen particularmente interesante. Se organiza en torno a las 8 dimensiones de la calidad de vida del modelo ya mencionado: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. La validez del contenido se basó en una extensa revisión de la literatura científica sobre calidad de vida, discapacidad y envejecimiento, de grupos focales realizados en distintos países sobre la importancia de los indicadores extraídos de la misma y de investigaciones transculturales ya presentadas en capítulos anteriores. Los ítems fueron también sometidos a varias revisiones críticas por parte de 15 jueces.

#### *Breve descripción y funcionamiento de la escala FUMAT*

Es una escala administrada por profesionales que conocen a la persona evaluada, y por tanto no requiere de la cooperación de ésta, con un tiempo aproximado de aplicación de 10 minutos por persona evaluada, una vez dominado el instrumento. Su validación inicial se hizo sobre una muestra de 100 personas con discapacidad física grave, el 80% de ellas personas mayores y el resto adultos jóvenes mayores de 18 años y, tanto la selección de indicadores como el trabajo de campo se centraron en estos colectivos. En su concepción, era de aplicación longitudinal a lo largo de la vida de la persona, como usuaria de servicios sociales, independientemente de los recursos y prestaciones que en cada momento utilizara, y serviría

tanto para la planificación de apoyos individualizados como para diseñar intervenciones dirigidas a la mejora de la calidad de las organizaciones.

Como resultado de la aplicación de la escala, se consigue un perfil de calidad de vida individual que puede oscilar entre 61 y 123 y permite la representación e interpretación gráfica de los resultados de la escala, de manera global y por dimensiones. Mayores puntuaciones significan mejor calidad de vida. Además, la escala permite obtener un percentil que indican el porcentaje de personas que en su muestra tienen una puntuación superior o inferior. El funcionamiento detallado es el siguiente:

- 1) Obtener la puntuación directa de cada ítem: Hay 57 ítems o preguntas, organizadas en 8 dimensiones. Cada respuesta es puntuable de 1 a 4, siendo 4 positivo para la calidad de vida y 1 negativo. Este valor será la puntuación directa. Habiendo 57 ítems, la puntuación máxima obtenible es de 228 puntos, para una persona que hubiera respondido con 4 puntos todas las preguntas, frente a los 57 puntos mínimos para una persona que hubiera respondido con un punto todas las preguntas.
- 2) Obtener la puntuación directa de cada dimensión: Mediante la suma de las puntuaciones directas de cada ítem correspondiente a cada dimensión. El máximo de puntos obtenibles en cada dimensión es variable, dado que el número de ítem que compone cada dimensión es también variable, desde los 5 de la dimensión Derechos (por tanto, con puntuación directa total entre 5 y 20), hasta los 9 de la inclusión social (por tanto, entre 9 y 36 puntos de puntuación directa total)
- 3) Obtener la puntuación estándar de cada dimensión: El diferente rango de suma puntuaciones directas de las dimensiones provoca situaciones como que 20 puntos en derechos y 36 en inclusión social sean en ambos casos lo máximo a lo que se puede aspirar esas dimensiones de la calidad de vida, pero podría parecer que la inclusión social tiene más peso que los derechos en la calidad de vida, lo que no necesariamente ha de ser así. Para salvar este obstáculo, se estandarizan las puntuaciones directas totales. Para hacerlo, se aplica una tabla donde, cada dimensión tiene unos puntos máximos que en este caso sí reflejan su mayor o menor peso en la calidad de vida de la persona. Tal y como refleja la Tabla 28. Las puntuaciones estándar de cada dimensión oscilan entre los 12 puntos máximos del bienestar material y los 15 del



desarrollo personal, la autodeterminación o la inclusión social. Esta puntuación estándar ya da una medida de la buena o mala valoración de cada una de las dimensiones de la calidad de vida, con las cuales construir el perfil de calidad de vida. La Tabla 28 muestra a continuación un extracto (por simplicidad) de la tabla completa de conversión de puntuaciones directas totales en puntuaciones estándar.

- 4) Por último, ha de obtenerse el índice de calidad de vida y percentil de cada persona, a través de la suma de puntuaciones estándar de cada dimensión, que da lugar a una puntuación estándar total a la que le corresponde un índice de calidad de vida y percentil concreto. El índice de calidad de vida se mueve entre 61 y 123, y nos permite construir el perfil de calidad de vida reflejando estas puntuaciones estándar por dimensión en la tabla, obteniéndose una imagen gráfica del perfil de calidad de vida de la persona, siendo mejor en los picos del gráfico y menor en los valles.

Tabla 28: Ejemplo de transformación de puntuaciones directas totales en puntuaciones estándar.

PD	PUNTUACIÓN ESTÁNDAR							
36	15							
35	14							
34	14							
30	13		14		14		12	
...								
21	9	12	6	10	12	11	8	
8	3	4	1	5	3	6		6
7		3	1		3			6

Fuente: Elaboración propia a partir de Verdugo et al. (2009).

Nota. PD: Puntuación directa

Nota: A modo de ejemplo, sólo se ha incluido una parte de la tabla, para mayor detalle, véase Verdugo et al., 2009

Tabla 29: Ejemplo de transformación de las puntuaciones estándar en índice de calidad de vida y percentil de la persona evaluada.

PUNTUACIÓN ESTÁNDAR	PERCENTIL	ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA
<b>109</b>	94	123
<b>108</b>	93	122
	...	
<b>34</b>	1	63
<b>33</b>	1	63
<b>32</b>	1	62
<b>32</b>	0	61

Fuente: Elaboración propia a partir de Verdugo et al., 2009.

Nota: A modo de ejemplo, sólo se ha incluido una parte de la tabla, para mayor detalle, véase Verdugo et al., 2009

Tabla 30: Perfil de calidad de vida, índice de calidad de vida y percentil de la persona evaluada.

PER	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DE	ICV	PER
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	>122	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118/122	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	115/117	85
80									112/114	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110/111	75
70									107/109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	105/106	65
60									103/104	60
55									102	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	99/101	50
45									98	45
40									95/97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94	35
30									92/93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	90/91	25
20									87/89	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	83/86	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	78/82	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	71/77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

Fuente: Elaboración propia a partir de Verdugo et al., 2009.

#### Evidencias de fiabilidad y validez de la escala FUMAT

Las propiedades psicométricas de la validación en la muestra inicial fueron excelentes, con una fiabilidad excelente, medida a través del alfa de Cronbach y la correlación de dos mitades de Spearman-Brown ( $\alpha=,96$  y  $r =,89$ ). La fiabilidad de los ítems se estudió a través de la correlación entre ítems y la puntuación total del resto de ítems de la escala a través del índice de Homogeneidad corregida (IHc), todos por encima de ,300. La consistencia interna de cada una de las subescalas fue adecuada en todos los casos salvo para el caso de la escala Bienestar Material, en el que ésta fue adecuada según el coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha=,69$ ) y pobre para el coeficiente de Spearman Brown ( $r =,31$ ).

Para ayudar a interpretar el valor e importancia del coeficiente de fiabilidad de las dimensiones, los investigadores usaron la comparación entre la desviación típica (DT) y el error típico de la muestra (ETM), buscando valores mayores en la primera que en la segunda, resultando las diferencias satisfactoriamente mayores en todos los casos.

Tabla 15. Consistencia interna de la escala FUMAT y cada una de las subescalas

	$\rho$	$\Omega$	Dos mitades	N Ítem
Bienestar emocional	,868	,967	,901	8
Relaciones interpersonales	,821	,933	,753	6
Bienestar material	,626	,893	,308	7
Desarrollo personal	,936	,953	,928	8
Bienestar físico	,744	,909	,781	6
Autodeterminación	,915	,950	,845	8
Inclusión social	,864	,939	,87	9
Derechos	,794	,873	,823	5
<b>Escala completa</b>	<b>,968</b>	<b>,991</b>	<b>,894</b>	<b>57</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de Verdugo et al. (2009)

Ofrecieron evidencia de validez discriminante mediante análisis de *clusters* y evidencia de validez convergente a través de las correlaciones de Spearman entre las dimensiones de la escala, que resultaron en todos los casos estadísticamente significativas ( $p < ,01$ ) salvo para la dimensión BM ( $p < ,05$ ), que además no correlacionó significativamente con el Bienestar Material y Derechos, tal y como se muestra en la Tabla 31.

Tabla 31. Correlaciones de Spearman de la escala FUMAT aplicada sobre la muestra original

	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DE
BE	1							
RI	,650**	1						
BM	,430**	,463**	1					
DP	,425**	,320**	,198*	1				
BF	,411**	,325**	,228*	,745**	1			
AU	,481**	,419**	,239*	,874**	,753**	1		
IS	,573**	,680**	,307*	,600**	,591**	,642**	1	
DE	,331**	,243*	,192	,866**	,762**	,846**	,576**	1

Fuente: Verdugo et al. (2009).

Nota: \*\* La correlación es significativas a nivel ,01. \*La correlación es significativa al nivel ,05.

Los desarrolladores de la escala FUMAT advertían de la dificultad de aplicación de algunos ítems en el caso de que la persona no fuera capaz de desarrollar algunas de las actividades propuestas o no pudiera expresar cómo se siente al respecto, remarcando que esto puede ser particularmente frecuente en el caso de personas con un alto grado de deterioro cognitivo o demencia, además de someterlo a validación en una muestra más amplia. Así, la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) se confirmaba como el instrumento de partida para los objetivos investigadores de este estudio.

## La escala QUALID de Calidad de vida para personas con demencia que viven en centros residenciales (Weiner et al., 2000)

### *Estructura factorial de la escala QUALID (Weiner et al., 2000)*

La escala *Quality of life in Late-Stage Dementia Scale* (Weiner et al., 2000) fue construida específicamente para personas mayores con deterioro cognitivo grave institucionalizadas, a partir de otras dos escalas, *Quality of life in Alzheimer disease* (Lawton, 1994) e *Identifying pleasant activities for Alzheimer disease* (Teri y Logsdon, 1991), particularizándolas para el caso de personas con grave deterioro cognitivo, que no pueden comunicarse con coherencia, tras observar que pacientes con mismo nivel de deterioro cognitivo podían mostrar muy diversos comportamientos y estados emocionales. Toma como referencia el modelo comprensivo de Calidad de Vida de Cummins (1997) ya introducido anteriormente, según el cual la calidad de vida es un concepto multidimensional, que recoge aspectos tanto subjetivos como objetivos de la calidad de vida de la persona de siete dimensiones: bienestar material, salud, productividad, intimidad, seguridad, lugar en la comunidad y bienestar emocional. Nace con la idea de ser aplicada al colectivo de personas con discapacidad intelectual, pero el autor insiste (de ahí el término comprensivo), en que el modelo debe ser el mismo para todas las personas independientemente de su deterioro cognitivo, físico o cualquier otra característica, de manera que los estándares de calidad no cambien.

A pesar del modelo de calidad de vida de referencia, la escala QUALID (Weiner et al., 2000) cuenta con diversas propuestas de estructuras factoriales defendidas por las diferentes validaciones de la escala en diferentes contextos. Los autores de la versión original, puesta a prueba con 42 residentes en Estados Unidos (Weiner et al., 2000), realizan un análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales sugiriendo la presencia de un único factor, la calidad de vida, que explicaba los 11 ítems. Los autores señalaban como línea futura de investigación la necesidad de validar la escala en una muestra mayor, además de aumentar la presencia de hombres en la muestra. Por su parte, la validación en muestra española, adaptada en un estudio realizado sobre 160 personas mayores residentes en ocho centros residenciales en la provincia de Girona (Garre-Olmo et al., 2010), sugería una estructura multifactorial de 3 factores, que explicaban los 11 ítems: síntomas físicos de disconfort (disconfort físico), síntomas emocionales de disconfort con las relaciones sociales (disconfort social) y síntomas afectivos negativos (disconfort afectivo) (los autores de la validación española no proporcionan una traducción al castellano de los factores identificados, por lo que se han elegido estas

denominaciones en este estudio basándonos en el contenido de los ítems y la denominación inglesa, *Behavioural signs of discomfort*, *Behavioural signs of social interaction* y *Signs of negative affective mood*, respectivamente). Las saturaciones factoriales de los ítems en los factores y la corrección de los ítems y la escala global es la mostrada en Tabla 32. La ordenación agrupó los ítems 5,6, 7 y 11 en el factor *discomfort físico*, los ítems 1, 8, 9, y 10 en el factor *discomfort social* y los ítems 2, 3 y 4 en el factor *discomfort emocional*.

Otras adaptaciones a otros contextos culturales como el noruego mostraron resultados dispares en cuanto a la estructura factorial. Por un lado, el estudio llevado a cabo por Barca, Engedal, Laks y Selbaek (2011) sobre 156 personas con demencia en centros residenciales y departamentos de psicogeriatría propone una estructura de dos factores, que los autores denominan *Comfort* y *Discomfort*. Los ítems 1, 3, 8, 9 y 10 pertenecientes a la dimensión *Comfort* e ítems 2,3,4,5,6 y 7 perteneciente a la dimensión *Discomfort*, aunque el ítem 3 (Llora), muestra correlación significativa con las dos dimensiones, positiva en el caso de *Discomfort* (.63) y negativa en caso de *Comfort* (-.36).

Tabla 32: Saturaciones factoriales de los ítems en cada factor y correlación de los ítems con la escala global.

	<b>Discomfort físico</b>	<b>Discomfort Social</b>	<b>Discomfort emocional</b>	<b>Correlación</b>
Item 11.	<b>,787</b>	,022	,208	,305
Item 6.	<b>,733</b>	-,093	,253	,448
Item 7.	<b>,728</b>	,031	-,092	,150
Item 5.	<b>,602</b>	,145	,039	,490
Item 10	,208	<b>,829</b>	-,006	,215
Item 9.	,030	<b>,811</b>	-,158	,275
Item 1.	-,327	<b>,511</b>	,300	,405
Item 8.	,050	<b>,455</b>	,329	,373
Item 2.	,087	,108	<b>,834</b>	,463
Item 4.	,222	,114	<b>,772</b>	,360
Item 3.	,256	-,240	<b>,523</b>	,596
alfa de Cronbach	,707	,697	,684	
% de varianza explicada	24.1	17.8	14.2	

Fuente. Elaboración propia, a partir de Garre-Olmo et al. (2010).

Nota: La denominación de los factores en castellano ha sido elección de este equipo investigador, ante la ausencia de propuesta por parte del equipo validador de la escala en castellano.

Tres años más tarde, una nueva validación realizar sobre una muestra mucho más amplia de 661 personas con demencia en centros residenciales (Mjørud, Kirkevold, Røsvik, y Engedal, 2014) propuso una estructura de tres factores en línea con la validación española, con una

denominación de los factores algo diferente (tensión, bienestar y tristeza) pero con la misma distribución de ítems.

*Breve descripción y funcionamiento de la escala QUALID (Weiner et al., 2000)*

La escala se compone de 11 ítems tipo Likert, y recoge comportamientos relacionados con la calidad de vida individual, conductas y emociones directamente observables, tales como si la persona sonríe, parece triste, llora, tiene expresión de malestar, parece físicamente incómodo, se queja, está irritable o agresivo, disfruta comiendo, tocando o siendo tocado, interactuando con los demás o estando en compañía de otros y si parece emocionalmente tranquilo. Las opciones de respuesta son tipo Likert de 5 puntos que miden la frecuencia en que se da el ítem. La forma de expresar esa frecuencia varía de ítem a ítem, expresándose con fórmulas como Casi nunca o nunca o Menos de la mitad del tiempo hasta Durante la mayor parte del día, Sin razón aparente una o más veces al día..., entre otras fórmulas. Por simplicidad, las respuestas a los ítems de la escala, mostrados en la Tabla 33, se unifican en un rango que va desde Frecuencia 1 (la menor de todas) y Frecuencia 5 (la mayor). Algunos de los ítems (ítems 2, 3, 4, 5, 6, y 7) son invertidos, por lo que su puntuación será menor con las frecuencias menores, al contrario que en los ítems directos. La puntuación total de la escala alcanza un máximo de 55 puntos, reflejando una mayor puntuación, una peor calidad de vida.

Tabla 33: Ítems de la versión española de la escala QUALID (Weiner et al., 2000) y puntuación según respuesta al ítem.

ÍTEM		1	2	3	4	5
1	Sonríe	5	4	3	2	1
2	Parece triste	1	2	3	4	5
3	Llora	1	2	3	4	5
4	Tiene una expresión facial de malestar – parece infeliz y/o con dolor (parece preocupado, hace muecas, arruga la piel o frunce las cejas)	1	2	3	4	5
5	Parece físicamente incómodo, se retuerce y, a menudo, cambia de posición	1	2	3	4	5
6	Realiza afirmaciones o ruidos que sugieren malestar, inquietud o infelicidad (quejas, gemidos, gritos y chillidos)	1	2	3	4	5
7	Está irritable o agresivo/a (se enfada, insulta, empuja e intenta golpear a los demás)	1	2	3	4	5
8	Disfruta comiendo	5	4	3	2	1
9	Disfruta tocando y/o acariciando a los demás o cuando lo tocan y/o lo acarician	5	4	3	2	1
10	Disfruta interactuando con los demás o estando en compañía	5	4	3	2	1
11	Parece emocionalmente tranquilo y confortable	5	4	3	2	1

Fuente. Elaboración propia, a partir de Garre-Olmo et al. (2010).

Nota: La escala Likert original presenta opciones variadas en función del ítem para expresar la frecuencia con la que se da. Por simplicidad de presentación, se opta por una fórmula única que permita comprender, 1-5: puntuación, siendo 1 la más alta y 5 la más baja.

A través de periodos de observación de 10 minutos, en los que se observan la expresión facial, movimientos corporales y otras cuestiones no dependientes de la interpretación del

informador. El autor es consciente de que la calidad de vida global del paciente es complicada de observar de este modo, debido a que esos tipos de indicadores varían con las interacciones y los factores ambientales de cada momento, por lo que propone varias observaciones a lo largo de una semana.

*Propiedades psicométricas de la escala QUALID (Weiner et al., 2000)*

La escala original compuesta de 11 ítems presentó una buena consistencia interna de los ítems (alfa de Cronbach= ,77), así como fiabilidad test-retest (ICC= ,81; SEM= ,08) y consistencia entre informadores (ICC= ,83; SEM= ,07).

La validación noruega de tres factores mostró, al igual que la escala original, una aceptable consistencia interna de los ítems (alfa de Cronbach= ,74), así como buena fiabilidad test-retest (ICC= ,74) y excelente consistencia entre informadores (ICC= ,95), explicando los factores el 53% de la varianza. La fiabilidad de cada una de las subescalas no alcanzó, por poco, el límite de ,70 considerado como aceptable, al presentar unos resultados de ,69, ,62 y ,65 para las subescalas Tensión, Bienestar y Tristeza, respectivamente. La validación noruega con propuesta de dos factores no aportaba datos sobre la fiabilidad total de la escala, pero sí de las subescalas ,85 (*Discomfort*) y ,66 (*Comfort*), explicando los dos factores casi el 54% de la varianza de las puntuaciones en los ítems.

La versión española de la escala QUALID alcanzó a través de sus dos factores a explicar en torno al 56% de la varianza, y presentó una consistencia interna aceptable para la escala total según el alfa de Cronbach (,73). Las subescalas igualmente presentaron una consistencia interna cercana a ,70, pero justa, con valores de ,71, ,70 y ,68 respectivamente para los factores Discomfort físico, Discomfort Social y Discomfort Emocional, respectivamente. La fiabilidad test-retest e inter-rater fue excelente (ICC= ,94, CI = ,90– ,97). Finalmente, en lo que respecta a la estructura factorial, sólo cinco de los 11 ítems arrojaron saturaciones factoriales superiores a ,40, por lo que pueden considerarse bajas.

Estos resultados hacían de la escala un interesante instrumento para medir la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo grave en centros residenciales, a falta de abordar el reto de validación confirmatoria propuesto por el equipo investigador.





## 5. Conclusiones del estudio teórico y objetivos finales

La calidad de vida en la investigación científica ha estado presente durante el último siglo, aunque el constructo asociado ha ido evolucionando desde una perspectiva más economicista a otra más vinculada a la experiencia general de vida, con gran peso de las percepciones subjetivas, de la persona. Hoy en día se considera un concepto multidimensional, que recoge aspectos objetivos y subjetivos y aspectos universales y culturales. La salud es, a nivel general, una de las dimensiones más mencionadas en la bibliografía como la de mayor peso en la calidad de vida, junto con la situación laboral, situación económica, entorno residencial, actividades de ocio, red social, red familiar, apoyo social, estado emocional, religiosidad y espiritualidad, valores y actitudes (Rojo Pérez et al., 2011).

Hemos comprendido que el modelo de calidad de vida subyacente para todas las personas es esencialmente el mismo, y las dimensiones que la componen tienen igualmente muchas similitudes, difiriendo básicamente en el peso que para la calidad de vida de una persona u otra tiene cada una de ellas. Es posible, eso sí, que las dimensiones se apoyen en indicadores diferentes en función del colectivo concreto cuya calidad de vida pretenda medirse. Así, no son los mismos los indicadores de calidad de la dimensión autodeterminación para una persona adulta en edad laboralmente activa, que para un menor o una persona que hace tiempo que dejó atrás la época de jubilación. Sin embargo, todas ellas comparten la dimensión desarrollo personal como elemento sustancial de su calidad de vida.

Las personas que optan por un centro residencial, voluntaria o no voluntariamente, como lugar de residencia, parten de una situación de partida poco esperanzadora en términos de calidad de vida: un grado de dependencia medio o alto, con un grado de deterioro cognitivo que puede también ser medio o alto, con una red de apoyo inexistente o que no puede hacerse cargo de las tareas de cuidado asociadas a esa dependencia, y con una situación económica que, no siendo necesariamente mala, es siempre peor que la de otras personas que en las mismas circunstancias funcionales pudieran a su mismo tiempo estar solicitando una plaza residencial.

Desde el punto de vista legislativo el nivel de protección de la calidad de vida es amplio. Si bien la calidad de vida no está recogida entre los derechos subjetivos reconocidos como tal, la aplicación del concepto en la forma de entender esos derechos es casi unánime, tanto desde el campo de la salud como de los servicios sociales. El país vasco es una región particularmente envejecida que se enfrenta a una fuerte necesidad de recursos para abordar la problemática de la dependencia. Tal vez por eso es una región particularmente prolífica en la realización de estudio, apoyo a la generación de modelos de atención y, como en el caso que nos ocupa, financiación del desarrollo de escalas de medición de la calidad de vida. Normativamente podría considerarse una de las avanzadas del territorio, con prácticamente todas las administraciones públicas con competencias en el territorio conscientes de la necesidad de abordar el reto de la calidad de vida desde un punto de vista estratégico, para la cual señalan medidas e indicadores concretos. La ronda de contactos con los agentes responsables de la puesta en práctica de esta normativa y planes evidencia una preocupación e interés real por el cumplimiento de los mismos, incluso en la parte tan compleja de medición de los resultados de la actividad en un entorno con objetivos tan difícil de convertir en tangible como la atención a la dependencia. Con un modelo de atención ampliamente interiorizado, aunque aún con retos en su implementación (el modelo de atención centrado en la persona), se hace necesario un modelo de gestión que facilite no sólo esto último, sino una gestión capaz de medir el impacto de esos modelos de la calidad de vida de las personas, en este caso, en los centros residenciales.

En concreto en el ámbito de la medición de la calidad de vida de personas mayores con dependencia, se han identificado 19 herramientas, cuyo análisis más detallado arroja el interés de dos herramientas, la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) de calidad de vida de personas mayores con discapacidad y personas adultas con discapacidad grave, y la escala QUALID (Weiner et al., 2000) de calidad de vida de personas con demencia grave institucionalizadas, que tienen hoy en día un nivel de desarrollo, validación científica y aceptación en nuestro entorno geográfico suficiente como para, con un esfuerzo añadido, dar el paso hacia una primera aproximación a un conjunto de instrumentos validados en nuestro contexto para medir la calidad de vida de las personas mayores que viven en centros residenciales. El resumen de las escalas analizadas y las causas de su descarte podemos encontrarlo en la Tabla 34. Aportar más evidencias de validez de la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) en mayor muestra para los colectivos originales, despejar las dudas de su validez para personas con deterioro cognitivo, aportar evidencias de validez para contexto residencial, desarrollar una versión

adaptada que la haga más reducida y por tanto práctica y más ajustada al contexto residencial que la haga más aplicable en el complejo día a día de los centros residenciales, validar confirmatoriamente esta versión reducida y validar confirmatoriamente la escala QUALID (Weiner et al, 2000) para personas mayores con deterioro cognitivo grave en centros residenciales son las líneas de trabajo que el estudio empírico aborda a continuación.

Hemos identificado en la bibliografía discusión sin resolver en cuanto a factores que influyen en la calidad de vida de las personas mayores, incluida la diferenciación que la bibliografía hace respecto de las personas mayores con y sin deterioro cognitivo en cuanto a su calidad de vida.

Así, la edad parece ser un factor determinante que muestra diferencias entre las personas mayores y muy mayores no sólo en la calidad de vida en general, sino sobre algunas de sus dimensiones en particular. Algo similar ocurre con el género y la calidad de vida y sus dimensiones, particularmente el desarrollo personal, bienestar físico, bienestar emocional y autodeterminación. La combinación de ambos factores, edad y género, también genera discusión, en la medida en que algunos autores afirman que la calidad de vida no se ve afectada por igual para un mismo género a medida que va avanzando la edad, mientras que otros afirman lo contrario. También el nivel de dependencia es un factor discutido desde su posible influencia sobre la calidad de vida y sus dimensiones, particularmente el bienestar emocional, así como la ubicación, urbana o no urbana, del centro residencial, cuyo efecto sobre la inclusión social está en discusión. También el comportamiento de las dimensiones relaciones interpersonales, derechos y autodeterminación presenta amplias discusiones a las que trataremos de hacer aportaciones, así como a la discusión general del efecto del centro residencial a las diferencias existentes fuera del centro residencial. En el caso exclusivo de las personas con deterioro cognitivo, las cuestiones planteadas van en la línea de la posible correlación entre el género y el grado de dependencia, la edad y la calidad de vida global y ésta y el grado de deterioro cognitivo.

Si las diferencias de la población general se diluyen o no en el centro residencial, o si aparecen otras nuevas, será el último de los objetos de estudio del trabajo empírico.

Tabla 34 Características principales de las escalas de calidad de vida estudiadas y motivo, en su caso, de su descarte

ESCALA	POBLACIÓN	ÍTEM	VE	CAUSA DEL DESCARTE
WHOQoL100	Población general	100	SÍ	Número de ítems y población destinataria
WHOQoL-Brief	Población general	26	SÍ	Población destinataria
WHOQoL-Old	Personas mayores de 50 años	24+26/100	SÍ	Número de ítems y población destinataria
WHOQoL-Age	Personas mayores de 65 años	13+26/100	SÍ	Número de ítems y población destinataria
WHOQoL-Dis	Personas con discapacidad físico o intelectual	12+26/100	SÍ	Número de ítems y población destinataria
Casp-19	Personas mayores en edad temprana (entre 65 y 75 años)	19	NO	Propiedades pobres en validación en centros residenciales
OPQOL	Personas mayores en domicilio familiar	32-35	NO	Población destinataria
OPQOL-Brief	Personas mayores en domicilio familiar	13	NO	Población destinataria
CUBRECAVI	Personas mayores de 65 años	18	SÍ	Población destinataria
ECV	Personas con discapacidad mayores de 45 años	47	SÍ	Población destinataria
GENCAT	Personas usuarias de servicios sociales	69	SÍ	Población destinataria
COMQOL-A5	Personas adultas de la población general	35	NO	Población destinataria
CECAVIR	Personas mayores que viven en centros residenciales	48	SÍ*	Resultados de validación inicial pobres
SyCV-FSAR	Personas mayores que viven en centros residenciales	18	SÍ	Mide únicamente calidad de vida subjetiva y lo relaciona con la calidad de atención
QOLScale	Personas mayores que viven en centros residenciales	42	NO	Resultados de validación inicial pobres
SEIQOL	Población general sin deterioro cognitivo	-	-	Complejidad, población destinataria
DCM	Personas con cualquier grado de demencia en centros residenciales	Variable	SÍ	Complejidad de la aplicación
FUMAT	Personas mayores y personas adultas con discapacidad usuarias de servicios sociales	57	SÍ	-
QUALID	Personas mayores con demencia que viven en centros residenciales	11	SÍ	-

Fuente: Elaboración propia

Nota: VE: Validación Española; +26/100: El número de ítems de la escala ha de añadirse a los de los módulos genéricos, la WHOQoL-100 o WHOQoL-Brief; -: No se dispone de la información.

## **Capítulo 3: Método**



Los objetivos investigadores del estudio siguieron procesos que comparten las fases cualitativas, que suponían un trabajo de campo, y en general, la intervención de profesionales ajenos al equipo investigador. La validación de la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) en una muestra mayor, la confirmación o no de su validez para el colectivo de personas con deterioro cognitivo y para el entorno residencial, la selección de ítems con evidencia de validez de contenido para su incorporación a la escala FUMAT ADAPTADA y la aplicación de todas las escalas compartieron las fases de entrevistas, grupo focales y sesiones de toma de datos, y por tanto se presentarán de manera conjunta. Igualmente, la obtención previa de evidencias de interés del estudio global a través de entrevistas con agentes del ecosistema de atención a las personas mayores con dependencia, tanto administración pública como entidades públicas y privadas gestoras de centros residenciales, fue también un proceso compartido previo al abordaje de los objetivos. Los análisis cuantitativos de los datos referidos a cada una de las escalas, así como el análisis de los resultados (aproximación a la medida de la calidad de vida de la población y aportaciones a la discusión en torno a los factores determinantes de la calidad de vida de las personas mayores en centros residenciales), fueron procesos diferenciados que se presentarán asimismo de manera diferenciada. Así, la primera fase abordó cuestiones relativas a los objetivos del estudio y su interés entre los agentes del ecosistema, y las fases 2 a 5 describen el trabajo de campo que abordó la parte cualitativa. Las fases 6 a 8 abordan los análisis cuantitativos realizados en gabinete, mientras que la fase 9 es un análisis de los resultados cuantitativos realizados con los centros para alimentar la discusión. Se presentan en la Tabla 35, de manera resumida, las fases del estudio empírico.

Tabla 35: Identificación y descripción de las fases del estudio empírico

FASE	OBJETIVO INVESTIGADOR	CONTENIDO DE LA FASE	NÚMERO DE REUNIONES
1	Validación previa del interés de la investigación en el sector	Entrevistas con agentes del ecosistema	11, una por agente*
2	Diseño del muestreo	Tanto del interés e idoneidad de participación en el estudio Invitación final a centros seleccionados y configuración inicial del equipo Implicación del equipo y selección final de profesionales	1 por centro 1 por centro 1 por centro
3	Evidencias de validez del contenido de los ítems de las escalas.	Grupos focales de profesionales: Formación en la escala y aplicación piloto de escalas Discusión de la adecuación de los ítems para las escalas.	1 por centro 1 por centro
4	Obtención de datos mediante la aplicación de las escalas	Aplicación de las escalas FUMAT (Verdugo et al., 2009) y QUALID (Weiner et al., 2000) Revisión de datos con los equipos informadores	Entre 2 y 5 por centro 1 sesión por centro
5	Construcción de la escala FUMAT ADAPTADA		Trabajo de gabinete
6	Obtención de evidencias fiabilidad y validez de la estructura de la escala FUMAT ADAPTADA	Validación de la escala adaptada aplicando técnicas de AFC.	Trabajo de gabinete
7	Obtención de evidencias fiabilidad y validez de la estructura de la escala QUALID (Weiner et al., 2000)	Validación confirmatoria QUALID	Trabajo de gabinete
8	Resultados de la aproximación de la calidad de vida en centros residenciales	Obtención de resultados cuantitativos FUMAT (Verdugo et al., 2009) y QUALID (Weiner et al., 2000) Presentación final de los resultados	Trabajo de gabinete 1 sesión por centro

Fuente. Elaboración propia.

Nota. La fase 1 se realizó con 11 agentes, entre los que se encuentran los centros residenciales finalmente seleccionados. La descripción de los encuentros con éstos se menciona en la fase 2.

Se presenta a continuación el detalle de las fases.



## 6. Método de las fases comunes a todos los objetivos: estudio cualitativo

### **FASE 1: Validación previa del interés de la investigación en el sector.**

La fase 1 consistió en identificar el sentir de los agentes clave del sector de cara a obtener no sólo una información que aportó información clave para las siguientes fases del proceso, sino para evaluar el interés en el objetivo último de medición de calidad de vida de las personas mayores con dependencia, fuera cual fuera finalmente la escala y herramientas utilizadas. Con esta intención, se mantuvieron entrevistas tanto con administraciones públicas como con entidades gestoras, tanto públicas como privadas, prestadoras de servicios de atención a personas mayores con dependencia, no sólo de centros residenciales sino de otras modalidades de servicio como la asistencia personal, los cuidados en el entorno y el servicio de ayuda a domicilio, prestaciones todas análogas en sus objetivos y muy relacionadas entre sí. Fueron entrevistados responsables de administraciones locales, forales y regionales y entidades gestoras de servicios de competencia municipal, foral y privada. En concreto se contactaron 8 centros residenciales para personas mayores, un organismo autónomo de una Diputación Foral de Guipúzcoa responsable de la gestión de 16 residencias, el Departamento de Planificación y Gestión de recursos y el Departamento de Inspección del área de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Guipúzcoa, el Centro de Estudios SIIS, vinculado a la Diputación Foral de Guipúzcoa, el Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco y el Departamento de Servicios sociales del Ayuntamiento de San Sebastián, y el Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia, en todos los casos entre febrero de 2017 y enero de 2018. El objetivo general descrito, se concretaba en objetivos más específicos que se abordaron de la manera que se detalla en la Tabla 36.

Tabla 36: Criterios de validación del interés en la investigación por parte del sector

OBJETIVO INVESTIGADOR DE LA REUNIÓN	PREGUNTAS PLANTEADAS PARA MEDIRLO
<p>Conocer cómo definen los equipos de dirección las metas de los servicios y prestaciones de los que son responsables de administrar o gestionar, así como el nivel de consenso entre los miembros de los equipos respecto de esa meta.</p>	<p>¿Estaban los objetivos claros? ¿Eran compartidos por todos los miembros del equipo? ¿Eran precisos? ¿Usaban la misma terminología? ¿Coincidían en la definición de dicha terminología?</p>
<p>Plantear, cuando se detectaba, el debate sobre la no coincidencia de las metas mencionadas con las leyes y decretos reguladores de los servicios analizados</p>	<p>¿Si el objetivo original era la inclusión social, o la autodeterminación, o la calidad de vida de las personas, cómo es que luego no era ese el objetivo identificado en el apartado anterior? ¿De dónde viene la desviación? ¿Los objetivos políticos y la realidad en la que se mueven los programas son tan dispares?</p>
<p>Identificar los métodos empleados para la evaluación de los programas.</p>	<p>¿Evalúan realmente la meta identificada? ¿En caso de ser, por ejemplo, la calidad de vida, tienen claro lo que es, cómo se mide, y en qué nivel se mueve el resultado? Por el contrario, ¿lo que se evalúa son actividades? ¿Número y tipo de servicios? ¿Ratios de personal y económicos?</p>
<p>En caso de que trasciendan de la mera medición de la actividad, conocer el impacto creado por su actividad en sus metas.</p>	<p>Si se mide el objetivo estratégico del servicio ¿De manera cuantitativa, cualitativa, o ambas? ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de objetivos?</p>
<p>Conocer su nivel de conocimiento e interés en modelos de gestión orientados a la creación de impacto.</p>	<p>¿Conocen y/o tienen implantados modelos de gestión que persigan y midan a través de cuadros de mando la mejora de su indicador de metas?</p>
<p>Acciones que están llevando a cabo en la materia.</p>	<p>¿Ponen objetivos de gestión en base al resultado de esta medición? ¿Es algo ordinario integrado en la gestión o puntual asociado a proyectos/acciones extraordinarias?</p>
<p>Dificultades para la implantación de aquellos aspectos que les preocupan/resultan de interés.</p>	<p>¿Son criterios económicos? ¿Organizativos? ¿De voluntad? ¿De entendimiento dentro de los equipos?</p>
<p>Interés en la participación en la parte empírica del estudio</p>	<p>¿Estarían dispuestos a participar en el estudio empírico?</p>

Fuente: Elaboración propia.

## **FASE 2: Diseño del muestreo.**

La fase 1, en su apartado de reuniones con centros residenciales, se aprovechó para la generación y captación de interés por la participación como muestra en el estudio, que es lo que describimos en esta segunda fase, aunque se celebró conjuntamente con la primera. Se diferencia de la anterior en que iba acompañada de una presentación mucho más detallada de la metodología de trabajo, impactos y requerimientos de recursos, determinante de sus posibilidades reales de implicación. Para obtener mayores probabilidades de éxito del estudio se quiso fomentar la implicación de los equipos profesionales de los centros y su identificación con los objetivos de la investigación. Fue importante la implicación de todas las categorías profesionales y, particularmente, del equipo de dirección, al menos en la puesta en marcha de los proyectos. Para que la medida de la calidad de vida y la discusión sobre los factores que la determinan no quedara en una medida puntual vinculada al desarrollo de la investigación y se viese como un primer paso, se consideró necesario dedicar esfuerzos a la presentación de objetivos y debate de diversos temas relacionados con el tipo de evaluación que se hace de la actividad de los centros residenciales. De esta manera aportábamos más garantías al interés futuro en los resultados sino al rigor científico de su intervención, realizando unos debates más ricos y una aplicación de escalas más rigurosa.

Al final de las sesiones, en caso de haber captado su interés por participar en el estudio, se hacía una solicitud de información relativa a la población residente en cada centro de cara a diseñar el muestreo de las fases siguientes, que comenzó con el estudio de las características de la población total en residencias de Guipúzcoa. Aunque el objetivo investigador se centra en la población de Guipúzcoa, se quiso realizar un acercamiento a la población global del País Vasco y de la Comunidad Valenciana, región ésta donde se halla la Universidad Pública de Valencia en cuyo departamento de Ciencias del Comportamiento se ha desarrollado esta tesis. Sin peso investigador y a título meramente comparativo, se incluyen datos de estas comunidades y de la provincia de Valencia, con el objetivo de facilitar posibles extrapolaciones de los resultados de esta tesis.

### **Características sociodemográficas de la población**

Para aproximar las cifras y características sociodemográficas de la población de personas mayores que viven en centros residenciales del País Vasco más en detalle, hemos de combinar dos fuentes de información: las prestaciones reconocidas para el servicio de atención residencial por la Ley 39/2006 y el número de plazas de residencia disponibles en el estado.

Como ya hemos avanzado, el reconocimiento del grado de dependencia implica, a su vez, el reconocimiento de una serie de derechos de acceso a servicios y prestaciones previstos por la Ley 39/2006. En concreto, los derechos materializados a través del catálogo de servicios y prestaciones que prevé dicha ley, en sus artículos 15 y 16, son: Prevención de la dependencia y Promoción de la Autonomía Personal (PDyPAP), Servicio de Teleasistencia (STA), Servicio de ayuda a domicilio (SAD), Servicios de Centro de Día y de Noche (SCDyN), Servicio de Atención residencial (SAR), Prestación económica vinculada al servicio. (PEVS), Prestación económica de asistencia personal (PEAP) y Prestación económica de cuidados en el entorno familiar (PECE). La Tabla 4 muestra la distribución de personas beneficiarias de estos servicios y prestaciones para las regiones de estudio, situando en primer lugar la correspondiente al servicio de atención residencial y la prestación económica vinculada al servicio, dirigida a cubrir los gastos de una plaza privada de residencia mientras se espera la adjudicación de una plaza pública. El porcentaje de personas beneficiarias de la prestación de atención residencial oscila entre un 12,41% de media del estado y el 14,97% del País Vasco, donde el volumen de personas en lista de espera de acceso es casi nulo (1,49%), frente a las no despreciables cifras del estado (10,58%) y de la Comunidad Valenciana (16,36%). En números absolutos, el número de personas con esta prestación en el País Vasco ronda las 13.000 (12.938) y las 11800 (11797) en la Comunidad Valenciana, lo que ubica a ambas comunidades autónomas en cifras absolutas parecidas para plazas públicas (IMSERSO, 2019). Hay que añadir casi otras tantas en la Comunidad Valenciana para plazas privadas con prestación económica vinculada al servicio, duplicándose por tanto el volumen de personas en centros residenciales de la Comunidad Valenciana frente al País Vasco. Este dato, a pesar de equilibrar el porcentaje de personas con prestación para atención residencial o prestación económica vinculada al servicio respecto de la población con dependencia reconocida, sigue sin resolver la cuestión del diferente porcentaje de estas últimas respecto de la población total de cada comunidad.

Tabla 37: Porcentaje de personas beneficiarias por prestaciones.

TIPO DE PRESTACIÓN	ESPAÑA	PAÍS VASCO	COMUNIDAD VALENCIANA
SAR	12,41%	14,97%	13,51%
PEVS	10,58%	1,49%	16,36%
PDyPAP	3,91%	0,30%	0,87%
STA	17,21%	19,24%	5%
SAD	17,83%	8,02%	0,15%
SCDyN	7,00%	8,54%	8,17%
PEAP	30,51%	40,39%	55,83%
PECE	0,55%	7,06%	0,02%

Fuente: SISAAD, Situación a 31 julio 2019 (IMSERSO, 2019)

Nota: STA: Servicio de Teleasistencia, SAD: Servicio de ayuda a domicilio, SCDyN: Servicios de Centro de Día y de Noche, SAR: Servicio de Atención residencial, PEVS: Prestación económica vinculada al servicio, PEAP: Prestación económica de asistencia personal; PECE: Prestación económica de cuidados en el entorno familiar

A estas cifras habría que añadir las personas que residen en centros residenciales y que no reciben esta prestación. Sin embargo, los datos globales, desagregados por provincias y provenientes de fuentes diferentes, debido al reparto competencial de la provisión de las prestaciones, han de tomarse con cautela. No todas las provincias ofrecen datos detallados, o no los dan con el mismo detalle, o no tienen publicadas todas sus memorias. Según el EUSTAT, en términos aproximados podemos decir que el número global de personas mayores que viven en centros residenciales en el País Vasco asciende a casi 18.600 (18.532), repartiéndose cerca de 5600 en Guipúzcoa (5656), en torno a 10.000 en Vizcaya (9934) y casi 3000 en Álava (2942) (EUSTAT, 2016). Otras fuentes cifran esta cantidad, en el año 2017, en 20495 para Euskadi, absorbiendo casi el 100% de esa diferencia la provincia de Vizcaya, que tendría 11.849 plazas residenciales (Consejo Superior de Investigaciones Científicas, (CSIC), 2018). En la comunidad valenciana, esta cifra, según la misma fuente, se situó en 26.599 plazas, repartidas en 326 centros. De ellos, 185 se encuentran en la provincia de Valencia, proveyendo un total de 15.145 plazas, que asumiremos como personas que viven en centros residenciales. Así, según la misma fuente, la ratio en el País Vasco es de 21,7 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años y en la Comunidad Valenciana la ratio es de 18,8 plazas por cada cien personas mayores de 65 años, muy en línea con la provincia de Valencia, con 15.145 plazas, y una ratio de 18,5. Las ratios para las provincias vascas son 20,2 para Álava, 22,2 para Vizcaya y 21,6 para Guipúzcoa (EUSTAT, 2019)

Respecto del perfil de las personas mayores que ingresan en residencia corresponde, los datos se encuentran, en todo caso, desagregados por provincias, las competentes en materia de

gestión de las prestaciones de la Ley 39/2006. En Guipúzcoa son fundamentalmente las personas con dependencia grado 2 (39%) o 3 (47%), grave y muy grave respectivamente las que optan por la atención residencial (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2017), y sólo un 13 y un 1% de personas con grado 1 de dependencia y autónomos, respectivamente.

Respecto del tipo de dependencia en general, y del grado de deterioro cognitivo en particular, en España el 63% de las personas presenta deterioro cognitivo en el momento del ingreso en el centro residencial (Fundación Edad y Vida, 2015). No se dispone de datos sobre el porcentaje de personas que de media presenta esta característica más allá del momento del ingreso, habiendo pudiendo adquirirla posteriormente a éste.

Atendiendo al género, el 30% de las personas que viven en centros residenciales son hombres, frente al 70% de mujeres, siendo éste un dato (Diputación Foral de Guipúzcoa, 2017). Atendiendo al rango de edad se dispone únicamente de datos detallados de la provincia de Guipúzcoa, donde el 25% de la población que vive en centros residenciales tiene entre 91 y 100 años, el 49% entre 81 y 90 y el 12% entre 56 y 75 años. Sólo el 3% tiene una edad inferior a los 65 años. No se han conseguido datos oficiales del grado de deterioro cognitivo de los centros residenciales, aunque fruto de esta investigación se concluye que en Guipúzcoa en torno al 93% padece deterioro en algún grado, el 53% en grado grave. En el total de nuestra muestra, donde se añade un centro de la provincia de Álava, el 49% de la muestra presentó deterioro cognitivo grave. Por último, atendiendo al tiempo de permanencia en el centro, 3,7 años es el periodo medio de estancia en los mismos para Guipúzcoa, único dato conseguido, aunque la varianza es muy alta.

### **Características de los centros residenciales**

En cuanto a las características de los centros, se encontró información relativa al tipo de gestión y el tamaño, aunque con un detalle insuficiente para este último factor. En este sentido, cerca del 38% de las plazas del País Vasco, y del 46%, 44% y 31% en Guipúzcoa, Álava y Vizcaya respectivamente, son de gestión privada. En la Comunidad Valenciana, al igual que en la provincia de Valencia, casi un 80% son de gestión privada, principal aspecto diferenciador de las dos regiones. La bibliografía no recoge datos precisos sobre el tamaño medio de los centros, pero sí referencias a su alta varianza (EUSTAT, 2016). Únicamente pudo aproximarse que en general, el torno al 30% de los centros tienen un tamaño que asciende, en todas las

provincias, a entre 30 y 100 plazas, siendo la siguiente categoría más frecuente (entre 30 y 44%) el de centros de menos de 15 plazas. El resto se reparte entre centros de entre 15 y 30 plazas (35% en Euskadi y entre 30 y 44% en las provincias), y centros de más de 100 plazas (15% de en Euskadi y entre 8 y 17% en las provincias), tal y como se muestra en la Tabla 38. Los datos respecto del tamaño medio de los centros en la Comunidad Valenciana y la provincia de Valencia siguen una categorización diferente, tal y como se muestra en la Tabla 39. Lo que sí parece poder deducirse de los datos es que el tamaño medio de los centros en la Comunidad valenciana y valencia es mucho mayor que en las provincias vascas, siendo la proporción de centros de más de 100 plazas del 58% en la comunidad levantina, y del 15% en la comunidad del País Vasco. El número de centros menores de 25 plazas en la comunidad valenciana es casi residual (1,4%), mientras que los centros de menos de 15 plazas en el País Vasco representan el 35% del total.

Tabla 38: Distribución de los centros del País Vasco y cada una de las provincias vascas en función del tamaño de centro.

	< 15 plazas	15-29 plazas	30-100 plazas	> 100 plazas	Total centros	Total plazas
<b>País Vasco</b>	35%	19%	31%	15%	370	20.495
<b>Álava</b>	38%	25%	29%	8%	87	3.038
<b>Vizcaya</b>	30%	23%	31%	16%	213	11.849
<b>Guipúzcoa</b>	44%	7%	33%	17%	70	5.608

Fuente: EUSTAT, 2016

Tabla 39: Distribución de los centros de la Comunidad valenciana y la provincia de Valencia en función del tamaño de centro.

	< 25 plazas	25-49 plazas	50-99 plazas	>= 100 plazas	Total centros	Total Plazas
<b>Comunidad Valenciana</b>	1,4%	10,6%	30%	58%	326	26.599
<b>Valencia</b>	1,4 %	11,4%	28,7%	58,5%	185	15.145

Fuente. Informes Envejecimiento en red. Febrero 2018

Así, ante la falta de un criterio más ajustado, se estableció un tamaño medio de los centros a partir de la división del número de plazas entre el número de centros, que en el caso del País Vasco resultó de 55 plazas, y en Guipúzcoa de 80 plazas por centro.

Respecto de la ubicación de los centros, ninguna de las fuentes estudiadas arrojó información sobre el carácter urbano o no urbano de los mismos, ni respecto de las

características arquitectónicas y urbanísticas y otros factores externos que pudieran influir en el comportamiento de las dimensiones de la calidad de vida.

### **Método de muestreo**

Entre las diferentes modalidades de muestreo, y teniendo en cuenta los múltiples objetivos del estudio, se optó por el método de muestreo no probabilístico: al tamaño de muestra que se definiría, se aplicaría el muestreo por conglomerados y estratificado por afijación proporcional. Los conglomerados serían cada uno de los centros participantes en la investigación, pues se pretendía aproximar la medida de la calidad de vida en cada uno de ellos, y los estratos, cada una de las características sociodemográficas estudiadas en base a la literatura, que, en concreto, invita a considerar la edad, el género, el grado de dependencia física, grado de deterioro cognitivo, el tiempo de estancia en el centro, el nivel de estudios, la presencia, intensidad y calidad de la relación con la familia y el entorno y el estilo de vida anterior al ingreso en la residencia, la ubicación del centro, el tipo de gestión (pública/privada), el tipo e intensidad de las actividades de ocio y el modelo de atención de los centros. Aquellas variables de las que se dispusiera datos en los centros pasarían a ser los estratos finales en que segmentar la muestra. La selección de centros no fue realizada aleatoriamente, sino, atendiendo a las características de sus residentes y a la presencia en la selección de centros públicos y privados y de ubicación tanto urbana como no urbana, de manera que representaran la población global de centros en la medida en que se tuvieran datos de esta, según los datos del apartado anterior.

El tamaño de muestra vendría definido por la mayor de las muestras mínimas necesarias para los dos tipos de objetivos del estudio: la validación confirmatoria de las escalas y la aproximación a la medida de la calidad de vida través de una muestra representativa de la población total en centros residenciales. En cuanto al análisis confirmatorio, la literatura es diversa en sus recomendaciones. Algunos autores recomiendan un tamaño mínimo de 100 elementos (Hair, Anderson, Tathan y Black, 1999), idealmente 200 (Moral de la Rubia, 2006; Kline, 2011) siempre que las variables sean de escala numérica, como es el caso. Otras fuentes recomiendan un número de ítems que oscila entre al menos cinco y al menos diez elementos de muestra para cada ítems de la escala que se quiere validar (Nunnally, 1978). Por otro lado, en cuanto a la aproximación de la medida de la calidad de vida, la muestra aspiraría a un error muestral de entre el 5 y el 10% y un nivel de confianza de 95% (dado que iba a trabajarse fundamentalmente con promedios). Además, el tamaño de muestra individual de cada centro o



conglomerado debería ser suficientemente representativo del centro de origen para aproximar la medida de la calidad de vida particular de cada centro, y su suma alcanzar el tamaño de muestra mínimo necesario para representar la población de Guipúzcoa. Además, el tamaño debería estar adaptado a las características sociodemográficas de las personas a las que se dirigen las escalas a validar y a las poblaciones de los centros. En este sentido, la afijación proporcional acabaría haciéndose grado de deterioro cognitivo, atendiendo a la posible necesidad de validación de dos escalas diferentes en función de darse deterioro cognitivo grave o no. El resto de variables sociodemográficas y características de centros (género, edad, tiempo de ingreso, tipo y grado de dependencia, tipo de gestión del centro y ubicación de éste) no formaron parte de los criterios de estratificación, quedando como criterios para la validación externa de las escalas.

Para la formación de conglomerados se equipararía cada uno de los centros seleccionados con un conglomerado, siendo el número de éstos a priori determinado por el supuesto de centros residenciales de 80 plazas, como división del número de plazas residenciales entre el número de centros presentados por el estudio teórico.

Una vez fijada la población por estratos que, desde el punto de vista probabilístico, reflejen a las subpoblaciones que entendemos que existen, se eligió una muestra aleatoria simple dentro de cada uno de los estratos mediante afijación proporcional. De esta manera, el número de elementos muestrales de cada estrato sería directamente proporcional al tamaño del estrato dentro de la población.

### **FASE 3: Evidencias de validez del contenido de los ítems**

El análisis cuantitativo que se haría de los datos obtenidos más adelante debía ser apoyado con una labor previa de análisis cualitativo, que nos permitiera interpretar los datos y validarlos de una manera más completa. El equipo investigador que desarrolló la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) realizó un gran esfuerzo por recoger los ítems que tuvieran en cuenta las características del concepto según el modelo de calidad de vida de base: la multidimensionalidad, la presencia de aspectos universales vida (*etic*) y culturales (*emic*), y la presencia de factores objetivos y subjetivos. Además, el equipo realizó una gran labor sobre la observabilidad e idoneidad de los ítems para las poblaciones destinatarias de la escala original. Se trataba pues en este caso de aplicar el análisis de validez del contenido a las dos nuevas

líneas de investigación abiertas: su idoneidad y observabilidad para el ámbito residencial, por un lado, y para el colectivo de personas con deterioro cognitivo, por otro. Dado que el proceso seguido fue en todos los casos el mismo, se explicará a continuación de manera unificada. Respecto de la escala QUALID (Weiner et al., 2000), desarrollada originalmente para el colectivo de personas con deterioro cognitivo moderado o grave que viven en centros residenciales, la valoración del contenido de los ítems resultó congruente con el propósito original de los desarrolladores, y todos se mostraron válidos a opinión de los jueces.

Cada centro residencial seleccionó los miembros del equipo de profesionales que participarían en el estudio, siguiendo en la medida de lo posible las indicaciones dadas por los equipos investigadores de cada una de las escalas. Aunque ninguna de las escalas recomienda perfiles profesionales concretos, los centros consideraron interesante de cara a la motivación del personal y la complementariedad de puntos de vista la formación de equipos multidisciplinares, que contaron con entre 5 y 8 personas, en función de criterios organizativos y del tamaño de la muestra. En el caso de la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009), los informadores debían conocer hacía al menos 3 meses a la persona sobre la cual fueran a tomarse los datos y tener al menos tres años de estudios universitarios. En el caso de la escala QUALID (Weiner et al., 2000), los profesionales debían de haber podido realizar observaciones a la persona cuya calidad de vida se quería medir de manera continuada a lo largo de la última semana.

El trabajo de campo se realizó de manera espaciada en el tiempo, de forma que se terminara un proceso completo en un centro para que esta experiencia sirviera para mejorar el proceso y no arrastrara limitaciones para las siguientes mediciones. Así, el estudio del primer centro se realizó durante la segunda mitad del 2017, otros dos centros durante la primera mitad del 2018 y un último a finales de 2018

El objetivo del grupo focal fue recopilar información cualitativa sobre la idoneidad de los ítems en el contexto residencial y para personas con deterioro cognitivo. Su correcta comprensión iba a beneficiar una aplicación de la escala más consistente entre profesionales además de ayudar a identificar los ítems que presentasen dificultades para su comprensión. Sabiendo que una escala es consistente si sin formación previa los resultados son coherentes independientemente del informador, esta fase podía resultar fundamental no sólo para obtener evidencias de posibles inconsistencias sino para garantizar una toma de datos fiable. Estos

objetivos se abordaron en dos sesiones diferenciadas por centro, ocho en total, con los profesionales seleccionados en la aplicación de las escalas y los equipos de dirección en la mayoría de los casos. En la primera de las sesiones de cada centro se introdujo la escala al mismo equipo de personas informadoras que después participarían en los grupos focales y la toma de datos, con una duración aproximada de 1 hora y 30 minutos por sesión. Se discutió sobre el constructo calidad de vida, sus particularidades en el contexto residencial y sus dimensiones, así como una contextualización administrativo-legal del objetivo último de los centros residenciales, los derechos de las personas mayores, los modelos de atención y los modelos de gestión. En la segunda de las sesiones de cada centro, también de 1 hora y 30 minutos de duración, los grupos focales respondieron a preguntas relativas a la importancia, el peso y la observabilidad de los ítems en el contexto residencial y para personas con deterioro cognitivo, basadas en las cuestiones investigadoras pendientes de resolver identificadas durante el estudio teórico previo de la escala:

- 1) Se trataba de una escala de 57 ítems, y por tanto relativamente larga en su aplicación, teniendo en cuenta, además, que no era autoadministrada, sino que serían los profesionales que conocieran a la persona cuya calidad de vida se está midiendo los que aplicarían la escala en el marco de su trabajo en el centro residencial, con lo que cualquier acción orientada a reducir el tiempo de aplicación sin renunciar a la calidad del resultado podría estar bien visto.
- 2) Ciertos ítems podrían no tener tanto peso o importancia de aplicación en el entorno residencial como podrían tenerlo en el contexto general de personas adultas o mayores con discapacidad en otros entornos de residencia (domicilio particular...) para los que también fue diseñada.
- 3) Ciertos ítems podrían no ser de fácil aplicación a ciertos colectivos, particularmente las personas con deterioro cognitivo grave.
- 4) Ciertos ítems podrían verse beneficiados de una depuración desde el punto de vista de formulación, que en ocasiones resultaba poco clara o con necesidad de ser matizada para el contexto de los centros residenciales.

Así, durante la segunda sesión se pidió a los equipos responder a las siguientes cuestiones:

- 1) ¿Considera que el indicador afecta a la calidad de vida de las personas mayores en el contexto residencial?
- 2) ¿Considera que el indicador es importante?
- 3) ¿Creen que son observables en términos generales?
- 4) ¿Creen que el ítem es aplicable para una persona con deterioro cognitivo?
- 5) ¿Cree que falta algún ítem importante en las dimensiones propuestas para el contexto residencial?

La validez del contenido de los ítems para el contexto residencial se analizó desde dos perspectivas. En primero lugar, su pertinencia para el contexto residencial, dadas tanto las características organizativas del centro como las características de las personas residentes en él. En segundo lugar, ítems que podían considerarse pertinentes pero que requerían bien de una adaptación de su redacción al contexto bien una integración en otro ítem por considerarse redundante con algún otro. Fruto de este análisis se propuso la eliminación de algunos ítems, la revisión de la redacción de otros para mejorar su comprensión y la integración de unos en otros para reflejar mejor la realidad de la vida en un centro residencial, a la par que se respondía a la cuestión de la validez global de la escala para el contexto residencial y las personas con deterioro cognitivo grave. Para la eliminación de los ítems se aplicó el criterio de Lawshe (1975), que propuso un índice de validez (IVC) basado en la valoración de un grupo de expertos de cada uno de los ítems, en función del número de expertos que valoran el índice como esencial y el número total de expertos que evalúan el índice. El IVC varía entre -1 y 1, siendo las puntuaciones positivas las que indican una mejor validez de contenido, y un  $IVC = 0$  indicador de que la mitad de los jueces han evaluado el ítem como esencial. Los ítems con un IVC bajo serían eliminados. Los puntos de corte se establecen en ,29 cuando haya entre 14 y 40 expertos, ,51 cuando haya entre ocho y 14 expertos y ,99 cuando el número de expertos sea igual o inferior a siete. En esta investigación participaron 22 expertos, en el tramo por tanto de entre 14 y 40, por lo que, buscando siempre un criterio de prudencia, se aplicó la regla de la proporcionalidad y se buscaron IVCs superiores a ,34 para dar el ítem por válido de manera independiente para los criterios de pertinencia, importancia y observabilidad. Además, se definió y aplicó un nuevo criterio de prudencia, consistente en una combinación de las tres valoraciones que propusiera descartar un ítem que, aunque no fuera descartado por IVC

individual de alguna de las tres valoraciones, la combinación de éstas lo hiciera suficientemente dudoso. Así, por criterio personal del equipo investigador, el 40% del peso se otorgó a la opinión sobre si el ítem afectaba o no a la calidad de vida, otro 40% a si era importante o no y un 20% al hecho de que fuera observable. El motivo para esta forma de ponderar fue que la no observabilidad de un ítem que además fuera importante se consideraba un motivo de reflexión y estudio más profundo, planteando posibles desarrollos de herramientas/estrategias de observación del ítem antes de ser éste descartado. Si el resultado de esta ponderación daba lugar a más de un 34% de jueces opinando que el ítem presentaba un tipo de dificultad u otra, éste sería propuesto para su eliminación, lo que ocurriría o no en función de otros criterios de selección de ítems (bibliografía y correlación inter-ítem). De esta manera, se obtuvo el conjunto de ítems validados para constituir la escala FUMAT ADAPTADA cuya validez y fiabilidad se estudiaría en siguientes fases.

#### **FASE 4: Obtención de datos mediante la aplicación de las escalas.**

##### **Aplicación de las escalas**

La toma de datos mediante la aplicación de las escalas FUMAT (Verdugo et al., 2009) y QUALID (Weiner et al., 2000) se realizó en sesiones que oscilaron entre dos y cinco por centro. Esta diferencia se debió a las diferentes duraciones de las sesiones por cuestiones organizativas, número de personas participantes y tamaño de muestra de cada centro. El equipo investigador estuvo presente en todas las sesiones, salvo en la aplicación de 15 escalas del centro 3 cuyo informador tuvo que ausentarse después de la primera sesión de toma de datos por motivos personales pero que asumió y cumplió el compromiso de aplicarlas fuera de las sesiones y entregarlas al equipo investigador. Algunas de las razones por las que el equipo investigados intentó estar presente en todas las sesiones incluyeron: i) La dificultad para bloquear tiempo del día a día para la aplicación de las escalas, ii) La dificultad de entendimiento de algunos ítems, pese a la formación previa recibida, iii) La necesidad de confirmar con otros profesionales la respuesta a algunos ítems, pues entendían complicado que un único profesional pudiera tener conocimiento suficiente de todas las dimensiones e indicadores que la escala aborda, iv) El efecto motivador de compartir este tipo de actividades en equipo. Estos motivos alegados por los profesionales participantes aportaron información cualitativa global sobre la

validez de la escala. La aplicación de las escalas, tras las sesiones iniciales de formación en las mismas, tuvo una duración aproximada de entre siete y 10 minutos por elemento de muestra.

### **Revisión de datos y discusión de las respuestas a los ítems con los equipos.**

Una vez registrados los datos informáticamente en la herramienta Excell 2013, se procedió en gabinete a la revisión de los ítems perdidos o de respuesta contraintuitiva (i.e., que las personas con deterioro físico alto tuvieran una puntuación baja en el ítem relativo a sus problemas de movilidad). De esta manera se pretendía minimizar las amenazas a la validez interna el error muestral de los resultados, afectado de manera general por el sesgo de los informadores y los errores naturales en todo proceso de toma de datos. La combinación del resultado de esta revisión con la fase previa de formación en la escala y los grupos focales dio lugar a la propuesta de eliminación o reformulación de ítems que se presenta en el apartado de resultados de este estudio.

Hasta aquí el trabajo de campo común a la investigación cualitativa asociada a las escalas. A continuación, se explican las fases diferenciadas de cada uno de los objetivos.

## 7. Método de las fases específicas de cada objetivo: estudio cuantitativo

### FASE 5: Construcción de la escala FUMAT ADAPTADA

El análisis factorial confirmatorio exige un mínimo de tres ítems por cada una de las dimensiones del modelo que se pretende poner a prueba, ocho en este caso, por lo que se seleccionarían un total de 24 ítems de entre los validados para el contexto residencial para personas sin deterioro cognitivo grave. Para la selección de los ítems que pasarían a formar parte de la escala FUMAT ADAPTADA se procedió al análisis de correlaciones entre ítems de cada una de las subescalas y al análisis de la bibliografía, partiendo del conjunto de ítems validados por los jueces para su aplicación en el contexto residencial para personas sin deterioro cognitivo grave. Idealmente se buscaba una correlación mínima de ,30 entre ítem, obedeciendo a los estándares habituales utilizados en la medición de variables psicológicas, a pesar de que el análisis de la bibliografía podía marcar otra selección de ítems que se explicaría caso a caso.

### FASE 6: Obtención de evidencias de validez y fiabilidad de la escala FUMAT ADAPTADA.

Tras eliminar aquellos ítems de la escala que no mostraron adecuada validez de contenido se inició el análisis de validez de la estructura interna o dimensionalidad de la escala mediante el análisis factorial confirmatorio. Muchos procedimientos estadísticos suponen que los datos siguen algún tipo de modelo matemático que se define mediante una ecuación, en la que se desconoce alguno de sus parámetros, siendo éstos calculados o estimados basado en la información obtenida en un estudio bien diseñado para tal fin. Uno de los métodos más extendidos para estimar los coeficientes de un modelo de regresión es el método de estimación de máxima verosimilitud. Se aplicaron con correcciones robustas para los errores estándar y los índices de ajuste, tal como recomienda la literatura (Finney y DiStefano, 2006).

Así, a continuación, se estudió la estructura factorial de la escala, para lo que, se realizó un análisis multivariante, adecuado como herramienta estadística cuando queremos estudiar el comportamiento de tres o más variables simultáneamente y cuando se quiere identificar las variables menos representativas y eliminarlas para simplificar los modelos estadísticos cuando el número de variables representa un problema. Entre los puntos fuertes de los MEE se encuentra la habilidad de construir variables latentes: variables que no son medidas directamente, pero son estimadas en el modelo basado en varias variables que covarían entre sí, permitiendo estudiar la fiabilidad y su validez. Combina el análisis factorial (AF) con la regresión lineal (RL). El AFC es un procedimiento que permite investigar las relaciones entre conjuntos de variables observables y latentes, recomendado cuando contamos con conocimientos teóricos y/o empíricos sobre las relaciones entre las variables. El método de estimación utilizado fue *weighted least square mean and variance adjusted* (WLSMV), el indicado para datos ordinales o no normales, como los que se tratan en este estudio.

Específicamente, se probaron tres estructuras o modelos de ecuaciones estructurales mediante análisis factoriales confirmatorios (AFC):

- 1) Modelo 1 o modelo unifactorial. Este modelo se basaba en una estructura de un único factor, calidad de vida, que explicaba los ítems anteriormente escogidos.
- 2) Modelo 2 o modelo multidimensional. Este modelo se basaba en la propuesta original de los autores, incluyendo ocho factores que representaban las ocho dimensiones de la calidad de vida incluidas en la Escala FUMAT: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Estos ocho factores explicaban los ítems seleccionados en el apartado del estudio de la validez de contenido. Los factores se hipotetizaron correlacionados entre sí.
- 3) Modelo 3 o modelo de segundo orden. Este último modelo era una combinación de las dos aproximaciones anteriores, incluyendo ocho factores de primer orden correspondientes a las ocho dimensiones de la calidad de vida propuestas en la Escala FUMAT (Verdugo et al., 2009): bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Estos ocho factores explicaban los ítems seleccionados en el apartado del estudio de la validez de contenido. Además, se especificó un factor de



segundo orden, calidad de vida, que a su vez explicaba los ocho factores de primer orden.

Para evaluar la adecuación o plausibilidad del AFC se utilizaron diversos criterios, tal y como recomienda la literatura. En primer lugar, se calculó el estadístico chi-cuadrado ( $\chi^2$ ), el índice de ajuste original de los modelos de ecuaciones estructurales. Este estadístico evalúa la discrepancia entre las matrices de varianzas y de covarianzas de la muestra y las del modelo estimado. Cuando resulta estadísticamente no significativo indica la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre la matriz de los datos y la del modelo.

También se empleó el índice de ajuste comparativo (*Comparative Fit Index*, CFI). Se trata de un índice de ajuste incremental que evalúa la medida en que el modelo evaluado es superior al modelo nulo. Puede tomar valores entre 0 y 1, indicando un ajuste bueno cuando es mayor que 0,97 y aceptable con valores superiores a 0,90. Adicionalmente se empleó el índice Tucker-Lewis (*Tucker-Lewis Index*, TLI), también un índice incremental, que, como el CFI, indica mejor ajuste del modelo cuanto mayor es su valor. Aunque no necesariamente oscila entre 0 y 1, los puntos de corte son similares a los del CFI. Adicionalmente se calculó la raíz cuadrática del error de aproximación (*Root Mean Square Error of Approximation*, RMSEA), un índice de diferencias entre la matriz de covarianzas observadas y la matriz de covarianzas hipotetizada en el modelo, por grados de libertad. Un RMSEA menor de ,05 indica convergencia entre el modelo y los datos analizados, mientras que valores de entre ,05 y ,08 indicarían un ajuste próximo a óptimo.

A continuación, se calculó la media de la raíz del residuo cuadrático estandarizado (*Standardized Root Mean Square Residual*, SRMR). El SRMR es una medida de ajuste absoluto y se define como la diferencia estandarizada entre las correlaciones observadas y las predichas en el modelo. Un valor de 0 indica ajuste perfecto, y valores menores de ,08 son generalmente considerados un buen ajuste (Hu y Bentler, 1999).

Adicionalmente, en todos los casos se evaluó el ajuste analítico, interpretando como ítems adecuados aquellos cuyas saturaciones factoriales igualasen o superasen el ,30.

Una vez seleccionado el modelo de mejor ajuste y, por tanto, mejor representación de los datos, se estudió la fiabilidad de la versión reducida de la escala. Para ello se calcularon estadísticos descriptivos para los ítems de la versión corta de la escala (medias y desviaciones

típicas), la homogeneidad de los ítems, la fiabilidad de estos (alfa de Cronbach si se elimina el elemento) y el alfa de Cronbach para el total de las dimensiones incluidas en cada escala. El alfa es el índice de fiabilidad más ampliamente utilizado y conocido por la comunidad científica para evaluar la fiabilidad de escalas, con valores de ,70 a ,79 considerados moderados y de ,80 o superiores interpretados como alta fiabilidad (Cicchetti, 1994; Clark y Watson, 1995). Otras estimaciones de fiabilidad calculadas incluyeron el índice compuesto de fiabilidad (*Composite Reliability Index*, CRI), para paliar la asunción de ítems tau-equivalentes implícita cuando se estima la fiabilidad con el alfa de Cronbach, estimando un valor adecuado para resultados mayores de ,70 (Bagozzi y Burnkrant ,1985), sin ser demasiado cercano a 1, pues sería indicativo de que los ítems son demasiado parecidos.

Finalmente, se obtuvo evidencia de validez externa basada en el estudio de la relación de las dimensiones de la escala FUMAT ADAPTADA y las variables sociodemográficas. En el caso de variables cuantitativas (i.e., la edad de los participantes), la relación se estudió mediante correlaciones de Pearson. En el caso de variables cualitativas o categóricas (i.e., sexo, tipo de residencia, etc.) la relación se estudió mediante análisis de varianza multivariados (MANOVA). El MANOVA evalúa las diferencias en el centroide (vector) de medias de las múltiples variables dependientes (dimensiones de la calidad de vida), para las diversas categorías de las variables independientes (mujeres vs. Hombres, zona rural vs. Urbana, etc.). De entre los criterios multivariados para evaluar los efectos, se escoge el criterio de Pillai, el más robusto frente a los incumplimientos de los supuestos (Tabachnick y Fidell, 2007). El segundo paso del MANOVA, si la prueba F muestra que el centroide (vector) de medias de las variables dependientes no es el mismo para todos los grupos formados por las categorías de las variables independientes, es realizar pruebas post-hoc, en este caso de Bonferroni, para las diferencias entre grupos, de forma que se determine qué grupos son los que difieren significativamente en medias de los t niveles de un factor. Se observó el valor respecto del umbral BSD (*Bonferroni significant difference*) por encima del cual, la diferencia entre las dos medias sería significativa y por debajo del cual esa diferencia no lo sería estadísticamente significativa. Los tamaños del efecto también se estimaron mediante  $\eta^2$ , tomándose ,02, ,13 y ,26 como puntos de corte para pequeños, medios y grandes efectos, respectivamente (Cohen, 1992).

Los modelos de ecuaciones estructurales se estimaron con el software MPLUS I (Muthén y Muthén, 1998-2012).

### **FASE 7: Obtención de evidencias de validez y fiabilidad de la escala QUALID.**

Se sometieron a pruebas de ajuste cuatro modelos de estructura factorial, los tres primeros planteados inicialmente y un cuarto planteado como resultado del segundo de ellos. Los mismos indicadores de ajuste observados fueron los mismos que en las escalas anteriores (X<sup>2</sup>, CFI, TLI, RSMEA Y SRMR):

- 1) Modelo 1 o modelo unifactorial. Este modelo se basaba en una estructura de un único factor, calidad de vida, que explicaba los 11 ítems de la escala, basada en la propuesta original de los autores.
- 2) Modelo 2 o modelo multidimensional de 3 factores. Este modelo se basaba en la propuesta del equipo investigador que validó la escala en el contexto español, cuya estructura factorial se apoyaba en 3 dimensiones de la calidad de vida: síntomas físicos de discomfort (DF), síntomas emocionales de discomfort en la interacción social (DIS) y síntomas de afecto negativo (AN). Estos tres factores, que se hipotetizaron correlacionados entre sí, explicarían los 11 ítem.
- 3) Modelo 3 o modelo de segundo orden. Este último modelo nacía de la combinación de las dos aproximaciones anteriores, incluyendo tres factores de primer orden que explicaban los ítems y un factor de segundo orden, calidad de vida, que a su vez explicaba los tres factores de primer orden.
- 4) Modelo 4 o modelo de dos factores: Este cuarto modelo unificaba los factores síntomas físicos de discomfort (DF) y síntomas afectivos de discomfort (AN), dada la elevada correlación aparecida entre ambos factores en la prueba de ajuste del modelo dos. Así, surgía de ellos un único factor que pasó a denominarse síntomas físicos y afectivos de discomfort (DFyA). La segunda dimensión, discomfort en las interacciones sociales (DIS), quedó con la misma composición que ya conocimos en el modelo 2. Estos dos nuevos factores, DFyA y DIS, explicarían los 11 ítems de la escala.

## **FASE 8: Aproximación a la medida de la calidad de vida en centros residenciales**

Una vez obtenidos los resultados relativos a la validez y la fiabilidad de las escalas, se discutió los resultados de la aproximación a la medida de la calidad de vida de los centros residenciales en función de variables externas, como el género, el grado de dependencia física, el grado de deterioro cognitivo, el tiempo de ingreso o la edad, apoyando unas u otras líneas de pensamiento presentes en la literatura. Esta discusión, además de fruto del análisis de los datos, se alimentó con cuatro reuniones de presentación de resultados, una con cada uno de los centros residenciales, en las que se incluía la visión de los profesionales sobre las posibles correlaciones y causalidades.

Esta fase tiene dos apartados: por un lado, la aproximación a la medida de la calidad de vida de las personas mayores residentes en los centros, presentada en la fase 8 como última parte de trabajo conjunto con éstos. Por otro lado, la discusión en torno a los objetivos investigadores originales del estudio: la estructura factorial de las escalas, el peso de las dimensiones, el análisis de las correlaciones entre dimensiones y las correlaciones y posibles causalidades entre dimensiones y factores externos, que se presenta directamente en el capítulo de discusión. Tanto la presentación de resultados de la fase 8 como la discusión se llevó a cabo diferenciado personas con y sin deterioro cognitivo grave, pues resultados provenientes de diferentes escalas.

## **Capítulo 4: Resultados**



## 8. Resultados de las fases comunes a la validación de las escalas.

Al igual que en el apartado anterior, explicativo del método seguido para el estudio empírico, este apartado recoge los resultados de las fases comunes de manera conjunta. En el apartado 0 se presentan los resultados de las fases específicas de objetivo investigador.

### **FASE 1: Resultados de la validación previa del estudio global en el sector.**

El resultado de las entrevistas desveló un interés generalizado por la necesidad de medir, tanto para conocer como para mejorar, el nivel de cumplimiento de los objetivos respectivos de cada organización entrevistada, el fin último declarado en sus misiones, si bien el nivel de optimismo e intención de abordaje de la propuesta fue diverso. En general, tal y como refleja la Tabla 40, no conocen, y quieren conocer, el nivel de bienestar y de calidad de vida de los destinatarios de sus servicios y prestaciones, y manifiestan una cierta insatisfacción con la forma de medir la calidad de la asistencia, más allá de la calidad de vida y de calidad de los servicios que ofrecen. La tabla presenta de manera resumida las conclusiones en función del tipo de entidad: administraciones públicas por un lado y entidades prestatarias de servicios de atención a la dependencia por otro. Aunque los resultados pudieran variar ligeramente entre agentes de una misma categoría, las conclusiones generales pudieron compartirse.

Tabla 40: Resumen de las entrevistas mantenidas con entidades de la cadena de valor de la prestación de servicios de cuidado.

ÁREA	ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	ENTIDAD PRESTATARIA DE SERVICIOS
Conocimiento preciso del objetivo estratégico del servicio/prestación y nivel de consenso de su comprensión.	<p>En general el conocimiento es alto pero se es escéptico respecto de que las medidas planteadas en la realidad vayan orientadas a cumplir esa meta.</p> <p>Las numerosas restricciones, tanto económicas como de la propia legislación, sobre las que hay un gran conocimiento en general, así como las limitaciones de la forma de contratación de los servicios, influyen negativamente en las opciones de trabajar por los objetivos estratégicos, y el día a día y el cumplimiento de criterios básicamente económicos y de calidad de atención consumen la gran mayoría de los esfuerzos.</p>	<p>En general el conocimiento de la misión es bajo y está muy condicionado por el tipo de tarea concreta que desempeña la persona que responde. Cuanto más arriba en la cadena de mando, más cerca se está en general del conocimiento concreto del objetivo estratégico de la entidad, pero incluso a esos niveles la ambigüedad es alta. No se diferencia entre bienestar, calidad de vida, derechos o autonomía personal. Aunque en el discurso se habla de que son servicios dirigidos a las personas beneficiarias de los servicios (i.e. personas viven en los centros residenciales), la realidad de la gestión demuestra que a menudo se priorizan otros intereses, como aquellos de familiares o profesionales, predominando un modelo de gestión basada en procesos y necesidades de la organización y no en los intereses de la persona.</p>
Conocimiento del impacto creado por su actividad en sus objetivos, resultados de la actividad.	<p>El conocimiento basado en datos resulta en general bajo aunque el conocimiento basado en la experiencia es alto, y son conscientes en general el bajo nivel de impacto en los objetivos estratégicos.</p>	<p>Tienen la vista puesta en los servicios contratados, no en el impacto de estos en las metas que dieron lugar a su contratación. En ese sentido, en general se tiene una percepción equivocada del impacto en las metas, y se confunde con la calidad del servicio contratado.</p>
Conocimiento e interés en modelos de gestión orientados a la creación de impacto en los objetivos cuando éstos son intangibles.	<p>El conocimiento específico es bajo y el interés es alto, aunque se es escéptico.</p> <p>La tendencia actual a la gestión basada en creación de impacto es conocida y compartida, aunque la particularización de los modelos de gestión a sus servicios particulares no se conoce o no existe.</p>	<p>El conocimiento es bajo y el interés es alto, y en general se está dispuesto a hacer un esfuerzo por introducir pequeñas mejoras en la gestión orientada a la medición de impactos.</p>
Acciones que están llevando a cabo en la materia.	<p>La inclusión en los planes estratégicos y de acción de líneas estratégicas y planes de acción orientados a la creación de sistemas de evaluación y modelos de gestión orientados a la creación y medición del impacto, sin llegar a especificar indicadores de objetivos concretos que quieran alcanzarse más allá de la puesta en marcha del propio sistema de evaluación.</p>	<p>Una minoría está llevando a cabo trabajos a favor de la implantación de modelos de atención centrados en la persona que conllevan la implantación de nuevos indicadores de gestión que podrían suponer los primeros pasos hacia un nuevo modelo de gestión. La mayoría, no había dado ningún paso hasta el momento en que se mantuvo la entrevista ni tenía previsto darlos hasta entonces.</p>
5) Dificultades para la implantación de aquellos aspectos que les	<p>La creencia en la capacidad de cambio es baja, por limitaciones presupuestarias, limitaciones de forma de trabajar intrínsecas de la administración y dificultades a la hora de medir el impacto de manera justa,</p>	<p>La falta de recursos humanos, muy ajustada por las ratios exigidas por la administración.</p> <p>La falta de recursos económicos.</p> <p>El complicado día a día de este tipo de servicios, entre otros, debido al perfil de población que</p>



ÁREA	ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	ENTIDAD PRESTATARIA DE SERVICIOS
preocupan/res ultan de interés.	debido a que los objetivos son compartidos entre diferentes administraciones o dependen de factores que se escapan al alcance de la entidad. Alegan también falta de personal, falta de formación y cierto desánimo respecto de que cualquier esfuerzo que pueda realmente provocar cualquier cambio a medio plazo.	atienden y en parte debido al gran número de normativas y criterios a cumplir. La dificultad de limitar responsabilidades y analizar impactos provocados por cada uno de los agentes de la cadena, incluidas otras administraciones (servicios sociales, empleo, sanidad...) Intangibilidad, subjetividad y complejidad de los conceptos a medir. La falta de conciencia de que en realidad no se esté trabajando para el cumplimiento de esos objetivos (creen que sí lo hacen, en general, porque se desconoce el verdadero significado de los objetivos reales). La no exigencia por parte de la administración pública de su cumplimiento. El desconocimiento de las herramientas existentes.
6) Interés en la participación en la parte empírica del estudio.	Medio-bajo (alegando que es un proyecto de implicaciones importantes que quiere abordarse de manera conjunta y más formal)	Alto. La gran mayoría de las entidades consultadas aceptaron participar en el estudio.

Fuente: Elaboración propia.

## FASE 2: Resultados del diseño de muestro y selección final de la muestra.

El tamaño de muestra preliminar planteado fue el marcado por el criterio de Moral de la Rubia (2006), de 200 elementos para la validación confirmatoria de una escala. Tomando como referencia las entrevistas mantenidas durante fase 1 y el estudio teórico realizado, se tomó un tamaño medio aproximado de 80 plazas por centro, por lo que serían necesarios entre 3 y 4 centros para abordar los objetivos del estudio, siempre que el porcentaje de población con y sin deterioro cognitivo grave se ajustase a los requerimientos del estudio. La selección concreta de los centros definiría posteriormente si la suma de las muestras individuales necesarias para la aproximación de la calidad de vida individual de cada centro superaba o no este tamaño muestral de partida. Se seleccionaron a priori cuatro centros, tres en Guipúzcoa y uno en Álava, que pese a no pertenecer a la provincia de Guipúzcoa, socio-demográficamente resultaba válida y compartía con dos centro de Guipúzcoa la misma empresa gestora. En cuanto a la ubicación urbana o no urbana de los centros residenciales, el resultado se muestra en la Tabla 41. A efectos investigadores se entiende como no urbana una ubicación alejada de zonas urbanas, con poca o nula actividad comercial/social, pero no necesariamente de ubicación en medio rural. La

población disponible entre los cuatro centros fue de 511 personas. Respecto del grado de deterioro cognitivo de las muestras, tal y como se muestra en la Tabla 41, el 49% de la población total de los centros presentaba un deterioro cognitivo grave, sin especificidad del tipo (demencia u otros), existiendo poca varianza entre centros, salvo para el caso del cuarto centro, el ubicado en la provincia de Álava, donde sólo el 34% de la muestra seleccionada presentaba esta características.

Tabla 41: Características principales y tamaño de la muestra de centros seleccionados para el análisis.

	CENTRO 1	CENTRO 2	CENTRO 3	CENTRO 4	TOTAL CENTROS
Nombre	Sagrado corazón	Caser Betharran	Caser Anaka	Caser Alto del Prado	
Población	Rentería (Guipúzcoa)	Irún (Guipúzcoa)	Irún (Guipúzcoa)	Vitoria (Álava)	
Titularidad	Municipal	Privada	Privada	Privada	
Ubicación	Urbana	Semi urbana	Urbana	Semi urbana	
Plazas	138	124	149	100	511
Con DCG	73 (53%)	62 (50%)	81 (54%)	34 (34%)	250 (49%)
Sin DCG	65 (47%)	62 (50%)	68 (46%)	66 (66%)	261 (51%)

Fuente: Elaboración propia.

Nota: DCG=Deterioro Cognitivo Grave

Así, se dispuso de la información necesaria para determinar el tamaño y características de la muestra final. Por un lado, tal y como muestra la Tabla 42, la validación confirmatoria de las escalas marca un mínimo de 200 elementos. Por otro lado, en cuanto a la aproximación de la medida de la calidad de vida, aspirando a un error muestral de entre el 5 y el 10% y un nivel de confianza de 95% (dado que iba a trabajarse fundamentalmente con promedios), la muestra necesaria debería comprender entre 95 y 360 para Guipúzcoa. Aunque, como ya se ha comentado, no fue objeto de esta investigación poder generalizar los resultados al País Vasco y a la Comunidad Valenciana, los tamaños de muestra necesarios permitirían sacar cierto grado de conclusiones en caso de que las características sociodemográficas y factores externos fueran también similares a los de la muestra de este estudio (entre 96 y 378 para el País Vasco, casi idéntica a la Comunidad Valenciana, entre 96 y 379 elementos). El tamaño de muestra individual de cada centro o conglomerado debería ser además suficientemente representativo del centro de origen para aproximar la medida de la calidad de vida de cada centro, y su suma alcanzar el tamaño de muestra mínimo necesario para representar la población de Guipúzcoa.

Tabla 42: Tamaño de muestra mínimo y máximo marcado por los diferentes criterios.

	Mínimo	Máximo	%CDCG
Validación confirmatoria escalas	200		49%
Aproximación medida CV Guipúzcoa (conjunta)	95(**)	378(*)	49%
Aproximación medida CV centro 1	57	102	53%
Aproximación medida CV centro 2	55	94	50%
Aproximación medida CV centro 3	59	108	34%
Aproximación medida CV centro 4	50	80	49%
Aproximación medida CV Guipúzcoa (suma individuales)	221(**)	384(*)	49%

Fuente. Elaboración propia.

Nota: \* Error Muestral 5% y Nivel de confianza 95%; \*\* Error muestral 10% y Nivel de confianza 95%; CDCG: Con Deterioro Cognitivo Grave.

Con la validación confirmatoria como objetivo principal, se tomó como referencia los 200 elementos de muestra de partida para cada colectivo de estudio, límite que entre los cuatro centros se cumplía. Como se verá, la muestra final válida se compuso de 351 personas, tal y como se muestra en la Tabla 43, proviniendo 55 del primer centro o conglomerado, 92 del segundo y 111 y 93 tercero y cuarto respectivamente. El 45,6% presentaba deterioro cognitivo grave, 160 personas en total. No se pudo acceder a la muestra con deterioro cognitivo grave del centro 1, debido al cambio de gestión que se produjo en el desarrollo del proyecto, antes de la aplicación de la escala para personas con esta condición. Para los otros centros, la distribución de este colectivo de personas presentó algunas desviaciones respecto de su población individual total, particularmente en los centros o conglomerados 2 y 3 (70% la presentaron en la muestra del conglomerado 2 frente al 50% de su población y 66% en el conglomerado 3 frente al 55% de su población). En cualquier caso, los tamaños de muestra necesaria para cada uno de los centros analizada para cada estrato (con y sin deterioro cognitivo grave), fue suficiente salvo en el caso de centro 2. Siendo esto así, la medida de la calidad de vida podría aproximarse para Guipúzcoa y para cada uno de los centros de manera individual, salvo en el caso del centro 2.

Tabla 43: Características de las muestras en función de nivel de confianza y error muestral esperados

	CENTRO 1	CENTRO 2	CENTRO 3	CENTRO 4	TOTAL
Muestra final	55 (16%)	92 (26%)	111 (32%)	93 (26%)	351
Muestra sin DCG	55 (28,8%)	30 (15,7%)	55 (28,8%)	51 (26,7%)	191 (54,4%)
Muestra con DCG	0 (0%)	62 (38,8%)	56 (35%)	42 (26,2%)	160 (45,6%)
EM final	3%	9%	7%	4%	2%
NC muestra final	95%	95%	95%	95%	95%

Fuente: Elaboración propia.

Nota: EM: Error Muestral; NC: Nivel de Confianza; DCG: Deterioro Cognitivo Grave

Estos tamaños muestrales garantizarían un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 2% aproximadamente respecto de la población total de los centros, error muestral del 5% respecto de las personas que viven en centros residenciales de Guipúzcoa y del 10% respecto de la población en residencia en Álava., tal y como se refleja en la Tabla 43.

### Características sociodemográficas de la muestra final y su grado de representatividad con la población total

Más allá de la variable de estratificación, se estudiaron las características sociodemográficas de la muestra, en concreto su clasificación en base al grado de dependencia, al género, a la edad y al tiempo de estancia en el centro, comparándola con la población total de los centros residenciales del Guipúzcoa, para tener una idea más precisa de su representatividad. La Tabla 44 el conjunto de variables categóricas y sus posibles valores para el estudio de las características sociodemográficas.

Tabla 44: Variables utilizadas para la generación de estratos de muestra y posibles valores.

VARIABLE ESTRATO	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	Estrato 5	Estrato 6	Estrato 7	Estrato 8
Género	Mujer	Hombre						
Grado DF	Autónomo	Leve	Moderado	Grave				
Grado DC	Autónomo	Leve	Moderado	Grave	Total			
Grupo de edad	<65	65-75	76-80	81-90	91- 100			
Tiempo de ingreso	>6 meses	+ 1 año	+ 2 años	+ 3 años	+ 4 años	+5 años	+ 6 años	+10 años
Ubicación del centro	Urbana	No urbana						

Fuente: Elaboración propia.

Nota: DF: Dependencia Física, DC: Deterioro Cognitivo

La Tabla 45 resume las características sociodemográficas de la población residente en centros residenciales en Guipúzcoa y País Vasco. Atendiendo al grado de dependencia, la población total de las personas que viven en centros residenciales de Guipúzcoa está representada fundamentalmente por personas con un grado de dependencia 3 (47%), seguido de grado 2 (39%) y finalmente grados 1 y autónomos (13 y 1% respectivamente). La muestra atendiendo a esta misma clasificación tiene un ajuste estadísticamente suficiente, a pesar de una mayor presencia de grado 1 en la muestra (18% frente a 13%) a costa de una menor presencia de grados 2 (31% frente a 39%). En el resto de categorías el ajuste es adecuado, tal y como se muestra en la Tabla 135, recogida en el Anexo 1.

Atendiendo al género, el 30% de las personas que viven en centros residenciales son hombres, frente al 70% de mujeres. En la muestra global, la proporción tiene un nivel de ajuste suficiente, con un 29% de hombres y un 71% de mujeres, como muestra Tabla 45. En cuanto al ajuste de cada una de las muestras individuales, sólo cabe mencionar una pequeña desviación positiva a favor de las mujeres en el centro 2, con un 79% de mujeres.

Tabla 45: Características sociodemográficas de la población total de personas que viven en centros residenciales en Guipúzcoa y en el País Vasco.

ESTRATO	GIPUZKOA	PAÍS VASCO
Plazas/Población	5145/5547	12698**
Género		
Hombre	29%	30%
Mujeres	71%	70%
Grado de dependencia**		
Grado 3	46%	SD
Grado 2	40%	SD
Grado 1	13%	SD
Autónomas o sin valorar	1%	SD
Rango de edad		
91- 100	25%	24%
81-90	49%	48%
76-80	11%	12%
65-75	12%	16*%
<65	3%	
Duración estancia		
Estancia media	3,8 años	SD
<6 meses	13%	SD
>10 años	6%	SD

Fuente: Elaboración propia, basada en Memoria de la Diputación Foral de Guipúzcoa 2017, EUSTAT 2016 y SISAAD 2019.

Nota: \*A nivel de país vasco los datos de los menores de 75 años están agrupados con los menores de 65 años.  
 \*\*Los datos relativos al País Vasco y grado de dependencia y número de plazas son obtenidos del SISAAD a fecha de marzo 2019, mientras que los relativos a Gipuzkoa son obtenidos de la Memoria de la diputación Foral de Gipuzkoa 2017 y el resto de EUSTAT con datos de 2016, por lo que, aunque sirven a modo orientativo, los porcentajes no son exactos; SD: Sin Datos

Atendiendo al rango de edad, el 25% de la población guipuzcoana que vive en centros residenciales tiene entre 91 y 100 años, el 49% entre 81 y 90 y el 12% entre 65 y 75 años. Sólo el 3% tiene una edad inferior a los 65 años. En la muestra, el ajuste es suficiente, a pesar de una mayor presencia de personas entre 90 y 100 años (32% en la muestra frente a 25% en la

población) a costa de tener una muestra algo menor de las personas más jóvenes, las que tienen menos de 75 o entre 75 y 85 años (38% en la muestra frente a 48% en la población). En la muestra, el ajuste es suficiente, a pesar de una mayor presencia de personas entre 90 y 100 años (32% en la muestra frente a 25% en la población) a costa de tener una muestra algo menor de las personas más jóvenes, las que tienen menos de 75 o entre 75 y 85 años (38% en la muestra frente a 48% en la población).

Respecto del tiempo de estancia media en el centro, 3,7 años es el periodo medio de estancia en los mismos para Guipúzcoa, aunque la varianza es muy alta, y el tiempo medio de nuestra estancia osciló entre los 2,9 años del centro 2 y los 6,5 años del centro 3. No se dispone de datos para el País Vasco.

De estos datos cabría resaltar en primer lugar que el grado de dependencia es en general más grave en mujeres que en hombres, lo que no está exclusivamente relacionado con la mayor edad media de las mujeres. Los datos arrojan que, entre las mujeres, el 75% tiene una dependencia física grave (51%) o moderada (24%), frente a sólo el 26 y 25% de los hombres, respectivamente. Igualmente, entre las mujeres, el 75% tiene un deterioro cognitivo grave o moderado, frente al 33% y 23% respectivamente en caso de los hombres. Siguiendo con este análisis por género, en el mismo grupo de edad, el grado general de dependencia de las mujeres es más avanzado, en concreto: 1) En el grupo de personas mayores de 90 años, el 72% de las mujeres tienen una dependencia física grave o moderada, frente al 35% de los hombres. 2) En el grupo de personas entre 85 y 90 años, el 82% de las mujeres tienen una dependencia física grave o moderada, frente al 55% de los hombres y 3) En edades menos avanzadas, la diferencia es menor pero también Notable. Así, en el grupo de personas menores de 75 años, el 69% de las mujeres tienen una dependencia física grave o moderada frente al 50% de los hombres.

El mismo análisis cabe hacer en función del grado de deterioro cognitivo. En el grupo de personas mayores de 90 años, el 75% de las mujeres tiene deterioro cognitivo grave o moderado, frente al 57% de los hombres. Entre las personas de entre 85 y 90 años, el 84% de las mujeres frente al 60% de los hombres. Una vez más, a edades menos avanzadas, el desequilibrio se suaviza, pero sigue presente. Entre las personas de menos de 75 años, el 54% de las mujeres y el 38% de los hombres presentan deterioro cognitivo grave o moderado. Cruzando variables sociodemográficas, la edad media es en general más avanzada en mujeres

que en hombres. Entre las mujeres, el 69% tiene más de 85 años, frente al 46% de los hombres, respectivamente. Las Tabla 138, Tabla 139, Tabla 140, Tabla 141 y Tabla 142, recogidas en los anexos, amplían la información relativa a las características sociodemográficas de la población total y la muestra del estudio.

### **FASE 3: Resultados de las evidencias de validez del contenido de los ítems**

#### **Características sociodemográficas del equipo de profesionales**

Los desarrolladores de la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) ponían únicamente dos condiciones a la hora de configurar el equipo de profesionales que fueran a aplicar las escalas: en primero lugar, que conociera a la persona cuya calidad de vida se pretenda medir con suficiencia, lo que estable como mínimo seis meses de relación, y tener al menos tres años de estudios universitarios. Aunque no explica los motivos para este requisito, entendemos que podría ser el grado de entendimiento y capacidad crítica que los ítems existen para ser respondidos. Este último aspecto, como se verá, no pudo cumplirse dada la falta de profesionales suficientes disponibles con ese perfil educativo, pero entendiendo que la aplicación de las escalas en esta investigación iba a ser en grupo y guiada por el equipo investigador, cualquier duda relativa a su aplicación y a los conceptos que maneja iban a poder ser, y así fueron, resueltas durante la aplicación.

La Tabla 46, Tabla 47 y Tabla 48 muestran las características sociodemográficas de los profesionales participantes en la aplicación de las escalas. Como se observa, la gran mayoría, en torno al 77%, eran mujeres, aspecto habitual en un sector tan feminizado como el de cuidados. El perfil profesional con mayor presencia en el grupo, con 27% de los 22 profesionales que participaron entre todos los centros, eran auxiliares de geriatría, seguidos por los gerocultores (cerca del 23%) y responsables asistenciales, fisioterapeutas y enfermeros (cerca del 9% cada uno). El resto de perfiles profesionales estuvo representado de manera casi única por personal del equipo de dirección, trabajadoras sociales, responsables de planta y psicólogos. En cuanto al nivel de estudios, el 47% tenía estudios superiores, un 5% tenían un grado medio, un 15% estudios de bachillerato, lo mismo que estudios de secundaria, y lo mismo que estudios de formación profesional.

Tabla 46: Distribución del equipo de profesionales en función del género.

<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hombre	5	22,73%
Mujer	17	77,27%
<b>total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

Nota: N: Número absoluto de elementos de muestra; % Porcentaje de muestra

Tabla 47: Distribución del equipo de profesionales en función del perfil profesión.

<b>Perfil profesional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Subdirector/a de centro residencial	1	4,55%
Responsable asistencial	2	9,09%
Trabajadora social	1	4,55%
Enfermero/a	2	9,09%
Fisioterapeuta	2	9,09%
Responsable de planta	1	4,55%
Gerocultor/a	5	22,73%
Auxiliar de geriatría	6	27,27%
Psicólogo/a	2	9,10%
<b>Total general</b>	<b>22</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración propia.

Nota: N: Número absoluto de elementos de muestra; % Porcentaje de muestra

Tabla 48: Distribución del equipo de profesionales en función del nivel del estudio.

<b>Nivel de estudio</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Superiores	9	47,37%
Medios	1	5,26%
Bachillerato	3	15,79%
Secundaria	3	15,79%
FP grado medio	2	10,53%
FP grado superior	4	18,19%
<b>Total general</b>	<b>22</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración propia.

Nota: N: Número absoluto de elementos de muestra; % Porcentaje de muestra



**Evidencias de validez de contenido de los ítems de la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009)***Evidencias de validez de contenido para personas con deterioro cognitivo.*

A continuación, se reflexionó sobre la idoneidad de los ítems para el colectivo de personas con deterioro cognitivo. El consenso fue amplio sobre la dificultad de aplicación de gran parte de los ítems a personas con deterioro cognitivo grave, y sólo 23 de los 57 ítems se consideraron pertinentes, en concreto, tres ítems de la dimensión bienestar emocional (ítems 3, 5 y 7), y otros tres de relaciones interpersonales (10, 11, y 12) y bienestar físico (30, 31 y 33), cinco ítems a las dimensiones bienestar material (15, 18, 19, 20 y 21) e inclusión social (44, 45, 46, 47 y 48), y dos para desarrollo personal (24 y 29) y derechos (53 y 56). La dimensión autodeterminación quedó vacía (ver Tabla 49).

Tabla 49: Ítems validados por los jueces para aplicarse a personas con deterioro cognitivo grave.

DIM	ÍTEM	DESCRIPCIÓN ÍTEM
BE	3	Se muestra intranquilo o nervioso
BE	5	Tiene problemas de Comportamiento
BE	7	Se siente triste o deprimido
RI	10	Tiene buena relación con los profesionales del servicio que acude
RI	11	Tiene buena relación con los compañeros del servicio que acude
RI	12	Carece de familiares cercanos
BM	15	El lugar donde vive es confortable
BM	18	Donde vive hay barreras arquitectónicas que le dificultan o impide alguna actividad
BM	19	El servicio al que va tiene barreras arquitectónicas que dificultan o impide alguna actividad
BM	20	Dispone de las cosas materiales que necesita
BM	21	El lugar donde vive necesita reformas para adaptar sus necesidades
DP	24	Tiene dificultad para expresar información
DP	29	Muestra escasa flexibilidad mental
BF	30	Tiene problemas de movilidad
BF	31	Tiene problemas de continencia
BF	33	Su salud le permite salir a la calle
IS	44	Participa en actividades de ocio que le gustan
IS	45	Está excluido en su comunidad
IS	46	En el servicio al que va, tiene dificultad para encontrar apoyos
IS	47	Tiene amigos que le apoyan
IS	48	Le es difícil relacionarse con personas del centro
DE	53	En el servicio al que va se respetan y defienden sus derechos
DE	56	Cuenta con asistencia legal o servicios de Asesoría legal

Fuente: Elaboración propia

Nota: DIM: Dimensión; Nota: BE: Bienestar emocional; RI: Relaciones Interpersonales; BM; Bienestar Material; DP: Desarrollo Personal; BF: Bienestar Físico; IS: Inclusión Social; DE: Derechos.

Esta insuficiencia de ítems (tres por dimensión) para la validación confirmatoria de una escala, fue la que finalmente determinaría la necesidad de selección de otra escala, en este caso la escala QUALID (Weiner et al., 2000), para su validación confirmatoria para personas con deterioro cognitivo grave.

Los ítems descartados se muestran en la Tabla 50, se consideraron no válidos bien por su dificultad de observación bien no ser pertinente para el colectivo en general o para este colectivo en el contexto residencial en particular.

Tabla 50: Ítems descartados por los jueces para aplicarse a personas con deterioro cognitivo grave y motivo.

DIM	ÍTEM	DESCRIPCIÓN ÍTEM DESCARTADO PDCG	MOTIVO
BE	1	Se muestra satisfecho con su vida actual	N-O*
BE	2	Manifiesta sentirse un inútil	N-O*
BE	4	Se muestra satisfecho consigo mismo	N-O*
BE	6	Se muestra satisfecho con los apoyos y servicios que recibe	N-O
BE	13	Valora negativamente sus relaciones de amistad	N-O
RI	14	Se siente querido por las personas que son importantes para él	N-O
RI	16	Dice NO estar satisfecho con su jubilación	N-P
RI	17	Se queja de su pensión	N-P
BM	22	Pueden leer información básica para la vida cotidiana	N-P
BM	23	Muestra dificultad para resolver eficazmente los problemas que se le plantean	N-P
DP	25	En el servicio al que va le dan información sobre cosas que le interesan	N-P
DP	26	Tiene dificultades para sumar, restar, etc....	N-P
DP	28	Es responsable de la toma de medicación	N-P
DP	32	Tiene problemas para seguir una conversación porque oye mal	N-P
DP	34	Tiene problemas para recordar información Importante	N-P
DP	35	Tiene dificultades de visión para hacer tareas cotidianas	N-P
BF	36	Hace planes sobre su futuro	N-P
BF	37	Tiene dificultades para manejar el dinero de forma autónoma	N-P
BF	38	Otras personas le organizan la vida personal	N-P
AU	39	Elige cómo pasar su tiempo libre	N-P
AU	40	Ha elegido el lugar donde vive	N-O
AU	41	Su familia respeta sus decisiones	N-P
AU	42	Decide sobre cuestiones cotidianas	N-P
AU	43	Otras personas toman decisiones importantes para su vida	N-P
AU	46	En el servicio al que va, tiene dificultad para encontrar apoyos	N-P
AU	48	Le es difícil relacionarse con personas del centro	N-P
AU	49	Está integrado con los compañeros del servicio al que va	N-P
IS	50	Es voluntario en algún programa o actividades del servicio al que va	N-P
IS	52	Tiene dificultades para participar en su comunidad	N-P
IS	54	Tiene información buena y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	N-P
IS	55	Tiene dificultad para defender sus derechos cuando procede	N-P
DE	56	Cuenta con asistencia legal o servicios de Asesoría legal	N-O*
DE	57	Disfruta de sus derechos legales	N-P

Fuente: Elaboración propia

Nota: N-O: No Observable; N-P: No Pertinente; DIM: Dimensión; BE: Bienestar emocional; RI: Relaciones Interpersonales; BM; Bienestar Material; DP: Desarrollo Personal; BF: Bienestar Físico; AU: Autodeterminación; IS: Inclusión Social; DE: Derechos.

Así, la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) quedó descartada para ser aplicada a personas con deterioro cognitivo grave, y cabe mencionar también que cuatro de éstos ítems se consideraron, tras la discusión, no observables para personas con deterioro cognitivo moderado por el 33% de los jueces (ítem 1 “Se muestra satisfecho con su vida actual”, ítem 2 “manifiesta sentirse un inútil”, ítem 4 “Se muestra satisfecho consigo mismo” e ítem 56 “Cuenta con asistencia legal o servicios de asesoría legal”). Los tres primeros pertenecen a la dimensión Bienestar Emocional mientras que el cuarto pertenece a la dimensión Derechos. En general, la validez de los ítems para personas con deterioro cognitivo leve fue positivamente consensuada.

*Evidencias de validez de contenido de los ítems para el contexto residencial.*

*Pertinencia, importancia y observabilidad de los ítems en el contexto residencial.*

El resultado de la aplicación de las preguntas relativas a la validez de los ítems de las escalas en el contexto residencial resultó, como se verá, en la eliminación de 15 ítem, bien por i) no afectar a la calidad de vida, ii) no ser importante, iii) no ser observable o iv) no ser aplicable en el contexto residencial. De las opiniones de los jueces se obtuvo también información sobre la redundancia entre ítem.

Así, la Tabla 51 recoge la opinión, en porcentaje de jueces, relativa a si el ítem afecta, es importante, observable y aplicable o pertinente en el contexto residencial. En relación a la pertinencia del ítem en el contexto residencial, los jueces fueron unánimes sobre la conveniencia de eliminar los ítems 19 “El servicio al que va tiene barreras arquitectónicas que dificultan o impide alguna actividad”, 21 “El servicio al que va tiene barreras arquitectónicas que dificultan o impide alguna actividad” y 28 “Es responsable de la toma de medicación”, aunque la eliminación se propuso por motivos diferentes. Mientras el ítem 21 se considera una medida importante pero ya superada en el contexto residencial actual, el ítem 28 está más relacionado con la forma de organización y los protocolos de los centros residenciales, en este caso, de difícil modificación. Un 44% de los jueces opinó que ítem 26 “Tiene dificultades para sumar, restar, etc.” debía de ser eliminado por no ser importante para la calidad de vida del colectivo objeto de estudio. En cuanto a los ítems eliminados fruto de la ponderación de motivos nos encontramos con los ítems 12, 13, 16, 17, 22, 29, 32, 35, 37, 50 y 56, “Carece de familiares cercanos”, “Valora negativamente sus relaciones de amistad”, “Dice NO estar satisfecho con su jubilación”, “Se queja de su pensión”, “Pueden leer información básica para la vida cotidiana”,

“Muestra escasa flexibilidad mental”, “Tiene problemas para seguir una conversación porque oye mal”, “Tiene dificultades de visión para hacer tareas cotidianas”, “Tiene dificultades para manejar el dinero de forma autónoma”, “Es voluntario en algún programa o actividades del servicio al que va” y “Cuenta con asistencia legal o servicios de Asesoría legal”, respectivamente.

Así, fueron eliminados los ítems 12, 13, 16, 17, 19, 21, 22, 26, 28, 29, 32, 35, 37, 50 y 56, y el resto se dejó para su posible integración en la escala final, a pesar de las diversas opiniones de los jueces sobre las cuestiones debatidas, que se tendrían en cuenta posteriormente para la selección final de los ítems, en combinación con la correlación entre ítem. Así, para los 42 ítems restantes, su selección final deberá prestar atención a que entre un 11% y un 22% de los jueces opinó que otros 8 ítems no eran particularmente importantes para la calidad de vida de las personas del centro, en concreto los ítems 20, 23, 24, 25, 30, 31, 34 y 52 (“Dispone de las cosas materiales que necesita”, “Tiene dificultades para resolver eficazmente los problemas que plantean”, “Tiene dificultad para expresar información”, “En el servicio al que va le dan información sobre cosas que le interesan”, “Tiene problemas de movilidad”, “Tiene problemas de continencia”, “Tiene problemas para recordar información Importante”, “Tiene dificultades para participar en su comunidad”). Igualmente deberá tener en cuenta, en cuanto a la observabilidad de los ítems, el casi la mitad de los jueces (entre el 44% y el 55%) opinó que eran poco observables los ítems 4, 14, 36, 39, 46 y 51 (“Se muestra satisfecho consigo mismo”, “Se siente querido por las personas que son importantes para él”, “Hace planes sobre su futuro”, “Elige cómo pasar su tiempo libre”, “En el servicio al que va, tiene dificultad para encontrar apoyos” y “Su red de apoyo no satisface sus necesidades”, respectivamente.), tal y como se muestra en la Tabla 51, y que un tercio de los jueces opinó lo mismo sobre otros 7 ítem, en concreto los ítems 2, 15, 40, 41, 42, 43 y 57 (“Manifiesta sentirse un inútil”, “El lugar donde vive es confortable”, “Ha elegido el lugar donde vive”, “Su familia respeta sus decisiones”, “Decide sobre cuestiones cotidianas”, “Otras personas toman decisiones importantes para su vida” y “Disfruta de sus derechos legales”, respectivamente).

La mayoría de los jueces, sin embargo, quiso resaltar su opinión sobre el ítem 36 “Hace planes sobre su futuro”. Coincidían en la importancia de éste ítem y en su pesimista impresión sobre la realidad de la vida en los centros residenciales, lo que dio lugar a una nueva categoría

de clasificación de ítem, aquellos que pese a ser pertinentes e importantes, independientemente de su observabilidad, se consideran muy negativamente valorados y apenas presentarían variabilidad en la aplicación de la escala, pero su valoración como importante y esencial para evaluar la calidad de vida invitó a dejarlo como válido para el contexto residencial. A esta categoría se sumaron, con una propuesta de acción diferente (integrarse en otros ítem), los ítems 19 y 21 “El servicio al que va tiene barreras arquitectónicas que dificultan o impiden alguna actividad” y “El lugar donde vive necesita reformas para adaptar sus necesidades”. Considerándose importantes por la mayoría de los jueces, el hecho de que en general se trate de cuestiones superadas en el contexto residencial del País Vasco, motivaría una baja variabilidad de las respuestas y su inclusión en el cuestionario perdía sentido, por lo que se planteó su eliminación. La tabla 51 muestra únicamente aquellos ítems para los que algún juez opinó que existía poca pertinencia, importancia y/u observabilidad.

Tabla 51: Porcentaje de jueces que opina que el ítem es poco pertinente, poco importante o poco observable y resultado de la ponderación de estas opiniones.

DIM	ÍTEM	DESCRIPCIÓN ÍTEM	P-P	P-I	P-O	POND
BE	1	Se muestra satisfecho con su vida actual	0%	0%	11%	7%
BE	2	Manifiesta sentirse un inútil	0%	0%	33%	22%
BE	4	Se muestra satisfecho consigo mismo	0%	0%	56%	37%
BE	6	Se muestra satisfecho con los apoyos y servicios que recibe	0%	0%	22%	15%
BE	7	Se siente triste o deprimido	0%	0%	11%	7%
BE	8	Muestra sentimientos de inseguridad o incapacidad	0%	0%	22%	15%
RI	11	Tiene buena relación con los compañeros del servicio que acude	11%	0%	0%	15%
RI	12	Carece de familiares cercanos	22%	11%	44%	74%
RI	13	Valora negativamente sus relaciones de amistad	0%	11%	44%	44%
RI	14	Se siente querido por las personas que son importantes para él	0%	0%	44%	30%
BM	15	El lugar donde vive es confortable	0%	0%	33%	22%
BM	16	Dice NO estar satisfecho con su jubilación	11%	22%	33%	67%
BM	17	Se queja de su pensión	22%	11%	22%	59%
BM	20	Dispone de las cosas materiales que necesita	0%	11%	33%	37%
DP	22	Pueden leer información básica para la vida cotidiana	50%	22%	22%	111%
DP	23	Tiene dificultades para resolver eficazmente los problemas que plantean	11%	11%	11%	37%
DP	24	Tiene dificultad para expresar información	0%	11%	0%	15%
DP	25	En el servicio al que va le dan información sobre cosas que le interesan	0%	22%	11%	37%
DP	26	Tiene dificultades para sumar, restar, etc.	44%	56%	11%	141%
DP	27	Tiene dificultades para entender la información que recibe	0%	0%	11%	7%
DP	29	Muestra escasa flexibilidad mental	11%	11%	33%	52%
BF	30	Tiene problemas de movilidad	11%	11%	0%	30%
BF	31	Tiene problemas de continencia	11%	11%	0%	30%
BF	32	Tiene problemas para seguir una conversación porque oye mal	22%	22%	0%	59%
BF	33	Su salud le permite salir a la calle	0%	0%	11%	7%
BF	34	Tiene problemas para recordar información Importante	11%	11%	11%	37%
BF	35	Tiene dificultades de visión para hacer tareas cotidianas	11%	33%	0%	59%
AU	36	Hace planes sobre su futuro	0%	0%	56%	37%
AU	37	Tiene dificultades para manejar el dinero de forma autónoma	0%	50%	11%	74%
AU	38	Otras personas le organizan la vida personal	0%	0%	22%	15%
AU	39	Elige cómo pasar su tiempo libre	0%	0%	44%	30%
AU	40	Ha elegido el lugar donde vive	11%	0%	33%	37%
AU	41	Su familia respeta sus decisiones	0%	0%	33%	22%
AU	42	Decide sobre cuestiones cotidianas	0%	0%	33%	22%
AU	43	Otras personas toman decisiones importantes para su vida	0%	0%	33%	22%
IS	46	En el servicio al que va, tiene dificultad para encontrar apoyos	0%	0%	44%	30%
IS	47	Tiene amigos que le apoyan	0%	0%	22%	15%
IS	49	Está integrado con los compañeros del servicio al que va	0%	0%	11%	7%
IS	50	Es voluntario en algún programa o actividades del servicio al que va	11%	33%	11%	67%
IS	51	Su red de apoyo no satisface sus necesidades	0%	0%	44%	30%
IS	52	Tiene dificultades para participar en su comunidad	0%	11%	22%	30%
DE	53	En el servicio al que va se respetan y defienden sus derechos	0%	0%	11%	7%
DE	54	Tiene información buena y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	0%	0%	11%	7%
DE	55	Tiene dificultad para defender sus derechos cuando procede	0%	0%	22%	15%
DE	56	Cuenta con asistencia legal o servicios de Asesoría legal	11%	33%	50%	104%
DE	57	Disfruta de sus derechos legales	11%	0%	33%	37%

Fuente: Elaboración propia.

Nota: P-P = Poca Pertinencia; P-I= Poca Importancia; P-O= Poca Observabilidad; DIM: Dimensión; BE: Bienestar emocional; RI: Relaciones Interpersonales; BM; Bienestar Material; DP: Desarrollo Personal; BF: Bienestar Físico; AU: Autodeterminación; IS: Inclusión Social; DE: Derechos.

Validez de la redacción y redundancia de los ítems para su mejor adaptación al contexto residencial.

La Tabla 52 muestra los ítems que a opinión de los jueces requerían su reformulación para ser más ajustados al contexto residencial o bien ser integrados en otros ítems dado que, por las características del contexto residencial, medían prácticamente la misma idea y alargaban innecesariamente la escala, al tiempo que provocaban confusión.

Tabla 52: Ítems que a opinión de los jueces se beneficiarían de una reformulación/integración para su aplicación al contexto residencial

ÍTEM	AJUSTE A CCR	REDUNDANCIA	OTROS COMENTARIOS SOBRE SU REFORMULACIÓN
1		Es poco sensible a diferencias con ítem 4	
2			¿Y si no lo manifiesta, pero se percibe? ¿Y si manifiesta cosas menos extremas que inútil? ¿Se respondería negativamente ante sensaciones menos extremas? El término inútil puede resultar violento.
3			¿Y si la intranquilidad o nerviosismo es debido a alguna patología o enfermedad?
4		Es poco sensible a diferencias con ítem 1	
5			¿Y si los problemas se deben a alguna patología o enfermedad? ¿Y si se deben a un alto grado de inconformismo con aspectos lógicos como insatisfacción con las normas del centro?
9			A veces puede que hagan actividades porque no hay otra cosa que hacer, pero puede ser que prefirieran hacer otras actividades
10	El servicio al que va es la propia residencia.		
11	El servicio al que va es la propia residencia.		
12			¿Y si los tiene, pero la relación no es buena? ¿O es poco frecuente?
18	Se prevé poca varianza en los resultados, dado que los centros residenciales de partida han de cumplir con las normativas de accesibilidad, aspecto en general respetado. Sin embargo, sería importante recoger el ítem para los casos en que fallara.	Es poco sensible a diferencias con ítems 21 y 19	
25	El servicio al que va es la propia residencia.		Requiere formación y espíritu crítico. Se da información sobre cosas comunes, pero algo fuera de lo común, o una información más profunda sobre algo común que requiera algo más de tiempo de lo normal, no se atiende correctamente
29			¿Y si los problemas se deben a alguna patología o enfermedad? ¿Y si se deben a

ÍTEM	AJUSTE A CCR	REDUNDANCIA	OTROS COMENTARIOS SOBRE SU REFORMULACIÓN
30			un alto grado de inconformismo con aspectos lógicos como insatisfacción con las normas del centro?  No diferencia entre problemas graves y leves. Puede tener siempre problemas leves y contestar con un "siempre o casi siempre", lo mismo que si fueran graves siempre, con lo que no discrimina.
33			¿Y si se lo permite, pero no sale? ¿Si sale con familiares o asistido? ¿Los problemas de movilidad o deterioros cognitivos son problemas de salud? ¿o se refiere exclusivamente a enfermedades?
38	La vida en residencia está muy marcada por la organización, pero a menudo se asume que todo está bien así.	Es poco sensible a diferencias con ítems 41, 42 y 43	Requeriría formación y espíritu crítico en autodeterminación, derechos...
39	La vida en residencia está muy marcada por la organización, pero a menudo se asume que todo está bien así.		Requeriría formación y espíritu crítico en autodeterminación, derechos...
41		Es poco sensible a diferencias con ítems 38, 42 y 43	
42	La vida en residencia está muy marcada por la organización, pero a menudo se asume que todo está bien así.	Es poco sensible a diferencias con el ítems 38, 41 y 43	Requeriría formación y espíritu crítico en autodeterminación, derechos...
43	La vida en residencia está muy marcada por la organización, pero hay dificultad para entenderlo así.	Es poco sensible a diferencias con ítems 38, 41 y 42	Requiere consenso y formación.
44			Puede participar en actividades del centro, pero estaría dispuesto a participar en otras que no están disponibles, no tiene más dónde elegir Requeriría formación y espíritu crítico en autodeterminación, derechos...
45		Es poco sensible a diferencias con ítems 48, 49 y 52	¿Su comunidad es la residencia?
46	El servicio al que va es la propia residencia.	Es poco sensible a diferencias con ítems 47 y 51	
47		Es poco sensible a diferencias con ítems 46 y 51	
48		Es poco sensible a diferencias con ítems 45, 49 y 52	Habría que diferenciar entre una persona con dificultades para relacionarse o que simplemente sea una persona a la que le gusta la soledad.
49	El servicio al que va es la propia residencia.	Es poco sensible a diferencias con ítems 45, 48 y 52	
52	Por las características de la vida en los centros y de las personas residentes, hay poca interacción con la comunidad exterior, y la comunidad interior se aborda en otros ítems.	Es poco sensible a diferencias con ítems 45, 48 y 49	



ÍTEM	AJUSTE A CCR	REDUNDANCIA	OTROS COMENTARIOS SOBRE SU REFORMULACIÓN
53	El servicio al que va es la propia residencia.		Requeriría formación y espíritu crítico en autodeterminación, derechos...
55	Tiene dificultad para defender sus derechos cuando procede	Es poco sensible a diferencias con el ítem 53, que se considera más apto para el contexto residencial dado que es el centro quien cuenta con obligación y más medios para ello. Requeriría formación y espíritu crítico en autodeterminación, derechos...	
56	Cuenta con asistencia legal o servicios de Asesoría legal	Requeriría formación y espíritu crítico en autodeterminación, derechos...	
57	Disfruta de sus derechos legales	Requeriría formación y espíritu crítico en autodeterminación, derechos...	

FUENTE: Elaboración propia

Nota: CCR: Contexto de centro residencial

Tabla 53: Propuesta de acción y reformulación (en su caso) para su ajuste al contexto residencial de los ítems disponibles para la construcción de la escala FUMAT ADAPTADA.

ÍTEM	DESCRIPCIÓN ÍTEM	PROPUESTA	FORMULACIÓN FINAL DEL ÍTEM
1	Se muestra satisfecho con su vida actual	Reformular para distinguir ítems	Se muestra satisfecho con su vida actual (se ajusta a sus expectativas, se le ve en general a gusto con el estilo de vida que lleva...)
2	Manifiesta sentirse un inútil	Reformular para matizar	¿Manifiesta o se percibe que pudiera sentirse poco útil?
3	Se muestra intranquilo o nervioso	Reformular para matizar	Se muestra intranquilo o nervioso (aunque sea debido a alguna enfermedad, deterioro cognitivo u otra causa de alteración del comportamiento)
4	Se muestra satisfecho consigo mismo	Reformular para distinguir ítems	Se muestra satisfecho consigo mismo (sus logros en la vida, el tipo de persona que es...)
5	Tiene problemas de Comportamiento	Reformular para matizar	Tiene problemas de comportamiento (aunque sea debido a alguna enfermedad, deterioro cognitivo u otra causa de alteración del comportamiento)
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas	Reformular para matizar	Realiza actividades que le gustan con otras personas (no sólo por ser las disponibles en el centro, sino por ser las que realmente desea hacer)
10	Tiene buena relación con los profesionales del servicio que acude	Reformular para adaptar a la residencia	Tiene buena relación con los profesionales del centro residencial
11	Tiene buena relación con los compañeros del servicio que acude	Reformular para adaptar a la residencia	Tiene buena relación con los compañeros del centro residencial
12	Carece de familiares cercanos	Reformular para matizar	Carece de familiares cercanos, o los tiene pero la relación no es buena o tan frecuente como le gustaría
13	Valora negativamente sus relaciones de amistad	Eliminar	
16	Dice NO estar satisfecho con su jubilación	Reformular para integrar ítem 17.	
17	Se queja de su pensión	Integrar en ítem 16 y eliminar	

ÍTEM	DESCRIPCIÓN ÍTEM	PROPUESTA	FORMULACIÓN FINAL DEL ÍTEM
18	Donde vive hay barreras arquitectónicas que le dificultan o impide alguna actividad	Integrar ítems 19 y 21	
19	El servicio al que va tiene barreras arquitectónicas que dificultan o impide alguna actividad	Eliminar e integrar en ítem 18	
21	El lugar donde vive necesita reformas para adaptar sus necesidades	Eliminar e integrar en ítem 18	
25	En el servicio al que va le dan información sobre cosas que le interesan	Reformular para matizar	En el servicio al que va le dan información sobre cosas que le interesan, con la profundidad y la variedad necesaria, incluso temas poco comunes
29	Muestra escasa flexibilidad mental	Reformular para matizar	Muestra escasa flexibilidad mental, incluso debido a alguna patología
30	Tiene problemas de movilidad	Reformular para matizar	Tiene problemas de movilidad (diferenciar entre más graves y más leves)
33	Su salud le permite salir a la calle	Reformular para matizar	Su salud (extensa, no sólo enfermedad) le permite salir a la calle, aunque sea asistido
38	Otras personas le organizan la vida personal	Eliminar e integrar ítem 43	
39	Elige cómo pasar su tiempo libre	Dejar como está	
41	Su familia respeta sus decisiones	Eliminar e integrar en ítem 43	
42	Decide sobre cuestiones cotidianas	Eliminar e integrar en ítem 43	
43	Otras personas toman decisiones importantes para su vida	Reformular para integrar ítems 38, 41 y 42	Otras personas (profesionales, familiares, compañeros...) toman decisiones importantes para su vida.
44	Participa en actividades de ocio que le gustan	Reformular para matizar	Participa en actividades de ocio que le gustan (no renuncia a aficiones que podría practicar pero en el centro no están disponibles)
45	Está excluido en su comunidad	Eliminar e integrar en ítem 52	
46	En el servicio al que va, tiene dificultad para encontrar apoyos	Reformular para integrar	En el centro residencial tiene dificultad para encontrar apoyos, entre profesionales, amigos, familiares...
47	Tiene amigos que le apoyan	Eliminar e integrar ítem 46	
48	Le es difícil relacionarse con personas del centro	Eliminar e integrar en ítem 52	Le es difícil relacionarse o integrarse con los compañeros del centro residencial
49	Está integrado con los compañeros del servicio al que va	Eliminar e integrar en ítem 52	
50	Es voluntario en algún programa o actividades del servicio al que va	Reformular para adaptar a la residencia	Es voluntario en algún programa o actividades del centro residencial
51	Su red de apoyo no satisface sus necesidades	Eliminar e integrar ítem 46	
52	Tiene dificultades para participar en su comunidad	Reformular para integrar ítems 45, 48 y 49	Le es difícil relacionarse o integrarse con los compañeros del centro residencial
53	En el servicio al que va se respetan y defienden sus derechos	Reformular para adaptar a la residencia e integrar ítem 55	El centro residencial respeta y defiende sus derechos (los profesionales los conocen y son críticos con su aplicación)
55	Tiene dificultad para defender sus derechos cuando procede	Eliminar e integrar en el 53	Tiene dificultad para defender sus derechos cuando procede

Fuente: Elaboración propia

Nota: CCR: Contexto de contexto residencial

Este conjunto de acciones, incluido el estudio de la validez de los ítems a personas con deterioro cognitivo grave dio como resultado un listado de 11 ítems que quedaría libre de limitaciones para ser aplicados a una escala apta para el contexto residencial y todos los colectivos, con y sin deterioro cognitivo grave, que nos encontráramos en ella. Estos 11 ítems, pertenecientes únicamente a 5 dimensiones (bienestar emocional, bienestar material, bienestar físico, autodeterminación y derechos) tal y como se recogen en la Tabla 54, hacían imposible la construcción de una escala única común a todos los colectivos. Es por ello que se optó por seguir adelante con la validación de dos escalas que configuraran un conjunto de herramientas para los centros, la FUMAT ADAPTADA para personas sin deterioro cognitivo grave, y la QUALID (Weiner et al., 2000) para personas con deterioro cognitivo grave.

Tabla 54: Ítem restantes tras la eliminación de aquellos no válidos para el contexto residencial y/o personas con deterioro cognitivo grave.

ÍTEM	DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN ÍTEM
5	BE	Tiene problemas de Comportamiento
15	BM	El lugar donde vive es confortable
20	BM	Dispone de las cosas materiales que necesita
30	BF	Tiene problemas de movilidad
31	BF	Tiene problemas de continencia
33	BF	Su salud le permite salir a la calle
40	AU	Ha elegido el lugar donde vive
53	DE	En el servicio al que va se respetan y defienden sus derechos
54	DE	Tiene información buena y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe
56	DE	Cuenta con asistencia legal o servicios de Asesoría legal
57	DE	Disfruta de sus derechos legales

Fuente: Elaboración propia

Nota: BE: Bienestar emocional; BM; Bienestar Material; BF: Bienestar Físico; AU: Autodeterminación; DE: Derechos.

#### **FASE4: Resultado de la aplicación de las escalas y aproximación a la medida de la calidad de vida.**

La aplicación inicial de la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) dio lugar a un porcentaje de perdidos del 18%. El motivo principal de los datos no válidos u omitidos se debió a: i) el olvido de la contestación de algún ítem o perdidos ocasionales (61%), ii) la no contestación de algún ítem por desconocimiento de la respuesta (25%), iii) la marcación poco clara de la respuesta seleccionada (8%), iv) La generación de nuevas puntuaciones intermedias de respuesta no permitidas por la escala por duda respecto a cuál elegir (3%) y el olvido de la respuesta a encuestas completas por traspapele entre el resto de encuestas (3%). Esto redujo la muestra válida a 191 elementos y, a pesar de los métodos estadísticos que la herramienta de análisis (SPSS 22.2) pone a disposición para recuperar los perdidos, se consideró adecuado y posible el celebrar una sesión extra con los equipos para tratar de captar esos elementos de muestra, dado que el trabajo para la medición y presentación de los resultados individuales de calidad de vida por centro nos daba la oportunidad de estar en contacto con el centro en más ocasiones.

Así, tras la revisión y el tratamiento informático de los datos en gabinete, con las herramientas Excell 2013 y SPSS 22.2, se plantearon tanto las respuestas a los ítems perdidos como las respuestas cuyo análisis por categorías o estratos expulsaran datos a priori susceptibles de ser revisados (i.e., el caso de grupos de población con grado de dependencia alta que expulsaban un resultado de bienestar físico elevado). Este proceso culminó con un porcentaje válido del 100% de los ítems, y por tanto, en una muestra final válida de 191 elementos. Con estos datos se pasaría a la validación confirmatoria cuantitativa en gabinete, tal y como se explica en el apartado siguiente.

Respecto de la escala QUALID (Weiner et al., 2000), su sencillez de aplicación y su bajo número de ítems facilitó la obtención de un 100% de elementos válidos, resultando así la muestra total de 160 elementos por válida.

## 9. Resultados de las fases específicas de cada objetivo

### FASE 5: Resultado de la construcción de la escala FUMAT ADAPTADA

Después de eliminar 15 de los 57 ítems por los motivos ya explicados anteriormente, y reformulados e integrados los propuestos en los apartados anteriores, los 42 ítems restantes, recogidos en la Tabla 55, pasaron a formar parte de la propuesta de ítems con contenido validado por parte de los jueces. Ocho de ellos pertenecieron a la dimensión bienestar emocional, cinco de ellos a relaciones interpersonales, cuatro a bienestar material, siete a desarrollo personal, cinco a bienestar físico, otros tantos a autodeterminación, tres a inclusión social y finalmente cinco a derechos. A partir de estos ítems validados se construiría la escala FUMAT ADAPTADA, mediante diversos modelos de ecuaciones estructurales competitivos. La conveniencia de la obtención de una escala breve, pues cuestiones de aplicabilidad, con el requerimiento de mínimo de tres ítems por factor para la aplicación del análisis factorial confirmatorio, hizo optar por probar diferentes combinaciones de 24 ítems, tres por dimensión (entendiendo que uno de los modelos a someter a prueba de ajuste sería el multifactorial de ocho factores), seleccionados de entre aquellos propuestos por los jueces, avalados por la literatura y con una correlación suficiente, que se obtendría con posterioridad a la aplicación de las escalas.

Tabla 55. Ítems con contenido validado y reformulado (en su caso) por los jueces para personas sin deterioro cognitivo grave en el contexto residencial

ÍTEM	DIM	PROPUESTA FORMULACIÓN FINAL
1	BE	Se muestra satisfecho con su vida actual (se ajusta a sus expectativas, se le ve en general a gusto con el estilo de vida que lleva...)
2	BE	Manifiesta o se percibe que pudiera sentirse poco útil
3	BE	Se muestra intranquilo o nervioso (aunque sea debido a alguna enfermedad, deterioro cognitivo u otra causa de alteración del comportamiento)
4	BE	Se muestra satisfecho consigo mismo (sus logros en la vida, el tipo de persona que es...)
5	BE	Tiene problemas de comportamiento (aunque sea debido a alguna enfermedad, deterioro cognitivo u otra causa de alteración del comportamiento)
6	BE	Se muestra satisfecho con los apoyos y servicios que recibe
7	BE	Se siente triste o deprimido
8	BE	Muestra sentimientos de inseguridad o incapacidad
9	RI	Realiza actividades que le gustan con otras personas (no sólo porque sean las que estén disponibles en el centro, sino que no se beneficiaría de un diseño más particularizado de actividades)
10	RI	Tiene buena relación con los profesionales del centro residencial
11	RI	Tiene buena relación con los compañeros del centro residencial
12	RI	Carece de familiares cercanos, o los tiene, pero la relación no es buena o frecuente
14	RI	Se siente querido por las personas que son importantes para él
15	BM	El lugar donde vive es confortable
16	BM	Dice no estar satisfecho con su pensión y/o jubilación
18	BM	El centro residencial tiene barreras arquitectónicas que dificultan o impiden alguna actividad o una vida adaptada a sus necesidades
20	BM	Dispone de las cosas materiales que necesita
22	DP	Pueden leer información básica para la vida cotidiana
23	DP	Tiene dificultades para resolver eficazmente los problemas que plantean
24	DP	Tiene dificultad para expresar información
25	DP	En el centro residencial se le proporciona información sobre cosas que le interesan, con la profundidad y la variedad necesaria, incluso temas poco comunes que le interesen
26	DP	Tiene dificultades para sumar, restar, etc....
27	DP	Tiene dificultades para entender la información que recibe
29	DP	Muestra escasa flexibilidad mental, aunque pueda ser debido a alguna patología
30	BF	Tiene problemas de movilidad (diferenciar entre más graves y más leves)
31	BF	Tiene problemas de continencia
32	BF	Tiene problemas para seguir una conversación porque oye mal
33	BF	Su salud general, no sólo la relacionada con enfermedades, le permite salir a la calle, aunque sea asistido
34	BF	Tiene problemas para recordar información Importante
36	AU	Hace planes sobre su futuro
37	AU	Tiene dificultades para manejar el dinero de forma autónoma
39	AU	Elige cómo pasar su tiempo libre
40	AU	Ha elegido el lugar donde vive
41	AU	Otras personas (profesionales, familiares, compañeros...) toman decisiones importantes para su vida, incluido cómo pasar su tiempo libre
44	IS	Participa en actividades de ocio que le gustan, incluso en aficiones que el centro le facilita, más allá de las actividades habituales del centro
46	IS	En el centro residencial tiene dificultad para encontrar apoyos, entre profesionales, amigos, familiares...
52	IS	Le es difícil relacionarse o integrarse con los compañeros del centro residencial
53	DE	El centro residencial respeta y defiende sus derechos (se conocen y son críticos con su aplicación)
54	DE	Tiene información buena y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe
55	DE	Tiene dificultad para defender sus derechos cuando procede
56	DE	Cuenta con asistencia legal o servicios de Asesoría legal
57	DE	Disfruta de sus derechos legales

Fuente: Elaboración propia

Nota: BE: Bienestar emocional, RI: Relaciones Interpersonales; BM; Bienestar Material; DP: Desarrollo Personal; BF: Bienestar Físico; AU: Autodeterminación; IS: Inclusión Social; DE: Derechos, DIM: Dimensión

Para la primera dimensión de bienestar emocional (BE), se escogieron como representativos de la dimensión el ítem 1, “Se muestra satisfecho con su vida actual”, el ítem 4, “Se muestra satisfecho consigo mismo”, y el ítem 6, “Se muestra satisfecho con los apoyos y servicios que recibe”, basándonos en las correlaciones entre ítems mostrados en la Tabla 56 y en la revisión de la literatura. La satisfacción con la vida y con uno mismo, aspectos recogidos en los ítems 1 y 4, son dos de las variables tradicionalmente recogidas en la literatura sobre bienestar y calidad de vida. En concreto, el bienestar subjetivo (Bóckerman et al., 2012; Molina y Meléndez, 2008) y el bienestar psicológico (Ryff y Keyes, 1995), suelen ser factores determinantes de la calidad de vida, y ambos se recogen con un ítem único o diferenciado por ámbitos en los que quiere medirse la satisfacción en prácticamente todos los cuestionarios analizados de calidad de vida salvo para aquellos dirigidos a personas con deterioro cognitivo grave. Cabe resaltar como limitación de esta elección con un 56% de los jueces consideraron el ítem 4 poco observable, aunque el debate fue más orientado hacia la poca atención que se le presta a esa información y al hecho de no disponer de ella más que al hecho de que fuera difícil de conocer con las herramientas adecuadas. La mayor dificultad estribaba en su aplicación al colectivo de personas con deterioro cognitivo moderado, colectivo para el cual se decidió validar la escala, y que motivó la introducción de esta limitación como línea futura de actuación.

En cuanto a los ítems descartados, la seguridad, asociada a vivir en un entorno libre de estrés, estable y predecible, sin sentirse nervioso y saber lo que tiene que y puede hacer, es también un indicador muy presente en la literatura sobre calidad de vida del adulto mayor (Hall et al., 2011; Raggi et al., 2016; Vargas y Gallego, 2005), lo que invitaría a incluir el ítem 8 “muestra sentimientos de inseguridad o incapacidad”. Sin embargo, la opinión del 33% de los jueces sobre la difícil observabilidad de este ítem, así como del ítem 2 (“Manifiesta sentirse un inútil”) hizo optar su exclusión a favor de la opción ya propuesta. Los ítems 3 y 5 (“Se muestra intranquilo o nervioso” y “Tiene problemas de comportamiento”) fueron otras opciones valoradas para su inclusión, en posible sustitución del ítem 6, sobre el que hubo cierto debate dado que puede estar más relacionado con la satisfacción con los servicios y la atención del centro residencial que con su calidad de vida, pero dado que la segunda no es posible sin la primera en este contexto, y dado que proporcionaba una información cualitativa importante sobre las posibles causas de un bienestar emocional con malas valoraciones, además de las mejores correlaciones inter-ítem que proporcionaba, se incluyó entre los ítems seleccionados.

Tabla 56. Matriz de correlaciones entre elementos para la dimensión bienestar emocional.

Matriz de correlaciones entre elementos								
	FU1PD	FU2PD	FU3PD	FU4PD	FU5PD	FU6PD	FU7PD	FU8PD
FU1PD	1	,354**	,445**	,706**	,293**	,639**	,465**	,335**
FU2PD	,354**	1	,372**	,370**	0,041	,255**	,549**	,552**
FU3PD	,445**	,372**	1	,409**	,401**	,387**	,488**	,354**
FU4PD	,706**	,370**	,409**	1	,179*	,584**	,500**	,453**
FU5PD	,293**	0,041	,401**	,179*	1	,272**	,213**	,182*
FU6PD	,639**	,255**	,387**	,584**	,272**	1	,419**	,269**
FU7PD	,465**	,549**	,488**	,500**	,213**	,419**	1	,706**
FU8PD	,335**	,552**	,354**	,453**	,182*	,269**	,706**	1

Fuente: Elaboración propia

Nota: \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$

Para la segunda dimensión, relaciones interpersonales (RI), se eligieron el ítem 10, “Mantiene buena relación con los profesionales del servicio al que acude”, 11 “Mantiene una buena relación con los compañeros del servicios al que acude” e ítem 14 “Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él”, basándonos no sólo en el hecho de que fueran los ítems que mejor correlacionaban, tal y como se muestra en la Tabla 57, sino en la literatura. Ésta defiende que, así como para las personas que viven en su propio domicilio las relaciones familiares son fundamentalmente las responsables de la satisfacción, éstas pierden peso en los centros residenciales, y son los aspectos sociales (Dirk van Dierendonck et al., 2006a; Molina y Meléndez, 2008; Winningham y Pike, 2007) los que más contribuyen a la satisfacción y por tanto al bienestar subjetivo -lo que justifica la selección de los ítems 10 y 11-. Sin embargo, en esta línea, es importante destacar que, así como las buenas relaciones familiares no son determinantes de la satisfacción, las malas relaciones familiares, según los mismos autores, sí lo son de la falta de satisfacción (de ahí la selección del ítem 14).

Respecto de los ítems descartados, la baja correlación del ítem 12 (“Carece de familiares cercanos, o los tiene pero la relación no es buena o frecuente”) con el resto de ítem junto con su baja observabilidad en opinión de los jueces no deja dudas sobre el descarte del mismo, y respecto del ítem 9 (“Realiza actividades que le gustan con otras personas”), a pesar del interés para las relaciones interpersonales y su buena correlación con los ítems 10 y 11, y su relación con el ítem 44 (“Participa en actividades de ocio que le gustan”), seleccionado en la escala Inclusión Social, nos permitió descartarlo sin temor a pérdida de fiabilidad de la escala.



Tabla 57. Matriz de correlaciones entre elementos para la dimensión relaciones interpersonales

Matriz de correlaciones entre elementos					
	FU9PD	FU10PD	FU11PD	FU12PD	FU14PD
FU9PD	1	,433**	,447**	0,121	,291**
FU10PD	,433**	1	,734**	0,113	,486**
FU11PD	,447**	,734**	1	0,113	,500**
FU12PD	0,121	0,113	0,113	1	,285**
FU14PD	,291**	,486**	,500**	,285**	1

Fuente: Elaboración propia

Nota: \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$

Para la dimensión bienestar material (BM), los ítems 15 “El lugar donde vive es confortable”, ítem 18 “El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades” e ítem 20 “Dispone de las cosas materiales que necesita”, los tres únicos ítems validados para el contexto residencial por parte de los jueces, que coincide con la bibliografía que afirma que el dominio del ambiente (Dirk van Dierendonck et al., 2006b; Ryff y Keyes, 1995) y la calidad ambiental (Hung et al., 2017; Low y Molzahn, 2007; Vargas y Gallego, 2005), son clave en el bienestar subjetivo de las personas mayores en cualquier contexto. A pesar de que el bienestar material suele tener un componente económico en casi todos los contextos, como muestran los modelos de calidad de vida y análisis de indicadores de calidad de vida presentados anteriormente en este estudio, el estilo de vida en los centros residenciales viene determinado por otros factores socio-demográficos ajenos a éste, dado que las estancias, los servicios recibidos, las opciones de participación en actividades... no dependen del nivel de económico de la persona residencia (con alguna excepción del uso de servicios de peluquería, podología y otros). La correlación entre los ítems no superó o lo hizo muy ajustadamente el punto de corte de ,300, tal y como puede observarse en la Tabla 58, pero la ausencia de más opciones dio lugar a su elección final y a la anotación de esta debilidad.

Tabla 58. Matriz de correlaciones entre elementos para la dimensión Bienestar Material.

Matriz de correlaciones entre elementos			
	FU15PD	FU18PD	FU20PD
FU15PD	1	,269**	,325**
FU18PD	,269**	1	,322**
FU20PD	,325**	,322**	1

Fuente: Elaboración propia

Nota: \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$

En el caso de la dimensión desarrollo personal (DP) los ítems seleccionados fueron el ítem 23 “Muestra dificultad para resolver eficazmente los problemas que se le plantean”), ítem 24 “Tiene dificultades para expresar información” e ítem 27 “Tiene dificultades para comprender la información que recibe”. La elección se basó esta vez más en el hecho de que fueran los ítems que mejor correlacionaban, tal y como muestra la Tabla 59 y no tanto en una idea clara obtenida de la literatura, que trata el desarrollo personal de manera variada en las diferentes escalas en función del colectivo objetivo, pero en general recogiendo el grado de satisfacción de la persona con las oportunidades de que disfruta, el tipo de tareas que realiza y vida que lleva más que con la capacidad de realizarlas de manera autónoma. Así, los indicadores que componen esta dimensión en la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) son educación, competencia personal y desempeño. Mientras tanto, en la escala WHOQOL-Old (Power et al., 2005) se refiere en una de sus dimensiones a las actividades pasadas, presentes y futuras, entendiendo como indicadores de éstas la satisfacción con los logros a lo largo de la vida y los objetivos pendientes y preguntando sobre la oportunidad para aplicarlas y/o su nivel de satisfacción con éstas, según la misma escala. La escala GENCAT (Gómez, 2011) lo mide a través de limitaciones/capacidades, acceso a nuevas tecnologías, oportunidades de aprendizaje, habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación). La escala CASP-19 (Hyde et al., 2013), en su dimensión autorrealización, se refiere a la capacidad de elección de cómo llevar la propia vida y las cosas que hacer, la satisfacción con la vida y con las oportunidades y el futuro. La escala ECV (Alcedo et al., 2008), en su dimensión desarrollo personal y autodeterminación combina indicadores relativos a la capacidad de realización de una serie de tareas con la aplicación de esta capacidad a diferentes ámbitos y el grado de satisfacción con esta realidad.

Es cierto que ciertas herramientas unen los conceptos autodeterminación y desarrollo personal en una única dimensión, y que la dimensión autodeterminación de la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) comprende los indicadores autonomía, metas/valores personas y elecciones, con una manera de preguntar algo más cercana a las posibilidades de elección (i.e. ítem 19 “Elige cómo pasar su tiempo libre”, ítem 42 “Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas” o ítem 43 “Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida”), sigue sin comprender aspectos subjetivos relativos al grado de satisfacción de la persona con su vida presente y futura. Dada esta realidad en su conjunto, se configuró la dimensión Desarrollo Personal atendiendo a las correlaciones entre ítems no sin dejar de anotar esta posible limitación de la escala. Así, fueron descartados el ítem 22 (“Pueden leer información básica para la vida cotidiana”), con una correlación media con el resto de ítems y considerado poco pertinente por el 50% de los jueces, lo mismo que el ítem 26 (“Tiene dificultades para sumar, restar, etc...”). El ítem 25 (“En el servicio al que va le dan información sobre cosas que le interesan”) no presentó dudas dada su baja correlación con el resto de ítem, mientras que el ítem 29 (“Muestra escasa flexibilidad mental”), que por sus buenas correlaciones hubiera podido ser un buen candidato, fue considerado menos interesante para la identificación de posibles barreras del desarrollo personal que los ítems seleccionados.

Tabla 59. Matriz de correlaciones entre elementos para la dimensión desarrollo personal.

Matriz de correlaciones entre elementos							
	FU22PD	FU23PD	FU24PD	FU25PD	FU26PD	FU27PD	FU29PD
FU22PD	1	,408**	,394**	,245**	,482**	,424**	,202**
FU23PD	,408**	1	,618**	,214**	,465**	,532**	,340**
FU24PD	,394**	,618**	1	,214**	,491**	,626**	,392**
FU25PD	,245**	,214**	,214**	1	,151*	,258**	0,129
FU26PD	,482**	,465**	,491**	,151*	1	,575**	,511**
FU27PD	,424**	,532**	,626**	,258**	,575**	1	,584**
FU29PD	,202**	,340**	,392**	0,129	,511**	,584**	1

Fuente: Elaboración propia

Nota: \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$

Para la dimensión bienestar físico (BF) se seleccionaron los ítems 30 “Tiene problemas de movilidad”, ítem 31 “Tiene problemas de continencia” e ítem 34 “Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres...). Los dos primeros fueron seleccionados por la buena correlación entre ellos, y el ítem 34, a pesar de

presentar una correlación baja y no significativa, presentó una buena correlación con el ítem 30, tal y como se muestra en la Tabla 60, y tuvo el soporte de los jueces y la literatura. Aunque es cierto que el conjunto formado por los ítems 31, 31 y 32 (“Tiene problemas para seguir una conversación porque oye mal”) hubiera presentado una mejora correlación inter-ítem, la ponderación de los resultados dados por los jueces a su pertinencia, importancia y observabilidad lo descartaba por superar el punto de corte establecido. El resto de ítems no ofrecía opciones de correlación suficientemente buenas como para eliminar la elección del ítem 34, dado que tuvo el apoyo de los jueces y de la literatura. En concreto, se entendió procedente mantenerlo por ser prácticamente el único ítem relativo a la salud cognitiva de la escala y por permitir, cuando aún no hay un diagnóstico o certificación oficial de deterioro cognitivo, interpretar los resultados y plantear acciones que contemplen esta realidad. En la literatura se encuentran posturas a favor y en contra, definiéndose en algunos estudios el peor estado cognitivo como una de las justificaciones de una peor calidad de vida en instituciones según estudios recientes (Lobo et al., 2007) y afirmando otros que, al contrario, la correlación no existe, ni siquiera en estadios leves de deterioro cognitivo (Vogel et al., 2006). Esta discusión respecto de los estadios leves y las dudas de la validez de la escala para personas con deterioro cognitivo grave defendieron el mantenimiento del ítem. Es cierto, por otro lado, que algunos jueces apoyaron su pertinencia e importancia, pero también su posible mejor encaje en otra dimensión, como desarrollo personal.

Finalmente, el debate es casi inexistente en referencia al impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las personas, apuntando siempre hacia una correlación negativa y alta (DuBeau, Kuchel, Johnson, Palmer, y Wagg, 2010; Shaw y Wagg, 2016; Vallejos et al., 2019). Igualmente se consideró clave por los jueces, presentó soporte de la literatura y buenas correlaciones inter-ítem el ítem 30 sobre problemas de movilidad, asociado a la autonomía personal (Dirk van Dierendonck et al., 2006b; Hall et al., 2011; Ryff y Keyes, 1995) como factor clave del bienestar subjetivo en general, y del bienestar físico en particular.

Respecto de los ítems descartados, el ítem 33, único ítem presente en la escala que se refiere directamente a cuestiones de salud (“Su salud le permite salir a la calle”), fue otro de los candidatos a mantenerse en la escala, aunque hubo mucho debate sobre la pertinencia de que tuviera que pertenecer a la subescala bienestar físico y no a la inclusión social, dado su

contenido. El debate giró además en torno a la dinámica de los centros, en los que la opción de salir a la calle es casi inexistente dada las características sociodemográficas de los residencias, al menos sin acompañamiento de familiares o personas voluntarias, pues el acompañamiento del personal del centro está descartado. Este debate, unido a la mala correlación del ítem con el resto de ítems de su dimensión, lo descartó definitivamente. Respecto de la eliminación del ítem 32 “Tiene problemas para seguir una conversación porque oye mal”, aunque la literatura es consistente en afirmar el impacto negativo de los problemas de audición en la calidad de vida (Carniel et al., 2017; Ciorba, Bianchini, Pelucchi, y Pastore, 2012; Lotfi, Mehrkian, Moossavi, y Faghieh-Zadeh, 2009; Murphy, Cooney, Shea, y Casey, 2009; Nordvik et al., 2018; Raggi et al., 2016; Tsakiropoulou, Konstantinidis, Vital, Konstantinidou, y Kotsani, 2007) la opinión de los jueces respecto de su pertinencia e importancia indicó su carácter no determinante en el contexto residencial, y de hecho, la baja correlación del ítem como todos los demás obligaba a descartarlo de la selección.

Tabla 60. Matriz de correlaciones entre elementos para la dimensión bienestar físico.

Matriz de correlaciones entre elementos					
	FU30PD	FU31PD	FU32PD	FU33PD	FU34PD
FU30PD	1	,524**	,160*	,147*	0,130
FU31PD	,524**	1	,264**	,145*	,372**
FU32PD	,160*	,264**	1	,208**	,270**
FU33PD	,147*	,145*	,208**	1	0,128
FU34PD	0,130	,372**	,270**	0,128	1

Fuente: Elaboración propia

Nota: \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$ .

En el caso de la autodeterminación, la dimensión estuvo compuesta por los ítems 36 “Hace planes sobre su futuro”, ítem 39 “Elige cómo pasar su tiempo libre” e ítem 41 “Su familia respeta sus decisiones”. La elección de dos de estos ítems merece atención. En primer lugar, una interpretación de las correlaciones ente ítems mostradas en la Tabla 61 nos hubiera llevado a elegir el ítem 40 “Ha elegido el lugar donde vive” en lugar del 39, “Elige cómo pasar su tiempo libre” y el ítem 37 “Tiene dificultades para manejar el dinero de forma autónoma”. En el primer caso, la baja observabilidad del ítem apuntada por un tercio de los jueces nos decantó por el ítem 39. En este sentido, cabe destacar que la literatura defiende la influencia del lugar de residencia y el hecho de elegirlo sobre la calidad de vida (Borglin et al., 2005; Bowling et

al., 2003b; Branch y Jette, 1982; Dirk van Dierendonck et al., 2006a; Hyde et al., 2003; Ilinca et al., 2015; Molina y Meléndez, 2008c; Nosraty et al., 2014; Ryff y Keyes, 1995) por lo que parecería conveniente establecer formas fiables de observación del ítem, aspecto que se traslada a las líneas futuras de investigación de este estudio. En el segundo caso, la poca importancia adjudicada al ítem 37 por el 50% de los jueces marcada por el estilo de vida del centro que hace necesitar poco manejo de dinero junto con su relativamente baja correlación con el resto de ítems de la dimensión permitió eliminarlo sin miedo a perder información valiosa. El ítem 36 fue igualmente calificado como poco observable por un alto porcentaje de los jueces (56%), aunque el debate que concluyó en tal resultado fue menos orientado hacia las opciones y deseos reales de hacer planes de futuro para las personas en los centros residenciales dadas sus características sociodemográficas como dado el tipo de funcionamiento del centro. Dada la importancia del ítem, su elección contó con el apoyo de la mayoría de los jueces.

Tabla 61. Matriz de correlaciones entre elementos para la dimensión autodeterminación.

Matriz de correlaciones entre elementos					
	FU36PD	FU37PD	FU39PD	FU40PD	FU41PD
FU36PD	1	,387**	,402**	,442**	,394**
FU37PD	,387**	1	,500**	,402**	,415**
FU39PD	,402**	,500**	1	,453**	,472**
FU40PD	,442**	,402**	,453**	1	,573**
FU41PD	,394**	,415**	,472**	,573**	1

Fuente: Elaboración propia

Nota: \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$ .

En el caso de la inclusión social (IS) se seleccionó el ítem 44 “Participa en diversas actividades de ocio que le interesan”, ítem 46 “En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita” e ítem 52 “Tiene dificultades para participar en su comunidad”, los tres únicos ítems validados para el contexto residencial por parte de los jueces, cuyas correlaciones se muestran en la Tabla 62. Más allá de la ausencia de otras combinaciones posibles, el contraste con la literatura apoya la configuración final de la subescala, cuando resalta la importancia de las actividades de ocio (Fernández Ballesteros, 1997; Gómez, 2011; Hung et al., 2017; Low y Molzahn, 2007; Vargas y Gallego, 2005), recogidas en el ítem 44, de tener una red social suficiente recogido en el ítem 46 y de participar en la comunidad, previsto

en el ítem 52 (Fernández Ballesteros, 2003; Fernández Ballesteros y Zamarrón, 1996; Zamarrón Cassinello y Fernández Ballesteros, 2000)

Tabla 62. Matriz de correlaciones entre elementos para la dimensión inclusión social.

Matriz de correlaciones entre elementos			
	FU44PD	FU46PD	FU52PD
FU44PD	1	,275**	,550**
FU46PD	,275**	1	,322**
FU52PD	,550**	,322**	1

Fuente: Elaboración propia

Nota: \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$

Por último, para la dimensión derechos, fueron seleccionados los ítems 53 “En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos”, ítem 54 “Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe” y 57·Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales...), por la excelente correlación de los ítems (ver Tabla 63) y por el soporte de la literatura. La correlación inter-ítem hubiera llevado a la sustitución del ítem 53 por el ítem 56 (“Cuenta con asistencia legal o servicios de Asesoría legal”), pero dado que un 50% de los jueces estimaron una mala observabilidad del mismo, además de resultarles confuso en cuanto a si se refería a servicios proporcionados por el propio centro residencial o si se trata de servicios externos, fue descartado a favor del ítem 54. Éste, comentaban los jueces, toma especial relevancia en el contexto residencial dada la gran comorbilidad de las personas residentes y el excesivo control que a menudo se ejerce sobre sus vidas.

Tabla 63. Matriz de correlaciones entre elementos para la dimensión derechos.

Matriz de correlaciones entre elementos					
	FU53PD	FU54PD	FU55PD	FU56PD	FU57PD
FU53PD	1	,568**	,303**	,389**	,417**
FU54PD	,568**	1	,480**	,478**	,598**
FU55PD	,303**	,480**	1	,247**	,351**
FU56PD	,389**	,478**	,247**	1	,708**
FU57PD	,417**	,598**	,351**	,708**	1

Fuente: Elaboración propia

Nota: \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$

Respecto del resto de ítems descartados, el ítem 55 (“Tiene dificultad para defender sus derechos cuando procede”), más allá de su relativamente baja correlación con el resto de ítems (salvo con el ítem 54), en el contexto residencial se estimó más importante las acciones que el propio centro pudiera llevar a cabo para proteger los derechos de las personas residentes, recogido en el ítem 53 que sí fue seleccionado.

Así, la escala final se compuso por los ítems descritos en la Tabla 64, que presenta además la nueva numeración del ítem en la escala adaptada y su formulación final tras la incorporación de las sugerencias de los jueces.

Tabla 64. Ítems seleccionados, renumerados y reformulados de la escala FUMAT ADAPTADA.

ÍTEM	ÍTEM <sup>a</sup>	DIM	PROPUESTA FORMULACIÓN FINAL
1	1	BE	Se muestra satisfecho con su vida actual (se ajusta a sus expectativas, se le ve en general a gusto con el estilo de vida que lleva...)
4	2	BE	Se muestra satisfecho consigo mismo (sus logros en la vida, el tipo de persona que es...)
6	3	BE	Se muestra satisfecho con los apoyos y servicios que recibe
10	4	RI	Tiene buena relación con los profesionales del centro residencial
11	5	RI	Tiene buena relación con los compañeros del centro residencial
14	6	RI	Se siente querido por las personas que son importantes para él
15	7	BM	El lugar donde vive es confortable
18	8	BM	El centro residencial tiene barreras arquitectónicas que dificultan o impiden alguna actividad o una vida adaptada a sus necesidades
20	9	BM	Dispone de las cosas materiales que necesita
23	10	DP	Muestra dificultad para resolver eficazmente los problemas que se le plantean
24	11	DP	Tiene dificultad para expresar información
27	12	DP	Tiene dificultades para entender la información que recibe
30	13	BF	Tiene problemas de movilidad (diferenciar entre más graves y más leves)
31	14	BF	Tiene problemas de continencia
34	15	BF	Tiene problemas para recordar información Importante
36	16	AU	Hace planes sobre su futuro
39	17	AU	Elige cómo pasar su tiempo libre
41	18	AU	Otras personas (profesionales, familiares, compañeros...) toman decisiones importantes para su vida, incluido cómo pasar su tiempo libre
44	19	IS	Participa en actividades de ocio que le gustan, incluso en aficiones que el centro le facilita, más allá de las actividades habituales del centro
46	20	IS	En el centro residencial tiene dificultad para encontrar apoyos, entre profesionales, amigos, familiares...
52	21	IS	Le es difícil relacionarse o integrarse con los compañeros del centro residencial
53	22	DE	El centro residencial respeta y defiende sus derechos (los profesionales los conocen y son críticos con su aplicación)
54	23	DE	Tiene información buena y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe
57	24	DE	Disfruta de sus derechos legales

Fuente: Elaboración propia

Nota: ÍTEM<sup>a</sup>: Nueva numeración del ítem en la escala adaptada



**FASE 6: Resultado de evidencias de validez y fiabilidad de la escala FUMAT ADAPTADA****Evidencias de validez factorial de la escala FUMAT ADAPTADA**

A continuación, se estudió la estructura factorial de la escala FUMAT ADAPTADA sometiendo a pruebas de ajuste tres modelos factoriales.

El ajuste general del Modelo 1 o modelo unifactorial obtuvo un ajuste inadecuado:  $\chi^2$  (252) = 1089.737 ( $p < ,001$ ), CFI = ,760, TLI = ,737, RMSEA = ,132 [,124, ,140], SRMR = ,136. El ajuste analítico, por su parte, mostró que todos los ítems saturaban de forma estadísticamente significativa en el factor, aunque el ítem 18 lo hizo con un valor menor de .30 (ver Tabla 65).

Tabla 65. Saturaciones factoriales de los ítems de la escala FUMAT ADAPTADA en el Modelo 1.

Calidad de vida	
Ítem	$\lambda$
I 1	,772
I 4	,769
I 6	,696
I10	,798
I11	,724
I14	,516
I 15	,365
I 18	,208
I 20	,510
I 23	,646
I 24	,720
I 27	,685
I 30	,372
I 31	,432
I 34	,573
I 36	,588
I 39	,650
I 41	,616
I 44	,673
I 46	,434
I 52	,675
I 53	,517
I 54	,735
I 57	,687

Nota:  $\lambda$  = saturación factorial estandarizada; todas las saturaciones factoriales fueron estadísticamente significativas ( $p < ,001$ ) excepto el ítem 18 ( $p < .050$ )

El Modelo 2 o modelo multidimensional obtuvo un ajuste excelente:  $\chi^2 (224) = 378.446$  ( $p < ,001$ ), CFI = ,956, TLI = ,945, RMSEA = ,060 [,049, ,070], SRMR = ,073. En cuanto al ajuste analítico, y tal y como puede observarse en la Tabla 66, este fue también excelente, con saturaciones factoriales estadísticamente significativas ( $p < ,001$ ) y muy superiores a ,30 en todos los casos.

Tabla 66. Saturaciones factoriales de los ítems de la versión reducida de la Escala FUMAT ADAPTADA en el Modelo 2

BE		RI		BM		DP	
Ítem	$\lambda$	Ítem	$\lambda$	Ítem	$\lambda$	Ítem	$\lambda$
I 1	,871	I10	,952	I 15	,627	I 23	,802
I 4	,884	I11	,849	I 18	,412	I 24	,882
I 6	,819	I14	,699	I 20	,809	I 27	,848
BF		AU		IS		DR	
Ítem	$\lambda$	Ítem	$\lambda$	Ítem	$\lambda$	Ítem	$\lambda$
I 30	,563	I 36	,705	I 44	,791	I 53	,698
I 31	,715	I 39	,769	I 46	,506	I 54	,926
I 34	,837	I 41	,735	I 52	,797	I 57	,854

Fuente: Elaboración propia

Nota: BE = Bienestar emocional; RI = Relaciones interpersonales; BM = Bienestar material; DP = Desarrollo personal; BF = Bienestar físico; AU = Autodeterminación; IS = Interacciones sociales; DR = Derechos;  $\lambda$  = saturación factorial estandarizada; todas las saturaciones factoriales fueron estadísticamente significativas ( $p < ,001$ ).

Tabla 67. Correlaciones entre factores en el Modelo 2 de la Escala FUMAT ADAPTADA

	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR
BE	1,000							
RI	,729***	1,000						
BM	,413***	,547***	1,000					
DP	,477***	,385***	-,193	1,000				
BF	,414***	,126	,182	,760***	1,000			
AU	,602***	,357***	,505***	,669***	,730***	1,000		
IS	,663***	,594***	,434***	,741***	,519***	,799***	1,000	
DE	,423***	,336***	,663***	,293**	,396***	,743***	,561***	1,000

Fuente: Elaboración propia

Nota: \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$

Por lo que respecta al Modelo 3 o de segundo orden, el ajuste general no fue adecuado:  $\chi^2(244) = 611.703$  ( $p < ,001$ ), CFI = ,894, TLI = ,881, RMSEA = ,089 [,080, ,098], SRMR = ,103. Para más detalle, ver Tabla 68.

Tabla 68. Saturaciones factoriales de los ítems en los factores de primer orden de la escala FUMAT ADAPTADA en el Modelo 3

BE		RI		BM		DP	
Ítem	$\lambda$	Ítem	$\lambda$	Ítem	$\lambda$	Ítem	$\lambda$
I 1	,869	I10	,962	I 15	,577	I 23	,804
I 4	,885	I11	,842	I 18	,398	I 24	,879
I 6	,821	I14	,688	I 20	,877	I 27	,850
BF		AU		IS		DE	
Ítem	$\lambda$	Ítem	$\lambda$	Ítem	$\lambda$	Ítem	$\lambda$
I 30	,571	I 36	,702	I 44	,792	I 53	,679
I 31	,679	I 39	,774	I 46	,505	I 54	,950
I 34	,865	I 41	,735	I 52	,797	I 57	,841

Fuente: Elaboración Propia

Nota: BE = Bienestar emocional; RI = Relaciones interpersonales; BM = Bienestar material; DP = Desarrollo personal; BF = Bienestar físico; AU = Autodeterminación; IS = Interacciones sociales; DE = Derechos;  $\lambda$  = saturación factorial estandarizada; todas las saturaciones factoriales fueron estadísticamente significativas ( $p < ,001$ )

Después de probar los tres modelos, se concluyó que el único que mostró un ajuste adecuado fue el Modelo 2, o modelo multidimensional con ocho factores interrelacionados. Los Modelos 1 y 3 mostraron un ajuste inadecuado y, por tanto, se asumió el Modelo 2 como la mejor representación de los datos, lo que coincide con la versión original de los autores.

### Evidencias de fiabilidad de la escala FUMAT ADAPTADA

Una vez obtenida evidencia sobre la estructura factorial de la escala que mejor ajustó a los datos, se calcularon estimaciones de fiabilidad de las dimensiones que la conformaban y de los ítems. Para la dimensión de BE se obtuvo un valor de alfa de ,844 y un CRI de ,894. Los ítems mostraron un buen comportamiento, tal y como se muestra en la Tabla 69.

Tabla 69. Estadísticos descriptivos y de fiabilidad de los ítems de la dimensión de bienestar emocional

	M	DT	Correlaciones inter-ítem			Homog.	Alfa corregido
			I 1	I 4	I 6		
<b>I 1</b>	2,55	0,99	1			,757	,736
<b>I 4</b>	2,49	1,04	,706**	1		,714	,780
<b>I 6</b>	2,94	0,96	,639**	,585**	1	,662	,827

Fuente: Elaboración propia

Nota: \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$ ; M: Media; DT: Desviación típica; Homog.: Índice de homogeneidad del ítem

En cuanto a las estimaciones de fiabilidad para la escala de RI, el alfa de Cronbach fue de ,784 y el CRI de ,876. Los ítems mostraron un buen comportamiento, a pesar de que la eliminación del ítem 14 mejoraría la fiabilidad de la escala. No obstante, dado que el ítem mostró adecuada validez de contenido y la fiabilidad con los tres ítems resultó adecuada, se tomó la decisión de mantenerlo en el factor. Para más detalle, ver la Tabla 70.

Tabla 70. Estadísticos descriptivos y de fiabilidad de los ítems de la dimensión de relaciones interpersonales

	M	DT	Correlaciones inter-ítem			Homog.	Alfa corregido
			I 10	I 11	I 14		
<b>I 10</b>	3,30	0,82	1			,689	,659
<b>I 11</b>	3,10	0,91	,734**	1		,693	,634
<b>I 14</b>	2,83	1,11	,486**	,500**	1	,530	,844

Fuente: Elaboración propia

Nota: \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$ ; M: Media; DT: Desviación típica; Homog.: Índice de homogeneidad del ítem

También la escala de BM y los ítems que la formaron ofrecieron evidencia de una pobre fiabilidad, obteniéndose un alfa con valor de ,568 y un CRI de ,657. La fiabilidad de la escala fue, por tanto, justa. Los estadísticos referentes a los ítems, que pueden observarse en la Tabla 71, apuntan al mantenimiento de estos.

Tabla 71. Estadísticos descriptivos y de fiabilidad de los ítems de la dimensión de bienestar material

	M	DT	Correlaciones inter-ítem			Homog.	Alfa corregido
			I 15	I 18	I 20		
I 15	3,55	0,72	1			,365	,487
I 18	3,73	0,75	,269**	1		,363	,490
I 20	3,51	0,73	,392**	,322**	1	,406	,424

Fuente: Elaboración propia

Nota: \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$ ; M: Media; DT: Desviación típica; Homog.: Índice de homogeneidad del ítem

En cuanto a la fiabilidad de la DP, esta fue excelente en la muestra. Se obtuvo un valor de alfa de ,807 y un CRI de ,882. Los ítems mostraron un comportamiento adecuado, tal y como se muestra en la Tabla 72.

Tabla 72. Estadísticos descriptivos y de fiabilidad de los ítems de la dimensión de desarrollo personal

	M	DT	Correlaciones inter-ítem			Homog.	Alfa corregido
			I 23	I 24	I 27		
I 23	2,77	0,98	1			,641	,762
I 24	3,32	0,91	,618**	1		,708	,679
I 27	3,35	0,76	,532**	,626**	1	,641	,762

Fuente: Elaboración propia

Nota: \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$ ; M: Media; DT: Desviación típica; Homog.: Índice de homogeneidad del ítem

Siguiendo con el estudio de fiabilidad, la dimensión de bienestar físico obtuvo un valor de alfa de ,620 y un CRI de ,753, mostrando, por tanto, una fiabilidad adecuada cuando se evalúa por los procedimientos más actuales. Los ítems también mostraron evidencia de fiabilidad, aunque el ítem 34 fue el menos correlacionado con el resto y su eliminación mejoraba la fiabilidad de la escala, tal y como se muestra en la Tabla 73. No obstante, dada su validez de contenido y el adecuado CRI de la escala con el ítem en ella, se decidió mantenerlo.

Tabla 73. Estadísticos descriptivos y de fiabilidad de los ítems de la dimensión de bienestar físico

	M	DT	Correlaciones inter-ítem			Homog.	Alfa corregido
			I 30	I 31	I 34		
I 30	2,59	1,23	1			,442	,504
I 31	2,74	1,29	,524**	1		,607	,214
I 34	3,43	0,82	,130*	,372**	1	,291	,687

Fuente: Elaboración propia

Nota: \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$ ; M: Media; DT: Desviación típica; Homog.: Índice de homogeneidad del ítem

Por lo que respecta a la fiabilidad de la dimensión de autodeterminación, la evidencia obtenida apuntó que esta era adecuada, con un alfa de ,687 y un CRI de ,781. Los ítems también mostraron evidencia de fiabilidad, tal y como se muestra en la Tabla 74.

Tabla 74. Estadísticos descriptivos y de fiabilidad de los ítems de la dimensión autodeterminación

	M	DT	Correlaciones inter-ítem			Homog.	Alfa corregido
			I 36	I 39	I 41		
<b>I 36</b>	1,95	1,12	1			,464	,640
<b>I 39</b>	3,02	1,16	,402**	1		,522	,565
<b>I 41</b>	2,88	1,07	,394**	,472**	1	,518	,573

Fuente: Elaboración propia

Nota: \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$ ; M: Media; DT: Desviación típica; Homog.: Índice de homogeneidad del ítem

En cuanto a la dimensión de inclusión social, ésta presenta un valor de alfa de ,643 y un CRI de ,747, por lo que la fiabilidad se consideró adecuada. Los ítems mostraron un buen comportamiento, excepto el ítem 46, cuya eliminación mejoraba el alfa de la escala. No obstante, dado que el ítem mostró validez de contenido y el CRI total de la escala era adecuado cuando el ítem 46 se incluía, se decidió mantener el ítem. El detalle puede observarse en la Tabla 75.

Tabla 75. Estadísticos descriptivos y de fiabilidad de los ítems de la dimensión de inclusión social

	M	DT	Correlaciones inter-ítem			Homog.	Alfa corregido
			I 44	I 46	I 52		
<b>I 44</b>	2,72	1,20	1			,539	,450
<b>I 46</b>	3,23	0,62	,275**	1		,336	,700
<b>I 52</b>	3,21	0,98	,550**	,322**	1	,576	,365

Fuente: Elaboración propia

Nota: \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$ ; M: Media; DT: Desviación típica; Homog.: Índice de homogeneidad del ítem

Finalmente, se estudió la fiabilidad de la dimensión de derechos, en la que el alfa fue de ,758 y el CRI de ,869, estimaciones que pueden considerarse adecuadas. Los ítems de la escala también dieron muestra de una fiabilidad adecuada, tal y como puede observarse en la Tabla 76.

Tabla 76. Estadísticos descriptivos y de fiabilidad de los ítems de la dimensión de derechos

	M	DT	Correlaciones inter-ítem			Homog.	Alfa corregido
			I 53	I 54	I 57		
<b>I 53</b>	3,26	0,86	1			,539	,732
<b>I 54</b>	3,35	0,87	,568**	1		,692	,574
<b>I 57</b>	3,29	1,13	,417**	,598**	1	,573	,724

Fuente: Elaboración propia

Nota: \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$ ; M: Media; DT: Desviación típica; Homog.: Índice de homogeneidad del ítem

Así, el resumen de los parámetros alfa de Cronbach y CRI de las dimensiones de la escala FUMAT ADAPTADA es el presentado en la Tabla 77.

Tabla 77. Resumen de los valores de los parámetros de fiabilidad de la escala FUMAT ADAPTADA.

Calidad de vida	alfa de Cronbach	CRI
<b>BE</b>	,844	,894
<b>RI</b>	,784	,876
<b>BM</b>	,568	,657
<b>DP</b>	,807	,882
<b>BF</b>	,620	,753
<b>AU</b>	,687	,781
<b>IS</b>	,643	,747
<b>DE</b>	,758	,869

Fuente: Elaboración propia

Nota: CRI: Composite Reliability Index, BE: Bienestar emocional; RI : Relaciones interpersonales; BM : Bienestar material; DP : Desarrollo personal; BF : Bienestar físico; AU : Autodeterminación; IS : Interacciones sociales; DE: Derechos

### **Evidencias de validez convergente de la escala FUMAT ADAPTADA.**

Para obtener evidencia de la validez convergente de la escala FUMAT ADAPTADA, se calcularon correlaciones entre las dimensiones originales y las nuevas dimensiones, de menor longitud. La correlación entre las versiones corta y larga de la dimensión de bienestar emocional (BE) fue positiva, alta y estadísticamente significativa ( $r = ,792, p < ,001$ ), ofreciendo, por tanto, evidencia de validez de contenido para esta dimensión. La correlación entre las versiones corta y larga de relaciones interpersonales (RI) fue casi perfecta ( $r = ,949, p < ,001$ ), teniendo esta dimensión también validez convergente. En cuanto a la dimensión de bienestar material (BM), la correlación obtuvo un valor medio, menor al esperado ( $r = ,436, p < ,001$ ), por lo que, a pesar de ir en la dirección esperada, la evidencia apuntó diferencias en el comportamiento de ambas dimensiones. La correlación entre las dos versiones de la dimensión de desarrollo personal (DP), sí fue en la línea de lo esperado, ofreciendo evidencias de una excelente validez convergente ( $r = ,937, p < ,001$ ). En esta misma línea fueron los resultados encontrados sobre la validez convergente de la dimensión de bienestar físico (BF) ( $r = ,887, p < ,001$ ). También la evidencia de validez convergente de la dimensión de autonomía (AU) y de la de inclusión social (IS) fueron adecuada, en la línea de lo esperado ( $r = ,817, p < ,001$  y  $r = ,899, p < ,001$ , respectivamente). Finalmente, la dimensión de derechos (DE) mostró una validez convergente excelente ( $r = ,925, p < ,001$ ).

### **Evidencias de validez externa de la escala FUMAT ADAPTADA**

En cuanto a las relaciones de las dimensiones abreviadas con factores externos, se calcularon correlaciones de Pearson para las variables numéricas edad y tiempo de ingreso y correlaciones de Spearman para dependencia física (0 autónomo, 1 leve, 2 moderada, 3 grave, 4 total) y deterioro cognitivo (0 o autónomo, 1 leve, 2 moderada), similares en interpretación a Pearson por tratarse de una derivación de estas, más apropiadas para ordinales. Recordemos que los grados más graves de deterioro cognitivo (3 –grave- y 4-total-) fueron estudiados a través de la escala QUALID (Weiner et al., 2000). Los estadísticos descriptivos de las variables utilizadas para el análisis de validez externa son los recogidos en la Tabla 78, mostrando un grado de dependencia física bastante elevada (1,59 sobre 4), un grado de deterioro cognitivo medio (1,04 sobre 2), un tiempo de ingreso medio de 3,26 años y una edad media de 90 años.



Tabla 78 Estadísticos descriptivos de las variables consideradas para el análisis de validez externa

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
<b>DF</b>	191	0	4	1,59	1,02
<b>DC</b>	191	0	2	1,04	,70
<b>Tiempo Ingreso</b>	190	0	10	3,26	2,96
<b>EDAD</b>	190	75	101	90,07	8,59

Fuente: Elaboración propia

Nota: DF: Dependencia física; DC: Deterioro cognitivo; N: Número de elementos de la muestra; M: media; DT: Desviación típica

Así, en primer lugar, en el caso de la edad, sólo las dimensiones autodeterminación (AU) y bienestar físico (BF) arrojaron correlaciones significativas, en ambos casos negativas y de baja cuantía ( $r = -,211, p <,01$  y  $r = -,152, p <,05$ , respectivamente), y para el caso del tiempo de ingreso, fueron autodeterminación (AU) y derechos (DE), en este caso positivas y también de baja cuantía ( $r = ,249, p <,01$  y  $r = ,148, p <,05$ , respectivamente).

En el caso de la dependencia física, cinco de las ocho dimensiones presentaron correlaciones significativas, en todos los casos con una significación menor que ,01 y negativas. De mayor a menor magnitud, bienestar físico (BF,  $r = -,547$ ), autodeterminación (AU,  $r = -,443$ ), desarrollo personal (DP,  $r = -,371$ ), inclusión social (IS,  $r = -,333$ ) y derechos (DE,  $r = -,210$ ).

Para analizar el posible efecto confundente de la edad, se realizaron las mismas correlaciones, pero controlando por esta variable. La principal aportación de este análisis fue la incorporación de la dimensión bienestar emocional a las que correlacionan significativamente con la dependencia física, una vez más negativamente y con un tamaño pequeño ( $r = -,149, p <,05$ ). El resto de las cuatro dimensiones varían muy poco su correlación con esta variable, salvo inclusión social, que pasa de  $r = -,333$  a  $r = -,282$ , llevándonos a la conclusión de que la relación entre las dimensiones y la dependencia física es puramente así, y no atribuible a la edad, aunque ésta interviene ligeramente en la correlación con la inclusión social. Así pues, mayores niveles de dependencia física se asociaron de forma negativa con la calidad de vida, en concreto con las dimensiones de desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, derechos y bienestar emocional.

Eliminando entre esas seis la dimensión derechos, encontramos las dimensiones que correlacionaron significativamente con el deterioro cognitivo según el análisis de correlaciones

de Spearman. En concreto, desarrollo personal (DP,  $r = -,354, p <,01$ ), bienestar físico (BF,  $r = -,317, p <,01$ ), autodeterminación (AU,  $r = -,257, p <,01$ ), inclusión social (IS,  $r = -,210, p <,01$ ) y bienestar emocional (BE,  $r = -,151, p <,05$ ). Como se ya se hizo con la dependencia física, también para el caso del deterioro cognitivo se estudió el posible efecto confundente de la variable edad. Esto es, se estudió si dichas relaciones se debían a la edad (que se asocia con mayor dependencia psíquica) o eran independientes de ésta. De nuevo, los resultados fueron muy similares a los anteriores y sólo la dimensión inclusión social disminuyó ligeramente su correlación, pasando de  $r = -,210$  a  $r = -,189$ , manteniéndose estadísticamente significativas, del mismo signo y prácticamente la misma magnitud, todas las encontradas en el análisis bivariado. Así pues, mayores niveles de dependencia psíquica se asociaron de forma negativa con la calidad de vida, en concreto con las dimensiones bienestar emocional, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación e inclusión social.

Tabla 79. Correlaciones entre las dimensiones de la escala FUMAT ADAPTADA y las variables externas, manteniendo fijo el efecto de la edad.

	Edad	TINGRE	DF	DC
<b>BE</b>	-,032	,119	-,134	-,151*
<b>RI</b>	-,009	-,013	,070	,020
<b>BM</b>	-,082	,027	,078	,057
<b>DP</b>	,038	,109	-,371**	-,354**
<b>BF</b>	-,152*	,100	-,537**	-,317**
<b>AU</b>	-,211**	,249**	-,443**	-,257**
<b>IS</b>	-,066	,139	-,333**	-,210**
<b>DE</b>	-,114	,148*	-,210**	-,081

Nota: Las correlaciones de la edad y el tiempo de ingreso con las dimensiones de calidad de vida se estimaron utilizando correlaciones de Pearson. En el caso de la dependencia física y psíquica, se utilizaron correlaciones de Spearman.

Nota: \*  $p <,050$ ; \*\*  $p <,010$ ; DF: Dependencia Física; DC: Deterioro Cognitivo; TINGRE: Tiempo de ingreso, BE: Bienestar emocional; RI: Relaciones interpersonales; BM: Bienestar material; DP: Desarrollo personal; BF: Bienestar físico; AU: Autodeterminación; IS: Interacciones sociales; DE: Derechos

Para estudiar el efecto del género y el tipo de residencia sobre las dimensiones de la calidad de vida, se llevó a cabo un análisis de varianza multivariante (MANOVA), en el que se emplearon las ocho dimensiones de la calidad de vida como variables dependientes y se buscaron diferencias estadísticamente significativas en éstas en función del género (mujer vs. hombre), el tipo de residencia (urbana vs. no urbana) y la interacción entre ambas variables (género\*tipo de residencia).

El efecto de la variable género resultó estadísticamente significativo:  $F(8, 179) = 2,166$ ;  $p = ,032$ ;  $\eta^2 = ,088$ . Los ANOVAs de continuación, que pueden consultarse en la Tabla 81, apuntaron a que las diferencias se encontraban específicamente en las dimensiones de bienestar emocional (BE) y bienestar físico (BF), en ambos casos a favor de los hombres, y de tamaño de efecto pequeño (aunque se superó el punto de corte de ,02 para tamaños pequeños, lo hizo de manera insignificante, arrojando unos valores de ,024 y ,029, para bienestar emocional y bienestar físico respectivamente, lejos del punto de corte ,13 para tamaños medios). La Tabla 82 recoge la media y desviación típica para cada una de las dimensiones en función del género.

Tabla 80. Correlaciones entre las dimensiones de la escala FUMAT ADAPTADA y el grado de dependencia física y el grado de dependencia física, controlando por la variable edad.

	DF	DC
BE	-,149*	-,150*
RI	,070	,042
BM	,013	,019
DP	-,376**	-,339**
BF	-,544**	-,306**
AU	-,454**	-,249**
IS	-,282**	-,189*
DE	-,232**	-,095

Nota: \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ , DF: Dependencia Física; DC: Deterioro Cognitivo, BE: Bienestar emocional; RI: Relaciones interpersonales; BM: Bienestar material; DP: Desarrollo personal; BF: Bienestar físico; AU: Autodeterminación; IS: Interacciones sociales; DE: Derechos

Tabla 81. ANOVAs de continuación en función de variables significativas (género, tipo residencia e interacción)

Variable	Dimensiones	gl efecto	gl error	F	p	$\eta^2$
Género	BE	1	186	4,554	,034	,024
	RI	1	186	1,763	,186	,009
	BM	1	186	0,007	,934	,000
	DP	1	186	0,265	,607	,001
	BF	1	186	5,613	,019	,029
	AU	1	186	2,435	,120	,013
	IS	1	186	0,151	,698	,001
	DE	1	186	0,853	,357	,005

Fuente: Elaboración propia

Nota: BE: Bienestar emocional; RI: Relaciones interpersonales; BM: Bienestar material; DP: Desarrollo personal; BF: Bienestar físico; AU: Autodeterminación; IS: Interacciones sociales; DE: Derechos; F: Prueba F,  $p$ : significatividad estadística;  $\eta^2$ : tamaño del efecto; gl: grados de libertad

Tabla 82. Medias y desviaciones típicas en las dimensiones reducidas, en función de sexo.

	<b>GÉNERO</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
<b>BE</b>	<b>hombre</b>	67	2,83	0,87
	<b>mujer</b>	124	2,57	0,85
<b>RI</b>	<b>hombre</b>	67	3,01	0,88
	<b>mujer</b>	124	3,12	0,75
<b>BM</b>	<b>hombre</b>	67	3,62	0,45
	<b>mujer</b>	124	3,59	0,58
<b>DP</b>	<b>hombre</b>	67	3,21	0,76
	<b>mujer</b>	124	3,12	0,75
<b>BF</b>	<b>hombre</b>	67	3,15	0,79
	<b>mujer</b>	124	2,79	0,86
<b>AU</b>	<b>hombre</b>	67	2,78	0,86
	<b>mujer</b>	124	2,53	0,88
<b>IS</b>	<b>hombre</b>	67	3,11	0,76
	<b>mujer</b>	124	3,02	0,73
<b>DE</b>	<b>hombre</b>	67	3,36	0,80
	<b>mujer</b>	124	3,27	0,79

Fuente: Elaboración propia

Nota: N: Número de elementos de la muestra; M: media; DT: Desviación típica, BE: Bienestar emocional; RI: Relaciones interpersonales; BM: Bienestar material; DP: Desarrollo personal; BF: Bienestar físico; AU: Autodeterminación; IS: Interacciones sociales; DE: Derechos

En lo que respecta al efecto de la variable tipo de residencia, este también resultó estadísticamente significativo:  $F(8, 179) = 4,420$ ;  $p < ,001$ ;  $\eta^2 = ,165$ , explicando aproximadamente el doble de varianza de la calidad de vida que el género (el primero explicó un 8,8%, frente al tipo de residencia, que explicó más de un 16%). Tal y como se observa en la Tabla 84, los ANOVAs de continuación apuntaron diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de residencia en la dimensión de calidad de vida de BM, y marginalmente significativas en las dimensiones de relaciones interpersonales, bienestar físico y autodeterminación. Los participantes en residencias situadas en el área urbana mostraron mayores niveles en todas las dimensiones señaladas.

Finalmente, el efecto de la interacción género\*tipo de residencia no resultó estadísticamente significativo:  $F(8, 179) = 0,412$ ;  $p = ,913$ ;  $\eta^2 = ,018$ . En el anexo se presenta la Tabla 143, donde se muestran las medias para cada uno de los subgrupos, sobre las que no se entrará en detalle, dado que las diferencias que pudieran haberse encontrado no son generalizables a la población.

Tabla 83. ANOVAS de continuación en función de variable tipo residencia e interacción con género

Variable	Dimensiones	gl efecto	gl error	F	p	$\eta^2$
Tipo residencia	BE	1	186	0,582	,447	,003
	RI	1	186	3,839	,052	,020
	BM	1	186	4,906	,028	,026
	DP	1	186	2,576	,110	,014
	BF	1	186	3,675	,057	,019
	AU	1	186	3,556	,061	,019
	IS	1	186	2,867	,092	,015
	DE	1	186	1,054	,306	,006
Género*Tipo residencia	BE	1	186	0,010	,919	,000
	RI	1	186	1,493	,223	,008
	BM	1	186	0,002	,965	,000
	DP	1	186	0,080	,778	,000
	BF	1	186	0,365	,546	,002
	AU	1	186	0,172	,679	,001
	IS	1	186	0,573	,450	,003
	DE	1	186	0,002	,964	,000

Fuente: Elaboración propia

Nota: BE: Bienestar emocional; RI: Relaciones interpersonales; BM: Bienestar material; DP: Desarrollo personal; BF: Bienestar físico; AU: Autodeterminación; IS: Interacciones sociales; DE: Derechos; F: Prueba F, p: significatividad estadística;  $\eta^2$ : tamaño del efecto; gl: grados de libertad

Tabla 84. Medias y desviaciones típicas en las dimensiones reducidas, en función del tipo de residencia.

	Tipo de residencia	N	M	DT
BE	No urbana	106	2,69	0,92
	Urbana	85	2,63	0,80
RI	No urbana	106	2,97	0,88
	Urbana	85	3,21	0,68
BM	No urbana	106	3,52	0,59
	Urbana	85	3,70	0,44
DP	No urbana	106	3,06	0,83
	Urbana	85	3,26	0,64
BF	No urbana	106	2,79	0,89
	Urbana	85	3,08	0,79
AU	No urbana	106	2,48	0,91
	Urbana	85	2,78	0,81
IS	No urbana	106	2,95	0,77
	Urbana	85	3,18	0,68
DE	No urbana	106	3,35	0,74
	Urbana	85	3,24	0,85

Fuente: Elaboración propia

Nota: M: Media, DT: Desviación Típica; N: Número de elementos de la muestra en esa categoría, BE: Bienestar emocional; RI: Relaciones interpersonales; BM: Bienestar material; DP: Desarrollo personal; BF: Bienestar físico; AU: Autodeterminación; IS: Interacciones sociales; DE: Derechos

Como resumen de todo lo anterior, la Tabla 85 recoge las conclusiones finales del análisis multivariado de las relaciones entre las dimensiones de la calidad de vida de la escala FUMAT ADAPTADA y las variables externas estudiadas.

Tabla 85. Resumen de los resultados de la validez externa de la escala FUMAT ADAPTADA

Calidad de vida	EDAD	GÉNERO	TINGRE	DF	DC	U centro
<b>BE</b>		H*, teb		-,149*	-,150*	
<b>RI</b>						U*, teb
<b>BM</b>						U**, teb
<b>DP</b>				-,376**	-,339**	
<b>BF</b>	-,152*	H*, teb		-,544**	-,306**	U*, teb
<b>AU</b>	-,211*		,249**	-,454**	-,249**	U*, teb
<b>IS</b>				-,282**	-,189*	
<b>DE</b>			,148*	-,232**		

Fuente: Elaboración propia

Nota: \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$ , teb: tamaño de efecto bajo; H: a favor de los hombres; TINGRE: tiempo de ingreso en el centro; DF: Dependencia Física, DC: Deterioro Cognitivo; U centro: Ubicación del centro; U: ubicado en zona urbana. BE: Bienestar emocional; RI: Relaciones interpersonales; BM: Bienestar material; DP: Desarrollo personal; BF: Bienestar físico; AU: Autodeterminación; IS: Interacciones sociales; DE: Derechos

## FASE 7: Resultados de la obtención de evidencias de fiabilidad y validez de la escala QUALID (Weiner et al., 2000)

### Evidencias de validez factorial de la escala QUALID (Weiner et al., 2000)

Para estudiar la estructura factorial de la escala QUALID (Weiner et al., 2000) se pusieron a prueba cuatro modelos distintos. El modelo 1 o unifactorial, el modelo 2 o modelo multifactorial de tres dimensiones, el modelo 3 o modelo multifactorial de segundo orden, combinación de los dos anteriores, y el modelo 4 o modelo multifactorial de dos dimensiones.

El modelo 1, unifactorial de 11 ítems saturando en un único factor general de calidad de vida, tal y como proponen los autores originalmente, no ajustó, con un CFI y TLI insuficientes y  $\chi^2(44) = 479,896$  ( $p < ,001$ ), CFI = ,817, TLI = ,772, RMSEA = ,249 [,229, ,269], SRMR = ,144. Las saturaciones factoriales, sin embargo, fueron todas del signo esperado y estadísticamente significativas ( $p < ,001$ ), tal y como puede comprobarse en la Tabla 86.

Tabla 86. Saturaciones factoriales de los ítems de la Escala QUALID (Weiner et al., 2000) en el Modelo 1.

Calidad de vida	
Ítem	$\lambda$
I 1	,593
I 2	-,765
I 3	-,854
I 4	-,898
I 5	-,784
I 6	-,828
I 7	-,693
I 8	,567
I 9	,480
I 10	,477
I 11	,523

Fuente: Elaboración propia

Nota:  $\lambda$  = saturación factorial estandarizada; todas las saturaciones factoriales fueron estadísticamente significativas ( $p < ,001$ ).

El modelo 2, multifactorial de 3 dimensiones, que explican los resultados de los 11 ítem, tal y como propone el equipo que validó la escala en el contexto español, presentó un ajuste adecuado, aunque con una correlación muy alta (0.9) en dos de los factores, disconfort físico (DF) y síntomas de afectividad negativa (AN).  $\chi^2(41) = 214,360$  ( $p < ,001$ ), CFI = ,927 , TLI = ,903, RMSEA = ,163 [,141, ,184], SRMR = ,085. Las saturaciones factoriales, que se muestran en la Tabla 89, fueron todas estadísticamente significativas y de magnitud adecuada. Además, todas fueron positivas salvo la del ítem 11 “parece emocionalmente tranquilo y confortable” en la dimensión síntomas físicos de disconfort (DF). Las correlaciones entre los factores fueron significativas y en la dirección esperada (ver Tabla 89), siendo de relevancia la encontrada entre las dimensiones síntomas físicos de disconfort (DF) y síntomas afectivos de disconfort (AN), al ser muy próxima a 1.

Conviene recordar en este punto el significado y contenido de los ítems de estas dos dimensiones. Para síntomas físicos de disconfort, los ítems 5, 6, 7 y 11 que recogen expresiones físicas de malestar, al igual que la dimensión síntomas afectivos de disconfort, que recoge el malestar igualmente, esta vez mostrado a través de las emociones. El resto de ítem, que pertenecen a la dimensión IS (interacciones sociales), recogen siempre en términos positivos el

posible bienestar de la persona en sus interacciones con las demás personas, tal y como recoge la Tabla 87.

Tabla 87. Significado de los ítems de la escala QUALID (Weiner et al., 2000)

ÍTEM	
1	Sonríe
2	Parece triste
3	Llora
4	Tiene una expresión facial de malestar – parece infeliz y/o con dolor (parece preocupado, hace muecas, arruga la piel o frunce las cejas)
5	Parece físicamente incómodo, se retuerce y, a menudo, cambia de posición
6	Realiza afirmaciones o ruidos que sugieren malestar, inquietud o infelicidad (quejas, gemidos, gritos y chillidos)
7	Está irritable o agresivo/a (se enfada, insulta, empuja e intenta golpear a los demás)
8	Disfruta comiendo
9	Disfruta tocando y/o acariciando a los demás o cuando lo tocan y/o lo acarician
10	Disfruta interactuando con los demás o estando en compañía
11	Parece emocionalmente tranquilo y confortable

Fuente: Elaboración propia

Tabla 88. Saturaciones factoriales de los ítems de la Escala QUALID (Weiner et al., 2000) en el Modelo 2

DF		IS		AN	
Ítem	$\lambda$	Ítem	$\lambda$	Ítem	$\lambda$
I 5	,825	I 1	,857	I 2	,813
I 6	,870	I 8	,785	I 3	,882
I 7	,734	I 9	,717	I 4	,936
I 11	-,520	I 10	,666		

Fuente: Elaboración propia

Nota: DF= Síntomas físicos de disconfort; IS= Interacciones sociales; AN= Síntomas Afectivos de disconfort;  $\lambda$  = saturación factorial estandarizada; todas las saturaciones factoriales fueron estadísticamente significativas ( $p < ,001$ ).

Tabla 89. Correlaciones entre factores en el Modelo 2 de la Escala QUALID (Weiner et al., 2000)

	DF	IS	AN
DF	1,000		
IS	-,459***	1,000	
AN	,909***	-,329***	1,000

Fuente: Elaboración propia

Nota: \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$ ; DF= Síntomas físicos de disconfort; IS= Interacciones sociales; AN= Síntomas Afectivos de disconfort;

El modelo 3, multifactorial de 3 dimensiones, que explican los resultados de los 11 ítem, con presencia de un factor de segundo orden, la calidad de vida, que explica las 3 dimensiones, presentó igualmente un ajuste adecuado, aunque con una saturación mayor de uno en el factor



de segundo orden.  $\chi^2(41) = 214,360$  ( $p < ,001$ ), CFI = ,927, TLI = ,903, RMSEA = ,163 [,141, ,184], SRMR = ,085. Tanto el ajuste como las saturaciones factoriales fueron miméticas al modelo de primer orden con tres factores, al ser tres los indicadores del factor de segundo orden (ver Tabla 90).

En cuanto a las saturaciones de los factores de primer orden en el de segundo orden, estas fueron: 1,126 para síntomas físicos de discomfort (DF), -,407 para interacciones sociales (IS) y ,808 para síntomas afectivos de discomfort (AN), todas estadísticamente significativas. El modelo, pues, tuvo una saturación factorial mayor que uno para el primer factor, mostrando así problemas de estimación.

Tabla 90. Saturaciones factoriales de los ítems de la Escala QUALID (Weiner et al., 2000) en el Modelo 3

DF		IS		AN	
Ítem	$\lambda$	Ítem	$\lambda$	Ítem	$\lambda$
I 5	,825	I 1	,857	I 2	,813
I 6	,870	I 8	,785	I 3	,882
I 7	,734	I 9	,717	I 4	,936
I 11	-,520	I 10	,666		

Fuente: Elaboración propia

Nota: DF= Síntomas físicos de disconfort; IS= Interacciones sociales; AN= Síntomas Afectivos de disconfort;  $\lambda$  = saturación factorial estandarizada; todas las saturaciones factoriales fueron estadísticamente significativas ( $p < ,001$ ).

Finalmente, se puso a prueba un cuarto modelo, a raíz de la alta correlación encontrada entre dos factores en el modelo 2 (síntomas físicos de discomfort -DF- y síntomas afectivos de discomfort- AN-), que indicaba que podrían tratarse en la práctica de una misma dimensión. Este cuarto modelo, multifactorial por tanto de 2 dimensiones, que añadía a la dimensión IS una nueva dimensión, llamada síntomas físicos y afectivos de disconfort (DFyA), la dimensión síntomas físicos de disconfort (DF) con los ítems 5, 6, 7, 11, 2, 3 y 4 y la dimensión afectividad negativa (AN) con los ítems 1, 8, 9 y 10), explicarían los resultados de los 11 ítem, presentó un ajuste muy similar a los anteriores.  $\chi^2(43) = 229,286$  ( $p < ,001$ ), CFI = ,922, TLI = ,900, RMSEA = ,165 [,144, ,186], SRMR = ,086. Este modelo fue el que se retuvo, por ser el más parsimonioso. Parece que, en las personas con deterioro cognitivo grave que participaron en el estudio, la mejor representación de la calidad de vida es aquella que contempla una dimensión positiva y una negativa.

Tabla 91. Saturaciones factoriales de los ítems de la Escala QUALID (Weiner et al., 2000) en el Modelo 4

DFyA		IS	
Ítem	$\lambda$	Ítem	$\lambda$
I 5	,804	I 1	,853
I 6	,849	I 8	,789
I 7	,725	I 9	,716
I 11	-,499	I 10	,667
I 2	,792		
I 3	,870		
I 4	,913		

Fuente: Elaboración propia

Nota: DFyA= Síntomas físicos y afectivos de disconfort; IS= Interacciones sociales;  $\lambda$  = saturación factorial estandarizada; todas las saturaciones factoriales fueron estadísticamente significativas ( $p < ,001$ ).

Tabla 92. Correlaciones entre factores en el Modelo 4 de la Escala QUALID (Weiner et al., 2000)

	DFyA	IS
DFyA	1,000	
IS	-,401***	1,000

Fuente: Elaboración propia

Nota: DFyA= Síntomas físicos y afectivos de disconfort; IS= Interacciones sociales; \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$ .

### Evidencias de fiabilidad de la escala QUALID (Weiner et al., 2000)

Una vez obtenida la estructura factorial de la escala, se calcularon estimaciones de fiabilidad de las dimensiones que la conformaban y de los ítems. Para la dimensión de síntomas físicos y afectivos de disconfort (DFyA) se obtuvo un valor de alfa de ,867 y un CRI de ,918. Los ítems mostraron un buen comportamiento excepto por el ítem 11, que obtuvo una fiabilidad pobre, tal y como se muestra en la Tabla 94. No obstante, dado que mostró validez de contenido y aporte a la estructura factorial, se decidió mantenerlo trasladando a la discusión la posible necesidad de incluir entre las investigaciones futuras un estudio de su comportamiento y posible saturación en la dimensión interacciones sociales (IS), dado su contenido (“parece emocionalmente tranquilo y comfortable”), que pudiera ir más en línea con ítems como el número 7 (“Está irritable o agresivo/a -se enfada, insulta, empuja e intenta golpear a los demás-”), aunque este último mide expresamente esta situación en presencia de otras personas.

Tabla 93. Estadísticos descriptivos y de fiabilidad de los ítems de la dimensión síntomas físicos y afectivos de disconfort

	M	DT	Correlaciones inter-ítem							Homog.	Alfa corregido
			I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 11		
<b>I 2</b>	3,98	1,11	1,00							,681	,844
<b>I 3</b>	3,65	1,52	,648	1,00						,770	,828
<b>I 4</b>	4,04	1,13	,663	,762	1,00					,797	,829
<b>I 5</b>	3,93	1,12	,529	,572	,665	1,00				,702	,841
<b>I 6</b>	3,82	1,30	,557	,571	,651	,649	1,00			,720	,836
<b>I 7</b>	3,64	1,43	,505	,560	,531	,456	,622	1,00		,617	,852
<b>I 11</b>	3,84	1,18	,147	,309	,229	,290	,168	,114	1,00	,258	,894

Fuente: Elaboración propia

Nota: M: Media; DT: Desviación típica; Homog: Índice de homogeneidad del ítem; \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$

En cuanto a las estimaciones de fiabilidad para la escala de IS, el alfa de Cronbach fue de ,778 y el CRI de ,844. Los ítems mostraron un buen comportamiento, tal y como se muestra en la Tabla 70.

Tabla 94. Estadísticos descriptivos y de fiabilidad de los ítems de la dimensión de Interacciones Sociales

	M	DT	Correlaciones inter-ítem				Homog.	Alfa corregido
			I 1	I 8	I 9	I 10		
<b>I 1</b>	2,24	1,47	1,00				,639	,695
<b>I 8</b>	2,41	1,33	,461	1,00			,549	,742
<b>I 9</b>	2,27	1,30	,528	,471	1,00		,599	,715
<b>I 10</b>	2,31	0,99	,543	,471	,436	1,00	,575	,738

Fuente: Elaboración propia

Nota: M: Media; DT: Desviación típica; Homog: Índice de homogeneidad del ítem; \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$

### Evidencias de validez externa de la escala QUALID (Weiner et al., 2000)

Al igual que se hizo con la escala FUMAT ADAPTADA, se estudió la relación de las dos dimensiones de la escala QUALID (Weiner et al., 2000) con las variables externas edad, tiempo de ingreso, dependencia física, deterioro cognitivo, género y ubicación de la residencia.

En cuanto a las relaciones de las dos dimensiones de la escala QUALID (Weiner et al., 2000) con la edad, en ningún caso se observaron correlaciones estadísticamente significativas: la

correlación con la dimensión síntomas físicos y afectivos de discomfort (DFyA) fue  $r = -,021$  ( $p = ,790$ ) y con la dimensión interacciones sociales (IS) fue  $r = -,018$  ( $p = ,823$ ).

Para estudiar la calidad de vida en función del género, se llevaron a cabo dos pruebas t. La dimensión síntomas físicos y afectivos de discomfort (DFyA) no mostró diferencias estadísticamente significativas en función del género ( $t(158) = 0,772$ ,  $p = ,442$ ), como tampoco lo hizo la dimensión interacciones sociales (IS) ( $t(158) = 0,201$ ,  $p = ,841$ ). En la Tabla 95 puede observarse como las medias en ambos grupos (hombres y mujeres) son muy similares para las dos dimensiones. Tampoco se hallaron correlaciones significativas, con el deterioro cognitivo ( $r = -,047$ ;  $p = ,553$  para la dimensión síntomas físicos y afectivos de discomfort (DFyA) y  $r = ,090$ ;  $p = ,260$  para la dimensión interacciones sociales (IS).

Tabla 95. Medias en la calidad de vida en función del género

Variable	Género	N	M	DT
DFyA	Hombre	30	3,73	0,93
	Mujer	130	3,88	0,94
IS	Hombre	30	2,28	1,01
	Mujer	130	2,32	1,02

Fuente: Elaboración propia

Nota: M: Media; DT: Desviación típica; DFyA= síntomas físicos y afectivos de discomfort; IS= Interacciones sociales

En cuando a la relación de estas dimensiones con dependencia física, en este caso, y dado el carácter ordinal de la variable, se estudiaron mediante correlaciones de Spearman. Ha de tenerse en cuenta que el sentido de las puntuaciones de la escala es tal que a mayores puntuaciones peor calidad de vida, por lo que la interpretación de las correlaciones habrá de seguir igualmente esta lógica. En este caso, ambas relaciones resultaron estadísticamente significativas, siendo positiva la encontrada con la dimensión interacciones sociales ( $r = ,290$ ;  $p < ,001$ ) y negativa la encontrada con la dimensión síntomas físicos y afectivos de discomfort ( $r = -,207$ ;  $p < ,001$ ), es decir, a mayor dependencia física, más alta puntuación de la dimensión interacciones sociales, y por tanto peor valoración de ésta, y a la inversa, a mayor dependencia física, más baja puntuación de la dimensión síntomas físicos y afectivos de discomfort, es decir, mejor valoración.

Para conocer la existencia de relación entre el tiempo de ingreso en la residencia (medido en meses) y las dimensiones, de nuevo se calcularon correlaciones que mostraron independencia

de la dimensión síntomas físicos y afectivos de discomfort ( $r = ,043, p = ,594$ ), pero no en el caso de la dimensión interacciones sociales ( $r = ,201, p = ,011$ ), que mostró una correlación positiva, y por lo tanto, más altas puntuaciones para aquellas personas que llevaban mayor tiempo ingresados, es decir, peores valoraciones.

Finalmente, se estudió la relación entre la calidad de vida y el tipo de residencia mediante un análisis de varianza multivariado. Los resultados apuntaron un efecto estadísticamente significativo de la ubicación del centro (Traza de Pillai = 0,242;  $F(2,157) = 25,112; p < ,001; \eta^2 = ,242$ ). Los ANOVAs de continuación apuntaron que tales diferencias se encontraban en la dimensión síntomas físicos y afectivos de discomfort ( $F(1,158) = 34,121; p < ,001; \eta^2 = ,242$ ), pero no en las interacciones sociales ( $F(1,158) = 3,138; p = ,082; \eta^2 = ,019$ ). El tamaño del efecto del tipo de residencia en la dimensión síntomas físicos y afectivos de discomfort fue grande, arrojando puntuaciones más altas, y por tanto valoraciones peores, en las personas mayores que residían en zona urbana, tal y como muestra la Tabla 96.

Tabla 96. Medias en la calidad de vida en función del tipo de residencia

Variable	Residencia	N	M	DT
DFyA	No urbana	98	3,48	0,92
	Urbana	62	4,43	0,61
IS	No urbana	98	2,42	0,91
	Urbana	62	2,14	1,15

Fuente: Elaboración propia

Nota: M: Media; DT: Desviación típica; DFyA= síntomas físicos y afectivos de discomfort; IS= Interacciones sociales;

Al igual que en el análisis de la escala FUMAT ADAPTADA, la Tabla 97 recoge el resumen de los resultados de validez externa de la escala.

Tabla 97. Resumen de los resultados del análisis de correlaciones entre las dimensiones de la escala QUALID (Weiner et al., 2000) y las variables externas

	EDAD	GÉNERO	Tingre	DF	DC	U centro
DFyA				-,207***		No U teg
IS			,201**	,290***		

Fuente: Elaboración propia

Nota: \*  $p < ,050$ ; \*\*  $p < ,010$ ; \*\*\*  $p < ,001$ ; Tingre: tiempo de ingreso en el centro; DF: Dependencia Física, DC: Deterioro Cognitivo; U centro: Ubicación del centro, DFyA: Síntomas físicos y afectivos de discomfort; IS: Interacciones Sociales; teg: tamaño de efecto grande; NO U: a favor de los centros NO urbanos

## FASE 8: Resultados de la aproximación a la medida de la calidad de vida en centros residenciales

### Aproximación a la medida de la calidad de vida de personas sin deterioro cognitivo grave

Conocer un poco más de cerca la medida de la calidad de vida de las personas que viven en los centros residenciales de cara a poder plantear acciones para su mejora fue el último de los objetivos investigadores de este estudio. Para ello, se obtuvieron la media y la desviación típica de los resultados de las dimensiones, todo ello en función de las variables sociodemográficas que mostraron efecto en el análisis de validez externa. Así, los datos se presentan diferenciados por categorías o agrupados en función de si se hallaron o no en el análisis de validez externa diferencias significativas. Se consideraron, a efectos de esta investigación, y en ausencia de una muestra de referencia contra la que comparar, bajas las valoraciones inferiores a 2, medio-bajas las situadas entre 2 y 2,5, medio altas las situadas entre 2,5 y 3 y altas las superiores a 3 (las puntuaciones oscilaban entre 1 y 4). En primer lugar, se calculó el resultado de la medida de cada una de las dimensiones para el conjunto de la muestra, sin discriminar por variables externas. Todas las dimensiones arrojaron valoraciones medio-altas o altas. La dimensión mejor valorada fue el bienestar material (3,60), seguida de derechos (3,30). Le siguen con una valoración también alta el desarrollo personal, las relaciones interpersonales y la inclusión social (3,15, 3,08 y 3,05 respectivamente), mientras que el bienestar físico, el bienestar emocional y la autodeterminación reciben una valoración ligeramente peor, pero aún medio-alta (2,92, 2,66 y 2,62 respectivamente), tal y como se muestra en la Tabla 98.

Tabla 98. Medias y desviaciones típicas de las dimensiones para personas sin deterioro cognitivo grave

	Media	Desviación
Bienestar Material	3,60	0,54
Derechos	3,30	0,79
Desarrollo Personal	3,15	0,76
Relaciones	3,08	0,80
Inclusión Social	3,05	0,74
Bienestar Físico	2,92	0,85
Bienestar Emocional	2,66	0,87
Autodeterminación	2,62	0,88

Fuente: Elaboración propia

*Resultados de calidad de vida en función de la edad*

En el caso del análisis en función de la edad, en análisis de validez externa arrojó diferencias significativas, negativas y de poca magnitud con las dimensiones autodeterminación (-,211) y bienestar físico (-,152).

En el caso de la correlación con la autodeterminación, la media de los resultados en función de la edad fueron las mostradas en la Tabla 99. En ella se observa que la puntuación total varía desde medio-baja (2,33) para los más mayores (más de 100 años) y hasta medio alta (2,96) para los más jóvenes (menos de 75 años). Para ayudarnos a interpretar mejor estos resultados estudiamos las valoraciones de cada uno de los ítems, siendo más evidente la correlación con los ítems 36 (Hace planes sobre su futuro) e ítem 39 (Elige como pasar su tiempo libre) que con el ítem 41 (Su familia respeta sus decisiones). Aunque la valoración es baja en todos los grupos de edad para el primero, por lo que los planes de futuro prácticamente son descartados por todos los grupos de población, pero en el caso de la elección del tiempo libre las valoraciones son bastante altas hasta llegar al grupo de más edad, que otorga una puntuación media (2,67). Parece que el grado de respecto de las familias sobre las decisiones de la persona, no correlacionada significativamente con la edad, fue en general medio-alto.

Tabla 99. Medias de las valoraciones dadas a los ítems de la dimensión autodeterminación en función del grupo de edad, para la escala FUMAT ADAPTADA.

<b>Edad</b>	<b>Ítem 36</b>	<b>Ítem 39</b>	<b>Ítem 41</b>	<b>M</b>
<b>-75</b>	2,46	3,50	2,92	2,96
<b>-85</b>	2,09	3,15	2,96	2,74
<b>-90</b>	1,91	2,91	2,95	2,59
<b>-100</b>	1,70	2,83	2,73	2,42
<b>+101</b>	1,33	2,67	3,00	2,33
<b>Total general</b>	<b>1,96</b>	<b>3,03</b>	<b>2,88</b>	<b>2,62</b>

Fuente. Elaboración propia.

Nota: M: Media; Ítem 36 “Hace planes sobre su futuro”; Ítem 39 “Elige cómo pasar su tiempo libre”, ítem 41 “Su familia respeta sus decisiones”. -75: Menos de 75 años; +75 y -85: Entre 75 y 85 años; +85 y -90: Entre 85 y 90 años; +90; Entre 90 y 100 años; +100: Más de 100 años

Respecto del bienestar físico, éste obtuvo un resultado medio para los problemas de movilidad (2,60) y continencia (2,75) y alto respecto de los problemas de memoria (3,44), lo que dio a la dimensión una valoración global medio-alta (2,93). La correlación con la edad se dio más claramente en los problemas de movilidad que en el resto de aspectos medidos.

Tabla 100. Medias de las respuestas a los ítems de la dimensión Bienestar Físico para personas sin deterioro cognitivo grave en función de la edad.

Género	M			
	Ítem 30	Ítem 31	Ítem 34	BF
-75	2,89	3,04	3,54	3,15
-85	2,63	2,69	3,57	2,96
-90	2,67	2,98	3,37	3,01
-100	2,41	2,55	3,31	2,76
+101	2,33	2,67	3,67	2,89
<b>Total general</b>	<b>2,60</b>	<b>2,75</b>	<b>3,44</b>	<b>2,93</b>

Fuente. Elaboración propia.

Nota: M: Media; “ítem 30 “Tiene problemas de movilidad”; Ítem 31 “Tiene problemas de continencia”; Ítem 34 “Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana.

### *Resultados de calidad de vida en función del género*

En el caso del análisis en función del género, las dos dimensiones para las que se encontraron diferencias significativas en contra de la mujer arrojaron para ellas puntuaciones medias (BE, con un 2,57 y BF, con un 2,80), tal y como refleja la Tabla 101, mientras que para los hombres las valoraciones fueron media-alta para el caso del bienestar emocional (2,83) y alta para el bienestar físico (3,15).

Tabla 101. Medias y desviaciones típicas de las dimensiones de calidad de vida para personas sin deterioro cognitivo grave en función del género.

	GÉNERO	N	M	DT
<b>Bienestar emocional</b>	<b>hombre</b>	67	2,83	0,87
	<b>mujer</b>	124	2,57	0,85
<b>Relaciones Interpersonales</b>	<b>hombre</b>	67	3,01	0,88
	<b>mujer</b>	124	3,12	0,75
<b>Bienestar Material</b>	<b>hombre</b>	67	3,62	0,45
	<b>mujer</b>	124	3,59	0,58
<b>Desarrollo Personal</b>	<b>hombre</b>	67	3,21	0,76
	<b>mujer</b>	124	3,12	0,75
<b>Bienestar Físico</b>	<b>hombre</b>	67	3,15	0,79
	<b>mujer</b>	124	2,79	0,86
<b>Autodeterminación</b>	<b>hombre</b>	67	2,78	0,86
	<b>mujer</b>	124	2,53	0,88
<b>Inclusión Social</b>	<b>hombre</b>	67	3,11	0,76
	<b>mujer</b>	124	3,02	0,73
<b>Derechos</b>	<b>hombre</b>	67	3,36	0,80
	<b>mujer</b>	124	3,27	0,79

Fuente. Elaboración propia.

Nota: N: Número de elementos de la muestra; M: media; DT: Desviación típica



Atendiendo a la respuesta a los ítems de las dimensiones correlacionadas con el género, en el caso del bienestar emocional nos encontramos que fundamentalmente es peor para las mujeres por las respuestas a los ítems 1 y 4, ambos relacionados con la satisfacción que la persona parece presentar consigo misma y con su vida actual. En el caso de la percepción del nivel de apoyo (ítem 6), éste parece más equilibrado entre géneros y en ambos casos con una puntuación mejor, medio-alta o alta. Las puntuaciones de los dos primeros ítems fueron medias y la del tercero, más alto.

Tabla 102. Media de las respuestas a los ítems de la dimensión bienestar emocional para personas sin deterioro cognitivo grave en función del género.

	<b>media</b>			
<b>Género</b>	<b>Ítem 1</b>	<b>Ítem 4</b>	<b>Ítem 6</b>	<b>BE</b>
<b>Hombre</b>	2,72	2,75	3,02	2,83
<b>Mujer</b>	2,42	2,31	2,88	2,57
<b>Total general</b>	2,53	2,46	2,93	2,66

Fuente. Elaboración propia.

Nota: Ítem 1 “Se muestra satisfecho con su vida actual”; Ítem 4 “Se muestra satisfecho consigo mismo”, ítem 6 “Se muestra satisfecho con los apoyos y servicios que recibe”

En el caso del bienestar físico, su ausencia de relación con la edad y la presencia de relación con el género, en concreto, en contra de las mujeres, podría dar a entender que éstas, por su mayor grado de dependencia física en general, pudieran presentar también por este hecho, y no por el género, los peores resultados en el bienestar emocional. Sin embargo, el análisis de las valoraciones de los ítems de la dimensión en función del grado de dependencia física, manteniendo fijo el efecto del género, muestra que las diferencias se mantienen, en contra de las personas con mayor grado de dependencia., particularmente atendiendo a los ítems 1 y 4 relativos al grado de satisfacción con uno mismo y con la vida. El ítem 6, relativo al grado de satisfacción con los servicios recibidos, se ve menos afectado por el grado de dependencia, al igual que lo hacía por el género.

Tabla 103. Media de las respuestas a los ítems de la dimensión bienestar físico para personas sin deterioro cognitivo grave en función del género.

	Ítem1	Ítem4	Ítem6	Media
<b>Hombre</b>	<b>2,72</b>	<b>2,75</b>	<b>3,02</b>	2,12
Autónomo	3,22	3,00	2,78	2,25
DF leve	2,74	2,79	3,00	2,38
DF moderada	2,57	2,57	3,43	2,64
DF grave	2,75	3,00	3,13	2,97
DF total	1,00	1,00	1,00	1,75
<b>Mujer</b>	<b>2,46</b>	<b>2,35</b>	<b>2,90</b>	2,18
Autónomo	2,75	2,75	3,00	2,13
DF leve	2,45	2,47	2,82	2,18
DF moderada	2,52	2,36	3,03	2,48
DF grave	2,26	1,83	2,87	2,49
DF total	2,50	2,50	2,83	2,96
<b>Total general</b>	<b>2,55</b>	<b>2,49</b>	<b>2,94</b>	2,66

Fuente: Elaboración propia

Nota: Ítem 1 “Se muestra satisfecho con su vida actual”; Ítem 4 “Se muestra satisfecho consigo mismo”, ítem 6 “Se muestra satisfecho con los apoyos y servicios que recibe”; DF: Dependencia física

En cuanto a la ausencia de relación con el desarrollo personal y los derechos, un análisis de las respuestas a los ítems arrojó que un cierto nivel de diferencia en el ítem 23, relativo a la capacidad para resolver los problemas que se le plantean, y no tanto de la capacidad para entender o comunicar información, por lo que se descarta el efecto del mayor grado de deterioro cognitivo de las mujeres de la muestra.

Tabla 104. Medias de las respuestas a los ítems de la dimensión desarrollo personal, en función del género.

Género	Ítem 23	Ítem 24	Ítem 27
<b>Hombre</b>	2,96	3,28	3,39
Mujer	2,67	3,35	3,33
<b>Total general</b>	<b>2,77</b>	<b>3,33</b>	<b>3,35</b>

Fuente: Elaboración propia

Nota: Ítem 23: Tiene dificultades para resolver eficazmente los problemas que plantean; Ítem 24: Tiene dificultad para expresar información; Ítem 27: Tiene dificultades para entender la información que recibe

En cuando a la respuesta a los ítems de la dimensión derechos, las diferencias provienen fundamentalmente del ítem 54 (Tiene información buena y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe), donde tal vez el mayor grado de morbilidad, sobre el que no se dispone de datos pero que es habitual en mujeres así como en personas de mayor edad, junto con el mayor grado de deterioro cognitivo de este colectivo, podrían estar justificando estas diferencias. El análisis manteniendo fijo el efecto del deterioro cognitivo arrojó que estas

diferencias se mantienen incluso en los grados moderados, descartando el efecto moderador de esta condición y confirmando el efecto del género sobre la dimensión derechos.

Tabla 105. Medias de las respuestas a los ítems de la dimensión derechos, en función del género.

	Ítem53	Ítem54	Ítem57
Hombre	3,30	3,45	3,33
Mujer	3,24	3,29	3,28
<b>Total</b>	<b>3,26</b>	<b>3,35</b>	<b>3,30</b>

Fuente: Elaboración propia

Nota: Ítem 53: En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos; Ítem 54: Tiene información buena y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe; Ítem 57. Disfruta de sus derechos legales

Tabla 106. Medias de las respuestas a los ítems de la dimensión derechos, manteniendo fijo el efecto del deterioro cognitivo, en función del género.

	Ítem53	Ítem54	Ítem57
<b>Sin DC</b>	<b>3,33</b>	<b>3,56</b>	<b>3,47</b>
Hombre	3,19	3,63	3,50
Mujer	3,41	3,52	3,44
<b>DC LEVE</b>	<b>3,24</b>	<b>3,33</b>	<b>3,27</b>
Hombre	3,28	3,38	3,31
Mujer	3,22	3,31	3,25
<b>DC MODERADO</b>	<b>3,26</b>	<b>3,20</b>	<b>3,20</b>
Hombre	3,42	3,42	3,21
Mujer	3,16	3,06	3,19
<b>Total general</b>	<b>3,26</b>	<b>3,35</b>	<b>3,30</b>

Fuente: Elaboración propia

Nota: DC: Deterioro Cognitivo; Ítem 53: En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos; Ítem 54: Tiene información buena y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe; Ítem 57. Disfruta de sus derechos legales

### *Resultados de calidad de vida en función del grado de dependencia física*

El análisis de validez externa en base al grado de dependencia física mostró correlaciones significativas medias-altas para bienestar físico y autodeterminación, y medias bajas para desarrollo personal, inclusión social y derechos. Por último, la correlación fue baja con el bienestar emocional. En todos los casos las correlaciones fueron negativas. En concreto, el bienestar físico y la autodeterminación abarcan desde valoraciones muy altas en el caso de las personas autónomas o sin dependencia física (3,35) a malas para las de dependencia física grave (2,03), lo que se explicaría por sí mismo. En el caso de la autodeterminación, ésta se comporta de manera análoga, variando desde el 3,44 de las personas autónomas hasta el 1,96 de las

personas con discapacidad física grave, lo que por otro lado concuerda con la alta correlación hallada entre ambas dimensiones ( $r = ,730$ ). En el caso del desarrollo personal, la inclusión social y los derechos, las puntuaciones, con relación de tamaño medio como hemos dicho con el grado de dependencia, varían, pero lo hacen en menor magnitud, pasando de muy altas para personas autónomas (3,65, 3, 57 y 3,76 respectivamente) a medias para personas con dependencia física grave (2,66, 2, 71 y 2, 97). Por último, el bajo tamaño del efecto sobre el bienestar emocional hace variar la valoración de esta dimensión de medio-alta (2,90) a media (2,43), tal y como muestra la Tabla 107.

Tabla 107. Medias de las dimensiones de calidad de vida agrupada para todos los centros, en función del grado de dependencia física.

	SIN DF	DF LEVE	DF MOD	DF GRAVE	TOTAL
<b>BE</b>	2,90	2,69	2,70	2,43	2,66
<b>RI</b>					3,08
<b>BM</b>					3,60
<b>DP</b>	3,65	3,27	3,12	2,66	3,15
<b>BF</b>	3,35	3,30	2,81	2,03	2,92
<b>AU</b>	3,44	2,74	2,57	1,96	2,62
<b>IS</b>	3,57	3,12	2,98	2,71	3,05
<b>DE</b>	3,76	3,35	3,28	2,97	3,30

Fuente: Elaboración propia

Nota: DF: Dependencia Física; MOD: Moderada; TOTAL: Toda la muestra, BE: Bienestar emocional; RI: Relaciones interpersonales; BM: Bienestar material; DP: Desarrollo personal; BF: Bienestar físico; AU: Autodeterminación; IS: Interacciones sociales; DE: Derechos

Un análisis de la respuesta a los ítems de cada una de las dimensiones con alta relación con el grado de dependencia nos permite entender mejor los posibles puntos de origen de esta relación, que a su vez nos ayuden a plantear medidas para la mejora de la calidad de vida en la discusión. Atendiendo a la respuesta a los ítems de la dimensión autodeterminación, que para la población general se diluía en el caso del ítem 41, en ese caso vemos, que la correlación se da para todos los ítems. Sin embargo, la puntuación, también de este tercer ítem, puede considerarse medio-alta para todos los casos salvo para el caso de la dependencia física grave, tal y como muestra la Tabla 108.

Tabla 108. Medias de las valoraciones dadas a los ítems de la dimensión Autodeterminación en función del grado de dependencia física, para la escala FUMAT ADAPTADA.

	Media			
	Ítem 36	Ítem 39	Ítem 41	AU
<b>SIN DF</b>	2,67	3,86	3,81	3,44
<b>DF Leve</b>	2,01	3,28	2,94	2,74
<b>DF Moderado</b>	1,90	2,98	2,83	2,57
<b>DF Grave</b>	1,45	2,10	2,16	1,90
<b>DF Total</b>	1,75	1,88	2,88	2,17
<b>Total general</b>	<b>1,95</b>	<b>3,02</b>	<b>2,88</b>	2,62

Fuente. Elaboración propia.

Nota: Ítem 36 “Hace planes sobre su futuro”; Ítem 39 “Elige cómo pasar su tiempo libre”, ítem 41 “Su familia respeta sus decisiones”; DF: Dependencia Física; AU: Autodeterminación

En el caso de la dimensión desarrollo personal, con tamaño de efecto medio, la relación decreciente del resultado de la dimensión con el aumento del grado de dependencia se da en todos los ítems. En concreto para los ítems 24 y 27, referentes a las competencias personales para expresar y recordar información, parece que invita, por el contenido de los ítems, a observar la correlación del grado de dependencia física con el grado de deterioro cognitivo, explicando la posible intermediación de esta variable en la relación. Sin embargo, el análisis de los porcentajes de población, analizado en función del grado de dependencia física primero y del grado de personas con deterioro cognitivo después, permite afirmar que aunque con frecuencia conviven un deterioro cognitivo moderado y una dependencia física moderada (27%) o grave (29%), tal y como muestra la Tabla 109, también el grupo de personas con deterioro cognitivo moderado representa un 35% del colectivo con dependencia física leve, dándose una correlación de bajo tamaño ( $,213$ ). Así pues, puede afirmarse que la correlación negativa entre el grado de dependencia física y el desarrollo personal es debido a esa causa, y no debido al grado de deterioro cognitivo.

Tabla 109. Porcentajes de población en función del grado de dependencia física y grado de deterioro cognitivo.

	SIN DC	DC LEVE	DC MOD
SIN DF	16%	10%	8%
DF LEVE	56%	42%	35%
DF MOD	19%	27%	27%
DF GRAVE	9%	21%	29%
TOTAL	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia

Nota: DF: Dependencia Física; DC. Deterioro Cognitivo; MOD: Moderado;

Tabla 110. Porcentajes de población en función del grado de dependencia física y grado de deterioro cognitivo.

	SIN DC	DC LEVE	DC MOD	TOTAL
SIN DC	33%	48%	19%	100%
DF LEVE	29%	49%	22%	100%
DF MOD	17%	54%	29%	100%
DF GRAVE	10%	51%	38%	100%

Fuente: Elaboración propia

Nota: DF: Dependencia Física; DC: Deterioro Cognitivo; MOD: moderado

Un análisis colectivo-específico arroja que las personas autónomas hacen una valoración alta para todas las dimensiones salvo para el bienestar emocional, que recibe una puntuación media-alta. Además, el análisis de la relación de las dimensiones de la calidad de vida con la de dependencia física arrojó diferencias significativas tanto para el bienestar emocional como para el bienestar físico, únicas dos dimensiones afectadas por la variable género.

#### *Resultados de calidad de vida en función del grado de deterioro cognitivo*

El estudio en función del grado de deterioro cognitivo avanzaba un tamaño de efecto medio para el bienestar físico, la autodeterminación y el desarrollo personal, y bajo para la inclusión social y el bienestar emocional. De alguna manera es un efecto análogo pero amortiguado respecto del obtenido para la dependencia física, salvo por el efecto sobre la dimensión derechos, que en este caso desaparece y se mantiene con una valoración alta (3,3) para todos los casos.

En concreto, los resultados cuando el deterioro cognitivo es leve o nulo y cuando es moderado son los reflejados en la Tabla 111, discriminando el resultado en los casos en que se hallaron diferencias. Así, el aumento del deterioro cognitivo hace que el bienestar emocional pase de medio alto (2,72) a medio (2,52), la inclusión social de alta (3,12) a medio alta (2,97), al igual que el desarrollo personal, el bienestar físico de alto a medio y la autodeterminación de medio alta a medio baja. En resumen, las personas con deterioro cognitivo leve o nulo, presentan alta valoración para todas las dimensiones excepto para el bienestar emocional y la autodeterminación, que son medio-altas, y las personas con deterioro cognitivo moderado presentan tres dimensiones con valoraciones altas (las tres que no se ven afectadas por el grado de deterioro cognitivo), dos medio altas (inclusión social y desarrollo personal) y tres medio bajas (bienestar emocional, bienestar físico, y autodeterminación).

Tabla 111. Media y desviación estándar de las dimensiones de la calidad de vida para personas con deterioro cognitivo leve o nulo y moderado.

	DC LEVE O NULO	DC MOD	MEDIA
<b>Bienestar Emocional*</b>	2,72	2,52	2,66
<b>Relaciones Interpersonales</b>			3,08
<b>Bienestar Material</b>			3,60
<b>Desarrollo Personal**</b>	3,30	2,73	3,15
<b>Bienestar Físico**</b>	3,07	2,50	2,92
<b>Autodeterminación**</b>	2,73	2,31	2,62
<b>Inclusión Social*</b>	3,12	2,87	3,05
<b>Derechos</b>			3,30

Fuente: Elaboración propia

Nota: \* Diferencias significativas de tamaño de efecto medio; \*\* Diferencias significativas de tamaño de efecto bajo.

Analizando las respuestas a los ítems de cada una de las dimensiones afectadas por el grado de deterioro cognitivo, se observó que el caso de la autodeterminación mostraba diferencias para los tres ítems, tal y como muestra la Tabla 112, evidenciando una toma de control por parte de profesionales y/o familiares según el grado de deterioro cognitivo va avanzando.

Tabla 112. Medias de las valoraciones dadas a los ítems de la dimensión autodeterminación en función del grado de deterioro cognitivo, para la escala FUMAT ADAPTADA.

	Ítem 36	Ítem 39	Ítem 41	Media
<b>SIN DC</b>	2,23	3,40	3,23	2,95
<b>DC leve</b>	1,92	3,01	2,95	2,63
<b>DC moderado</b>	1,78	2,71	2,45	2,31
<b>Total general</b>	1,95	3,02	2,88	2,62

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Ítem 36 “Hace planes sobre su futuro”; Ítem 39 “Elige cómo pasar su tiempo libre”, ítem 41 “Su familia respeta sus decisiones”; DC: Deterioro Cognitivo

En la misma línea iría el resultado del análisis del desarrollo personal, que pasa de alto a medio a medida que avanza el grado de deterioro cognitivo. Analizando la respuesta a los ítems, que como se avanzó en la discusión relativa a la construcción de la escala, resultaron recoger exclusivamente la competencia de la persona para resolver eficazmente problemas, y entender y proporcionar información, dejando a un lado el desempeño y su percepción de productividad, utilidad y crecimiento personal a través del aprendizaje de cosas interesantes y útiles. Así, las respuestas a los ítems 23, 24 y 27 (mostrada en la Tabla 113), permiten extraer poca más información que la propia asociada a la sintomatología del mayor grado de deterioro cognitivo, dándose las mayores diferencias entre los grupos con nulo o leve deterioro cognitivo y el grupo

de personas con deterioro cognitivo moderado. Así, podemos resumir que las personas con deterioro cognitivo moderado presentan una autodeterminación y bienestar emocional bajo, un bienestar material y derechos alto, y resto de dimensiones con valoraciones medias.

Tabla 113. Medias de las valoraciones dadas a los ítems de la dimensión desarrollo personal en función del grado de deterioro cognitivo, para la escala FUMAT ADAPTADA.

	Ítem 23	Ítem 24	Ítem 27	Media
<b>SIN DC</b>	3,05	3,58	3,63	3,42
<b>DC Leve</b>	2,88	3,42	3,45	3,25
<b>DC Moderado</b>	2,29	2,87	2,87	2,68
<b>Total general</b>	2,76	3,31	3,33	3,13

Fuente. Elaboración propia.

Nota: Ítem 23 “Muestra dificultad para resolver eficazmente los problemas que se le plantean “, Ítem 24 “Tiene dificultad para expresar información”, Ítem 27 “Tiene dificultades para entender la información que recibe “, DC: Deterioro Cognitivo

En cuanto a la relación de pequeño tamaño del deterioro cognitivo con la inclusión social, el análisis de la respuesta a los ítems arrojó los resultados de la Tabla 114, dándose la mayor relación con el ítem 44, Participa en actividades de ocio que le gustan, seguido del ítem 46, En el centro residencial tiene dificultad para encontrar apoyos, y en menor medida en el ítem 52, Le es difícil relacionarse o integrarse con los compañeros del centro residencial. Todas ellas parten de unas puntuaciones altas en el caso del deterioro cognitivo nulo, y así se mantienen en general salvo para el ítem 44, que pasan a ser medias, mostrando un menor nivel de participación en actividades de ocio a medida que el deterioro cognitivo aumenta.

Tabla 114. Medias de las valoraciones dadas a los ítems de la dimensión Inclusión Social en función del grado de deterioro cognitivo, para la escala FUMAT ADAPTADA.

DC	Ítem 44	Ítem 46	Ítem 52	Media
<b>Autónomo</b>	3,02	3,42	3,37	3,27
<b>DF leve</b>	2,69	3,23	3,24	3,05
<b>DF moderada</b>	2,51	3,08	3,02	2,87
<b>Total general</b>	<b>2,72</b>	<b>3,23</b>	<b>3,21</b>	<b>3,05</b>

Fuente. Elaboración propia.

Nota: Ítem 44 “Participa en actividades de ocio que le gustan, incluso en aficiones que el centro le facilita, más allá de las actividades habituales del centro”; Ítem 46 “En el centro residencial tiene dificultad para encontrar apoyos, entre profesionales, amigos, familiares...”, ítem 52 “Le es difícil relacionarse o integrarse con los compañeros del centro residencial”; DC: Deterioro Cognitivo

En cuanto a la relación con el bienestar físico, la causa principal de la relación con el grado de deterioro cognitivo se dio para el ítem 31 (tiene problemas de continencia), que es



particularmente frecuente en los casos de deterioro cognitivo moderado. La relación se da en los otros dos ítems en menor magnitud, que reciben valoraciones medias altas en el ítem 34 relativo a problemas para recordar información importante, debido a que se ha eliminado el grupo de deterioro cognitivo más elevado. Respecto a la valoración de los problemas de movilidad a través del ítem 30, éstos son medios en general para todos grados de deterioro cognitivo, confirmando la baja correlación vista entre el grado de dependencia física y el grado de deterioro cognitivo.

Tabla 115. Medias de las valoraciones dadas a los ítems de la dimensión Bienestar Físico en función del grado de deterioro cognitivo, para la escala FUMAT ADAPTADA.

	Ítem 30	Ítem 31	Ítem 34	Media
<b>SIN DC</b>	2,72	3,33	3,65	3,23
<b>DC leve</b>	2,59	2,86	3,57	3,00
<b>DC moderado</b>	2,47	2,04	2,98	2,50
<b>Total general</b>	<b>2,59</b>	<b>2,74</b>	<b>3,43</b>	<b>2,92</b>

Fuente. Elaboración propia.

Nota: “ítem 30 “Tiene problemas de movilidad”; Ítem 31 “Tiene problemas de continencia”; Ítem 34 “Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana; DC: Deterioro Cognitivo

En cuanto a la relación con el bienestar emocional, que como ya se ha anunciado fue de tamaño bajo, se dio de manera bastante homogénea para todos los ítems, y en cuanto a las valoraciones, los dos referentes a la satisfacción (con la vida y con uno mismo, ítem 1 y 4), recibieron valoraciones medias (en torno a 2,5 en ambos casos), y algo mejores, medio-altas, para el ítem 6 relativo a los apoyos recibidos (en torno a 3 sobre 4).

Tabla 116. Medias de las valoraciones dadas a los ítems de la dimensión Bienestar Emocional en función del grado de deterioro cognitivo, para la escala FUMAT ADAPTADA.

DC	Ítem 1	Ítem 4	Ítem 6	Media
<b>Autónomo</b>	2,79	2,81	3,07	2,89
<b>DF leve</b>	2,52	2,44	2,95	2,64
<b>DF moderada</b>	2,41	2,31	2,82	2,52
<b>Total general</b>	<b>2,55</b>	<b>2,49</b>	<b>2,94</b>	2,66

Fuente. Elaboración propia.

Nota: Ítem 1 “Se muestra satisfecho con su vida actual”; Ítem 4 “Se muestra satisfecho consigo mismo”, ítem 6 “Se muestra satisfecho con los apoyos y servicios que recibe”; DC: Deterioro cognitivo

*Resultados de calidad de vida en función del tiempo de ingreso en el centro residencial*

Por último, en cuanto a la relación significativa, positiva y de poca magnitud de las dimensiones derechos ( $r = ,148$ ) y autodeterminación ( $r = ,249$ ) con el tiempo de ingreso en la residencia (medido en meses) devolvió una valoración media de la dimensión de 2,62, con puntuaciones medias bastante diferentes y oscilantes entre el 1,96 del ítem 36 y el 3,02 del ítem 39 para cada uno de los ítems de las primera dimensión y muy similares y altas para la segunda (derechos), en torno a 3,3 para las tres.

Tabla 117. Medias de las valoraciones dadas a los ítems de la dimensión Autodeterminación en función del tiempo de ingreso, para la escala FUMAT ADAPTADA.

<b>Tingre</b>	<b>Ítem 36</b>	<b>Ítem 39</b>	<b>Ítem 41</b>	<b>Media</b>
- 1 AÑO	1,56	2,71	2,47	2,25
+ 1 AÑO	2,03	2,95	2,95	2,64
+2 AÑOS	1,68	3,24	2,84	2,59
+ 3 AÑOS	1,70	2,95	3,05	2,57
+4 AÑOS	2,08	2,58	3,08	2,58
+5 AÑOS	1,80	2,95	2,45	2,40
+6 AÑOS	2,46	3,46	3,17	3,03
+10 AÑOS	2,67	3,39	3,33	3,13

Fuente: Elaboración propia

Nota: Ítem 36; Hace planes sobre su futuro, ítem 39: Elige cómo pasar su tiempo libre; Ítem 41: Otras personas toman decisiones importantes para su vida; Tingre: Tiempo de ingreso

En cuanto a la baja correlación con la dimensión derechos, positiva y de bajo tamaño como ya se ha anunciado ésta se dio junto con unas altas valoraciones generales de todos los ítems de la dimensión, de la que se destacarían dos aspectos: en primer lugar, la peor valoración relativa que hacen las personas en el momento del ingreso, con una valoración media de 2,79 frente a la valoración superior a 3,30 del resto de grupos, además del buen resultado general de la dimensión ya mencionada en apartados anteriores.

Tabla 118. Medias de las valoraciones dadas a los ítems de la dimensión Derechos en función del tiempo de ingreso, para la escala FUMAT ADAPTADA.

<b>TINGRE</b>	<b>Ítem 53</b>	<b>Ítem 54</b>	<b>Ítem 57</b>	<b>Media</b>
- 1 AÑO	2,74	3,03	2,62	2,79
+ 1 AÑO	3,38	3,43	3,60	3,47
+2 AÑOS	3,33	3,38	3,50	3,40
+ 3 AÑOS	3,25	3,40	3,25	3,30
+4 AÑOS	3,75	3,25	3,33	3,44
+5 AÑOS	3,30	3,30	3,50	3,37
+6 AÑOS	3,29	3,54	3,42	3,42
+10 AÑOS	3,50	3,50	3,28	3,43

Fuente: Elaboración propia

Nota: DC: Deterioro Cognitivo; Ítem 53: En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos; Ítem 54: Tiene información buena y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe; Ítem 57. Disfruta de sus derechos legales; TINGRE: Tiempo de Ingreso

### *Resultados de calidad de vida en función de la ubicación del centro*

Tal y como predijo el análisis de validez externa, la ubicación del centro se relacionaba con tamaño de efecto bajo con las relaciones interpersonales, el bienestar material, el bienestar físico y la autodeterminación, en todos los casos a favor de las personas residentes en centros urbanos. Las diferencias, que se dan en todos los ítems, son ligeramente mayores para el ítem 39 relativo a la elección de cómo pasar el tiempo libre, tal vez por un mayor control sobre el deseo de salir al exterior del centro en los centros no urbanos.

Tabla 119. Medias de las valoraciones dadas a los ítems de la dimensión Autodeterminación en función la ubicación del centro, para la escala FUMAT ADAPTADA.

UBICACIÓN	Media			
	Ítem 36	Ítem 39	Ítem 41	AU
Urbana	1,84	2,85	2,76	2,48
No urbana	2,09	3,22	3,02	2,78
<b>Total general</b>	<b>1,84</b>	<b>2,85</b>	<b>2,76</b>	<b>2,48</b>

Fuente. Elaboración propia.

Nota: Ítem 36 “Hace planes sobre su futuro”; Ítem 39 “Elige cómo pasar su tiempo libre”, ítem 41 “Su familia respeta sus decisiones”; AU: Autodeterminación

Respecto del bienestar material, con una alta valoración tanto para una como para otra ubicación, se diferenciaba particularmente en los ítems 18 y 20, relativos a las barreras arquitectónicas y a la disposición de las cosas materiales que necesitaba.

Tabla 120. Medias de las valoraciones dadas a los ítems de la dimensión Bienestar Material en función la ubicación del centro, para la escala FUMAT ADAPTADA.

UBICACIÓN	Media			
	Ítem 15	Ítem 18	Ítem 20	BM
Urbana	3,57	3,60	3,39	3,52
No urbana	3,54	3,88	3,67	3,70
<b>Total general</b>	<b>3,56</b>	<b>3,73</b>	<b>3,51</b>	<b>3,60</b>

Fuente. Elaboración propia.

Nota: Ítem 15: El lugar donde vive es confortable; Ítem 18: El centro residencial tiene barreras arquitectónicas que dificultan o impiden alguna actividad o una vida adaptada a sus necesidades; Ítem 20: Dispone de las cosas materiales que necesita

**Aproximación a la medida de la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo grave.**

En cuanto a los resultados de la calidad de vida cuando el deterioro cognitivo es grave, se estableció para el estudio de las valoraciones los puntos de corte siguientes, teniendo en cuenta que puntuaciones mayores (hasta 5) se corresponden con valoraciones negativas del ítem y puntuaciones menores (hasta 1), con valoraciones buenas del ítem. Puntuaciones superiores a 4 se consideraron muy bajas, entre 3,5 y 4 bajas, entre 2,5 y 3 medio-bajas, entre 2 y 3 medio-altas, e inferiores a 2 altas. Así, tal y como muestra la Tabla 121, las puntuaciones arrojaron un resultado bajo para la dimensión síntomas físicos y afectivos de disconfort, con un resultado promedio de 3,60 sobre 5, Por su parte, el resultado fue medio-alto para la dimensión interacciones sociales, con una valoración media de 2,32, No puede hablarse de un resultado global de calidad de vida, pues no se identificó un factor de segundo orden correspondiente con este constructo en el que las dimensiones saturasen.

Tabla 121 Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la escala QUALID (Weiner et al., 2000)

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
DFyA	160	1,00	5,00	3,60	0,94
IS	160	1,00	5,00	2,32	1,02

Fuente: Elaboración propia

Nota: DFyA: síntomas físicos y afectivos de disconfort, IS: Interrelaciones sociales; N: Número de elementos de muestra; M: Media; DT: Desviación Típica

Tal y como se ha comentado ya, el análisis de validez externa de la escala no mostró diferencias significativas en función del género ni de la edad o el grado de deterioro cognitivo. Para estas variables aplicaremos los descriptivos medios de las dimensiones y las medias generales de las respuestas a los ítems, que se presentan en la Tabla 122. Según se observa, la media de la dimensión interrelaciones sociales se conformó a base de una equilibrada valoración entre todos los ítems cuyas puntuaciones oscilaron entre la mejor 2,25 del ítem 1 (Llora) y la peor 2,42 del ítem 8 (Disfruta comiendo). En cuando a la dimensión síntomas físicos y afectivos de disconfort (DFyA), hubo una cierta desviación positiva en la valoración el ítem 11 (Parece emocionalmente tranquilo y confortable), con una valoración de 2,15 sobre 5), frente a la peor valoración del resto de ítems, cuyos resultados son entre medio-bajos (3,64 del ítem 7, “Está irritable y agresivo”) y el bajo resultado (4,04) del ítem 4 (“Tiene una expresión facial de malestar”).

Tabla 122 Media de las respuestas a los ítems de las dimensiones de la escala QUALID (Weiner et al., 2000)

MEDIA							
<b>IS</b>	<b>Ítem 1</b>	<b>Ítem 8</b>	<b>Ítem 9</b>	<b>Ítem 10</b>			
2,31	2,25	2,42	2,28	2,28			
<b>DF y A</b>	<b>Ítem 2</b>	<b>Ítem 3</b>	<b>Ítem 4</b>	<b>Ítem 5</b>	<b>Ítem 6</b>	<b>Ítem 7</b>	<b>Ítem 11</b>
3,61	3,98	3,67	4,04	3,95	3,84	3,64	2,15

Fuente: Elaboración propia

Nota: DFyA: síntomas físicos y afectivos de disconfort; IS: Interrelaciones sociales

Las dimensiones en las que hubo correlación se analizan a continuación por separado. En concreto, el grado de dependencia física, aunque con correlaciones bajas con las dos dimensiones (-,207 para DFyA y ,290 para IS), el tiempo de ingreso, con correlaciones igualmente bajas con la dimensión interrelaciones sociales (,201) a favor de los que más tiempo llevan y la ubicación del centro, con tamaño de efecto grande a favor de la ubicación no urbana para la dimensión síntomas físicos y afectivos de disconfort. Recordamos en este punto que, a pesar de la correlación positiva entre las dimensiones, a mayor puntuación en la escala, peor valoración de la dimensión.

#### *Resultados de calidad de vida en función del grado de dependencia física*

Respecto del grado de dependencia física, las valoraciones en general fueron mejores para la dimensión síntomas físicos y afectivos de disconfort (DFyA) que para las interrelaciones sociales. En concreto, para DFyA no dejaron de ser medio-altas, oscilando entre el 3,84 de las personas con dependencia física moderada y el 3,28 de las personas autónomas, mientras que la dimensión interacciones sociales (IS) arrojó unas valoraciones que oscilaron entre la medio-alta (1,80) del grado leve de dependencia física hasta el medio 2,78 de las personas con dependencia física total.

Tabla 123. Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la escala QUALID en función del grado de dependencia física.

DF		IS	DFyA
	Media	2,38	3,29
SIN DF	N	2	2
	Desviación estándar	0,53	1,21
	Media	1,81	3,80
DF LEVE	N	31	31
	Desviación estándar	0,87	0,67
	Media	2,29	3,84
DF MOD	N	32	32
	Desviación estándar	1,05	0,75
	Media	2,31	3,51
DF GRAVE	N	53	53
	Desviación estándar	0,90	0,96
	Media	2,78	3,38
DF MUY GRAVE	N	40	40
	Desviación estándar	1,11	0,86
	Media	2,32	3,60
Total	N	158	158
	Desviación estándar	1,02	0,85

Fuente: Elaboración propia

Nota: DFyA: síntomas físicos y afectivos de discomfort, IS: Interrelaciones sociales; M: Media; DT: Desviación Típica, N: Número de elementos de muestra; DF: Dependencia Física; MOD: Moderada

#### *Resultados de calidad de vida en función del tiempo de ingreso*

Respecto del tiempo de ingreso, éste arrojó una relación de tamaño bajo y positiva ( $r=0,201$ ) con la dimensión IS, que a su vez arrojó una valoración media – alta (2,32). Esta baja correlación hacía oscilar su valoración entre una valoración medio alta de las personas desde el momento del ingreso hasta que alcanzan el quinto año de estancia (desde 2,59 hasta 1,83), momento a partir del cual la valoración de esta dimensión comienza a empeorar hasta valores medios, sin llegar a ser nunca particularmente malos (hasta 2,79), tal y como muestra la Tabla 124.

Tabla 124. Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la escala QUALID (Weiner et al., 2000) en función del tiempo de ingreso.

<b>Tiempo de ingreso</b>		<b>IS</b>	<b>DFyA</b>
- 1 AÑO	Media	2,28	3,38
	N	37	37
	Desviación estándar	0,96	0,90
+ 1 AÑO	Media	2,00	3,85
	N	26	26
	Desviación estándar	0,88	0,67
+2 AÑOS	Media	2,36	3,58
	N	14	14
	Desviación estándar	0,92	0,99
+ 3 AÑOS	Media	1,93	3,50
	N	17	17
	Desviación estándar	0,91	0,80
+4 AÑOS	Media	1,83	3,62
	N	9	9
	Desviación estándar	0,81	0,86
+5 AÑOS	Media	2,60	3,42
	N	18	18
	Desviación estándar	1,01	0,71
+6 AÑOS	Media	2,78	3,80
	N	28	28
	Desviación estándar	1,21	1,00
+10 AÑOS	Media	2,69	3,70
	N	9	9
	Desviación estándar	1,03	0,74
Total	N	158	158
	Desviación estándar	1,02	0,86

Fuente: Elaboración propia

Nota: DFyA: síntomas físicos y afectivos de discomfort, IS: Interrelaciones sociales; M: Media; DT: Desviación Típica, N: Número de elementos de muestra;

Atendiendo a los ítems que valoran la dimensión inclusión social, ítems 1,8, 9 y 10, el resultado de la respuesta a los ítems en función del tiempo de ingreso, la principal variación se da en el ítem 1, “llora”, dándose este hecho mucho más frecuentemente entre aquellos que más tiempo llevan, que hacen una valoración media-baja (3,11 sobre 5), en relación a los que llevan entre 1 y 2 años o entre 3 y 5 años, con valoración medio-alta (en torno a 1,8 sobre 5). Le siguen

en sensibilidad el ítem 10, “Disfruta interactuando con los demás o estando en compañía”, que oscila de las puntuaciones medio-altas de los de quienes llevan entre 4 años (1,89), y las medio bajas de quienes llevan más de 6 años (en torno a 2,7 sobre 5). Los ítems 8 y 9 (“Disfruta comiendo” y “Disfruta tocando y/o acariciando a los demás o cuando lo tocan y/o lo acarician”, respectivamente), presentan una correlación menos clara con el tiempo de ingreso, pero unas valoraciones que siguen el mismo patrón de resultados relativamente mejores entre aquellos que llevan entre 3 y 4 años en el centro y una peor valoración de los que llevan más de 10 años.

Tabla 125. Media de las valoraciones de las respuestas a los ítems dimensión interacciones sociales de la escala QUALID en función del tiempo de ingreso.

Tiempo de ingreso	Medias				
	Ítem1	Ítem8	Ítem9	Ítem10	IS
- 1 AÑO	2,14	2,43	2,16	2,35	2,27
+ 1 AÑO	1,89	2,04	2,08	2,00	2,00
+2 AÑOS	2,21	2,57	2,57	2,07	2,36
+ 3 AÑOS	1,82	2,00	1,82	2,06	1,93
+4 AÑOS	1,89	1,67	1,89	1,89	1,83
+5 AÑOS	2,67	3,06	2,39	2,28	2,60
+6 AÑOS	2,68	2,82	2,82	2,68	2,75
+10 AÑOS	3,11	2,44	2,44	2,78	2,69
<b>Total general</b>	<b>2,27</b>	<b>2,43</b>	<b>2,29</b>	<b>2,29</b>	<b>2,32</b>

Fuente: Elaboración propia

Nota: Ítem 1 “Sonríe”; Ítem 8: “Disfruta comiendo”; Ítem 9: “Disfruta tocando y/o acariciando a los demás o cuando lo tocan y/o lo acarician”; Ítem 10: “Disfruta interactuando con los demás o estando en compañía”

### *Resultados de calidad de vida en función de la ubicación del centro*

En cuanto al análisis en función de la ubicación de la ubicación del centro, que presentó diferencias significativas y de tamaño de efecto grande en la dimensión DF y A, a favor de los centros de zona no urbana, haciendo oscilar la valoración media de 3,60 de esta dimensión en una mala valoración de 4,08 para los centros urbanos, frente a la valoración media-baja media de 3,30 para los de ubicación no urbana. Como se hizo en el caso de la escala FUMAT ADAPTADA, convino analizar no sólo posibles diferencias sociodemográficas de la muestra en función de la ubicación del centro, sino posibles diferencias arquitectónicas/urbanísticas/de atención que justificaran la respuesta a algún ítem.



Tabla 126. Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la escala QUALID en función de la ubicación del centro.

UBICACIÓN		IS	DFyA
No urbana	Media	2,43	3,31
	N	98	98
	Desviación estándar	0,91	0,86
Urbana	Media	2,14	4,09
	N	62	62
	Desviación estándar	1,16	0,59
Total	Media	2,32	3,61
	N	160	160
	Desviación estándar	1,02	0,86

Fuente: Elaboración propia

Nota: DFyA: síntomas físicos y afectivos de discomfort, IS: Interrelaciones sociales; M: Media; DT: Desviación Típica, N: Número de elementos de muestra

El análisis de la respuesta a los ítems permitiría identificar de una manera más acertada en origen de las diferencias entre centros, que, tal y como muestra la Tabla 127, se dieron fundamentalmente en los ítems 3 (Llora), 4 (Tiene una expresión facial de malestar) y 7 (Está irritable y agresivo), seguidos del ítems 6, 7, 12 y 2.

Tabla 127. Resultado de la valoración a los ítems de la dimensión síntomas físicos y afectivos de discomfort en función de la ubicación de centro.

UBICACIÓN	Media							DFyA
	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 11	
No urbana	3,78	3,01	3,61	3,65	3,50	3,21	2,38	3,31
Urbana	4,31	4,69	4,71	4,42	4,39	4,31	1,79	4,09
<b>Total general</b>	<b>3,98</b>	<b>3,67</b>	<b>4,04</b>	<b>3,95</b>	<b>3,84</b>	<b>3,64</b>	<b>2,15</b>	3,61

Fuente: Elaboración propia

Nota: Ítem 2: "Parece triste", Ítem 3: "Llora", Ítem 4: "Tiene una expresión facial de malestar – parece infeliz y/o con dolor (parece preocupado, hace muecas, arruga la piel o frunce las cejas)"; Ítem 5: "Parece físicamente incómodo, se retuerce y, a menudo, cambia de posición"; Ítem 6: "Realiza afirmaciones o ruidos que sugieren malestar, inquietud o infelicidad (quejas, gemidos, gritos y chillidos)"; Ítem 7: "Está irritable o agresivo/a (se enfada, insulta, empuja e intenta golpear a los demás)", Ítem 11: "Parece emocionalmente tranquilo y confortable"



## **Capítulo 5: Discusión y Conclusiones**

Este trabajo, bajo el título “Optimización de la medida de calidad de vida en personas mayores con dependencia en centros residenciales de Guipúzcoa: escalas FUMAT y QUALID”, nace de la necesidad de disponer de un conjunto de instrumentos para la medida de la calidad de vida de las personas mayores que viven en centros residenciales y de la tendencia a la cada vez mayor necesidad de medir el impacto de las políticas públicas en sus metas, pese a la dificultad de la tarea cuando estas son constructos intangibles. Hasta el momento se han expuesto detalladamente los resultados obtenidos tanto en el capítulo dedicado al estudio teórico como al estudio empírico. De esos resultados procede ahora extraer conclusiones que den evidencias del nivel de cumplimiento del compromiso investigador que se asumió al establecer los objetivos, que se recuperarán y discutirán uno a uno, para sacar las conclusiones correspondientes.

### **Sobre la calidad de vida de las personas mayores que viven en centros residenciales**

La evolución del prisma desde el que diversos modelos han enfocado la atención a personas con discapacidad y dependencia, pasando del modelo de prescindencia al modelo médico rehabilitador y de éste al modelo en comunidad, respetuoso con la diversidad de las personas y sus derechos (Leturia, 2011), es una evolución que ni ha terminado ni es estrictamente lineal. Las diferentes visiones coexisten en diferentes sectores y organizaciones y, en ocasiones, dentro de una misma organización. Las organizaciones marcan las líneas generales de actuación, pero somos las personas y, en el contexto residencial, los profesionales, quienes fundamentalmente matizan su puesta en práctica. ¿Es suficiente tener una buena calidad asistencial? ¿Es suficiente con recibir mejor atención socia sanitaria que cuando estábamos en nuestra casa? ¿Optamos por un centro residencial PARA recibir cuidados o porque necesitamos cuidados, pero PARA vivir una vida plena, en la medida de nuestras posibilidades? Es esta última la idea que se encuentra en los orígenes de este trabajo. Entendiendo que una vida de calidad es un derecho (Ley 30/2006) y, sobre todo, una aspiración de cualquier personas, y por tanto de las personas mayores que viven en centros residenciales, abordarla no debería ser sólo un ejercicio de justicia, sino de responsabilidad, por constituir la calidad de vida el objetivo central declarado de la mayoría de las misiones y visiones de los centros residenciales, así como protegerla y fomentarla lo es de las leyes y ordenanzas que regulan su funcionamiento. Así, la Ley 39/2006

de promoción de la autonomía personal y atención sociosanitaria a la dependencia (2006), declara en su artículo 13, Objetivos de las prestaciones de dependencia, lo siguiente:

“La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal deberán orientarse a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades, de acuerdo con los siguientes objetivos: a) Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible. b) Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad (Ley 39,2006, p.14)

Son las comunidades autónomas las que, a través de decretos, regulan la implantación de la Ley 39/2006, en sus ámbitos geográficos de competencia, heredando de ésta la obligación de aplicar la Resolución de 2 de diciembre de 2008, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, (Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, 2008) que señala la necesidad de establecer requisitos y estándares de calidad para la acreditación de centros en nueve ámbitos diferentes, siendo uno de ellos la toma de decisiones basada en información proveniente de: i) Plan de gestión de calidad y ii) Documentación referida al usuario, recogiendo, entre otros, la evaluación de los resultados en cuanto a la mejora de la calidad de vida de los usuarios. Así, pareciera que la calidad de vida debiera ser el eje central de la actividad de los centros residenciales, y que por tanto medirla e incluirla en los planes estratégicos y de gestión debería ser una práctica habitual.

Como requisito previo al abordaje del primer objetivo investigador se estableció el contrate, mediante entrevistas personales con agentes del ecosistema de atención a personas mayores con dependencia de Guipúzcoa, de la existencia de una necesidad e interés por la evaluación de la calidad de vida en los centros residenciales. Departamentos de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Guipúzcoa y Vizcaya, Departamentos de Servicios Sociales del Ayuntamiento de San Sebastián, el Organismo Autónomo Foral KABIA para la gestión 16

centros residenciales de gestión municipal de la provincia de Guipúzcoa y varias empresas gestoras de servicios de residenciales fueron entrevistadas para identificar el rol actual de la calidad de vida en la gestión y tantear el interés por participar en el estudio. Las entrevistas desvelaron que la gestión de centros residenciales está plagada de indicadores de proceso, protocolos de atención (IMSERSO, 2015) y requerimientos de inspección (Gobierno Vasco, Departamento de Empleo y Servicios Sociales, 2010) tal y como corresponde a un servicio de tan delicada naturaleza, y que en muchas ocasiones, la calidad de vida, a pesar de constituir la idea clave de sus misiones y estar presentada como objetivo primero y último de su servicio, queda en el día a día lejos de ser un concepto manejado y, aún menos, medido. Esto, no sólo por la falta de unidad en la definición del constructo, su estructura factorial y la escasez de herramientas para medirla, sino por la compleja realidad del día a día de este tipo de organizaciones.

Poco a poco la calidad de vida comienza a tomar protagonismo en los planes estratégicos de diferentes administraciones públicas (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2017; Diputación Foral de Bizkaia, 2013, Diputación Foral de Álava, 2013). El caso concreto del reconocimiento de los derechos subjetivos de las personas mayores con dependencia que viven en centros residenciales es hoy en día un hecho sobre el que cabe, y se produce, poca discusión, tanto dentro como de fuera del ecosistema de provisión de servicios de atención residencial. Sin embargo, el alcance de estos derechos da lugar a numerosas interpretaciones, y su nivel de implantación, a otras tantas realidades. Así, fue necesaria la revisión del constructo, no sólo para alimentar los objetivos investigadores, sino por la extendida confusión en torno al significado de la calidad de vida que las entrevistas desvelaron. Incluso las escalas de satisfacción de usuarios de centros residenciales y sus familiares desvelan que, en general, lo que se mide es la satisfacción con la atención sociosanitaria y que ésta es asimilada erróneamente, a calidad de vida. Publicaciones recientes también sorprenden con esta perspectiva, al validar escalas de medida de la satisfacción con el servicio residencial y calidad de vida (atendiendo al nombre dada a la escala por los autores) a través de tres dimensiones relacionadas aparentemente casi de manera exclusiva con lo primero y apenas con lo segundo (Literas et al., 2009).

Sin embargo, preguntar por la satisfacción con la comida, la atención de los profesionales, la limpieza de instalaciones, las características de la habitación, la profesionalidad de quienes asisten en las actividades básicas de la vida diaria... sería como valorar unas vacaciones por la calidad del hotel en que nos alojamos. Puede que una buena atención influya en una experiencia vacacional, incluso que lo segundo no sea posible sin lo primero, pero sin duda no la garantiza ni es lo mismo. De la misma manera, una buena atención residencial puede que sea condición *sine qua non* para una buena calidad de vida, pero no es suficiente. Entender la definición del constructo, su organización interna en dimensiones, los factores externos que influyen en su comportamiento, y aproximar su valor a través de una herramienta práctica y sencilla para ser aplicada en los centros residenciales será clave para el diagnóstico y planteamiento de acciones de mejora de la calidad de vida y el funcionamiento en las organizaciones.

### **Sobre el concepto de calidad de vida**

Ya hace más de 20 años Cummins recogía más de 100 definiciones para el constructo calidad de vida (1997b), desde las que ponen el foco en las condiciones objetivas de la buena vida o la seguridad desde el punto de vista financiero (Campbell, 1981; Meeberg, 1993) hasta las más objetivas que recogen la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes (OMS, 2006). Con la introducción de la dimensión subjetiva, de peso relativo creciente en el constructo, las investigaciones llegaban a explicar el 50% de la varianza (Campbell y Rogers, 1976, en Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012; Haas 1999 en Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012). Sin embargo, no existe una teoría única que defina y explique el fenómeno, y en este escenario, investigaciones recientes tratan de ordenar las definiciones de calidad de vida en cinco interesantes categorizaciones principales: aquellas que asimilan la calidad de vida con las condiciones de vida, aquellas que la asimilan con satisfacción con la vida, las que la asimilan a la suma de las dos anteriores, las que aplican a esa suma el contexto de valores y las que le aplican una evaluación a través de procesos cognitivos (que relativizan la importancia que uno mismo da a su percepción de su calidad de vida a través de la comparación con la sociedad que le rodea y la discrepancia percibida) (Urzúa et al., 2012).

Estas distintas clasificaciones conviven con un cierto consenso en algunos aspectos: en primer lugar, se considera en general un concepto multidimensional (Alcedo et al., 2008; Bowling y Stenner, 2011; Bowling et al., 2012; Caballero et al., 2013; Cummins, 1997b; Fang et al., 2012; Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1996; Gómez, 2011; Hyde et al., 2003; Kane et al., 2003; Kitwood y Bredint, 1992; Literas, Navarro y Fontanals, 2009; Molero et al., 2015; O'Boyle, 1994; OMS, 2013; Power et al., 2005; Schalock y Verdugo 2002/2003; Verdugo et al., 2009; WHOQoL Group, 1995/1996; Weiner et al., 2000), que tiene en cuenta aspectos *emic* (culturales) y *etic* (universales) (Berry, Poortinga, Breugelmans, Chasiotis, y Sam, 2011; Jenaro et al., 2006; Kober, 2010; Schalock, 2000; Schalock y Verdugo, 2002; Schalock y Verdugo, 2003; Verdugo et al., 2005; Verdugo y Schalock, 2001).

Los aspectos culturales o *emic* se refieren aquellos aspectos de calidad de vida que pudieran ser particulares de una cultura concreta. Respecto de los aspectos *etic* (universales) habla de la calidad de vida como un constructo compuesto por varias dimensiones que hacen referencia al grado en que las personas tienen experiencias vitales que valoran, a través de dimensiones que contribuyen a una vida plena e interconectada, teniendo en cuenta el contexto (físico, social y cultural), y abarcando desde las experiencias humanas más comunes a las más vitales y únicas". En este sentido, los resultados de los estudios anteriores indican que en general, la importancia y uso de las dimensiones de la calidad de vida muestran perfiles similares en la geografía mundial.

### **Sobre la influencia del lugar de residencia en la calidad de vida**

Ya desde comienzos de este siglo el ambiente residencial ocupa un lugar importante en gerontología (Fernández-Mayoralas Fernández et al., 2002; Pérez-Duarte y Cruz, 2017; Pynoos y Regnier, 1991; Rijnaard et al., 2016; Rojo-Pérez, Fernández-Mayoralas, Rodríguez-Rodríguez, y Rojo-Abuín, 2007; Sheila Peace, Hans-Werner Wahl, Heidrun Mollenkopf, y Frank Oswald, 2011; Wahl y Weisman, 2003). La bibliografía defiende mayoritariamente que envejecer en casa, sin tener que cambiar de residencia, es la opción preferida por las personas mayores, y más que un símbolo de la calidad de vida a cualquier edad (Borglin et al., 2005; Bowling et al., 2003; Gabriel y Bowling, 2004; Ilinca, Rodrigues, y Leichsenring, 2015; Llobet, Ávila, Farràs Farràs, y Canut, 2011; Missotten et al., 2009; Nosraty et al., 2014; Puig Llobet,



Rodríguez Ávila, Farràs I Farràs, y Lluch Canut, 2011; Raggi et al., 2016; Rojo Perez et al., 2001; Scocco y Nassuato, 2017; Van Leeuwen et al., 2019).

Más allá de las preferencias manifestadas por las personas mayores, diversos estudios discuten si el lugar de residencia (propio domicilio o centro residencial) es o no un factor determinante de la calidad de vida, mostrando resultados en diferentes sentidos. La mayoría de los autores (Borglin et al., 2005; Bowling et al., 2003b; Branch y Jette, 1982; Dirk van Dierendonck et al., 2006a; Hyde, Wiggins, Higgs, y Blane, 2003; Ilinca et al., 2015; Molina y Meléndez, 2008c; Nosraty et al., 2014; Ryff y Keyes, 1995) confirman la existencia de la correlación, a favor de aquellas personas que viven en el propio domicilio frente a las que viven en centros residenciales. Sin embargo, aunque en menor medida, otros autores afirman que esa relación es muy poco significativa, (Fernández Ballesteros, 1997), y algunos incluso refieren un resultado ligeramente mejor para las personas que viven en el centro residencial (Gómez, 2011).

La calidad de vida de las personas mayores asociada al lugar de residencia podría verse afectada por las circunstancias particulares que motivan el ingreso en el centro y que luego éste genera (Barca, Engedal, Laks, y Selbaek, 2011; Beer, Bosboom, Almeida, y Flicker, 2009; Bóckerman et al., 2012; Borglin, Edberg, y Rahm Hallberg, 2005; Branch y Jette, 1982; Castilho-Weinert et al., 2014; Dichter, Halek, Dortmann, Meyer, y Bartholomeyczik, 2013; Esteban Herrera y Rodríguez Gómez, 2015; Estrada Restrepo et al., 2013; Fernández Ballesteros y Zamarrón, 1996; Fernández Ballesteros, 1997; Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015; Guevara-Peña, 2016; Hall, Opio, Dodd, y Higginson, 2011; Hoe, Hancock, Livingston, y Orrell, 2006; IMSERSO, 2006; Lawton, 1991; Le Masson, 2003; León-Salas et al., 2015; León-Salas et al., 2013; Molero Jurado, Mara del Mar y Prez-Fuentes, 2011; Molina y Meléndez, 2008; Muñoz y Castellón, 2015; Noro y Aro, 1996; Olsen et al., 2016; Peace, 1981; Rodríguez Díaz, Cruz-Quintana, y Pérez-Marfil, 2014; Simon, Berwig, y Heinrich, 2013; Simon, 2014; Subaşı y Hayran, 2005; Valenzuela, 2010; Vitorino, Paskulin, y Viana, 2012; Vitorino, Paskulin, y Vianna, 2013; Ward, 1980; Wells y Singer, 1988; Zimmerman, Sloane, Williams, y Reed, 2005).

También en el caso específico de las personas con deterioro cognitivo, la bibliografía defiende el impacto de la opción de hacer una vida independencia en la propia casa durante el

mayor tiempo posible (Nosraty et al., 2014, Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015). Diversos estudios afirman que las personas con deterioro cognitivo que viven en centros residenciales presentan peor calidad de vida que los no institucionalizados y los institucionalizados sin demencia (Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015; León-Salas et al., 2015; Sovárióvá, 2016; Villagrasa Ferrer et al., 2002). Este resultado podría ser particularmente aplicable a personas con un deterioro cognitivo moderado (Olsen et al., 2016) y grave (Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015; Missotten et al., 2009). Sin embargo, en estadios iniciales de la demencia, algunos autores observan peor calidad de vida en personas en domicilio familiar (Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015; Missotten et al., 2009). Por otro lado, existe bibliografía que defiende que la calidad de vida general en personas con demencia es independiente del estado cognitivo (aunque también concluyen que una intervención dirigida a mejorar el estado cognitivo mejora los resultados de calidad de vida) (Weisscher, de Haan, y Vermeulen, 2007; Woods, Thorgrimsen, Spector, Royan, y Orrell, 2006). En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, ésta parece relacionada con el estado cognitivo, particularmente cuando el deterioro aparece, y lo que es importante en estados iniciales (como el mantenimiento de las capacidades intelectuales), deja de serlo en etapas más avanzadas (donde la seguridad y el confort pasan a ser claves) (Schölzel-Dorenbos, 2011).

La bibliografía defiende también que la calidad de vida de las personas mayores no depende tanto del contexto residencial en el que se encuentran (Fernández Méndez et al., 2007), sino de otros factores sociodemográficos que se dan con frecuencia en los centros: así, el grado de dependencia, y muy particularmente el grado de deterioro cognitivo, mayor en la población de los centros residenciales afectaría negativamente a la calidad de vida está avalada por la bibliografía (Satorres Pons, 2013, Fernández et al., 2007), así como el peor estado de salud general (Yanguas, 2003). No se debe olvidar que los criterios que las administraciones públicas utilizan para asignar el orden de entrada en el centro residencial vienen determinados en primer lugar, en general, por el grado de dependencia y, en segundo lugar, por los ingresos económicos, priorizándose a los de mayor grado en primer lugar, y, en igualdad de grado de dependencia, los de menor ingresos económicos. Estudios recientes confirman la relación entre el nivel de ingresos económicos y las habilidades funcionales (Satorres Pons, 2013), y ésta con la calidad de vida, por lo que podríamos afirmar no tanto que el lugar de residencia no afecta a la calidad de vida, sino que la población que vive en residencias no representa a la población de personas

mayores con dependencia que no viven en centros residenciales, y que por tanto, dadas sus particulares características, requerirían de escalas de calidad de vida sensibles a esas diferencias (Bowling, 2005).

### **Sobre los modelos de calidad de vida**

Respecto de las dimensiones que componen la calidad de vida en esta etapa de la vida, en el contexto internacional, un estudio de revisión sistemática sobre otros 48 estudios (Brown, Bowling, y Flynn, 2004) identifica nueve ámbitos principales: autonomía personal, rol social y actividad, salud percibida, relaciones interpersonales, actitud y capacidad de adaptación, bienestar emocional, espiritualidad, vivienda (y vivir en la propia vivienda) y vecindario y bienestar económico. En España, las propias personas mayores destacan cinco dimensiones principales entre un total de 19 identificadas en las revisiones: salud, red familiar, recursos económicos, red social y participación en actividades de ocio y tiempo libre, a las que se añaden vivienda y edificio, barrio/pueblo/ciudad, vecindario (vecinos), ocio físico, viajes/turismo, ocio pasivo, ocio cultura, matrimonio, red paterno-filial, red familiar (en genérico), apoyo social, estado emocional, religiosidad y espiritualidad y valores y actitudes. (Rojo Pérez et al., 2011). Gómez (2011), realiza una extensa recopilación de las diferentes importancias y usos de las dimensiones en su tesis doctoral y presenta, en orden decreciente de mención en la literatura, las 11 dimensiones más representativas de la calidad de vida: relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, bienestar material, bienestar emocional, derechos, entorno residencial (vivienda particular vs comunidad), familia, ocio y tiempo libre y seguridad.

Se pudo comprobar que entre los factores que reciben atención en las investigaciones, nos encontramos a menudo con el lugar de residencia, empezando ya a ser relativamente abundantes las investigaciones que afrontan la cuestión de la calidad de vida relacionada con el entorno residencial en población mayor que habita en vivienda familiar (Bennett, 1973; Fernández Ballesteros, 1997; Fernández Méndez et al., 2007; Fernández-Mayoralas Fernández, Rojo Pérez, y Pozo Rivera, 2002; Halvorsrud y Kalfoss, 2007; Mansell et al., 2007; Missotten et al., 2009; Netuveli, Wiggins, Hildon, Montgomery, y Blane, 2006; Nosraty, Jylhä, Raittila, y Lumme-Sandt, 2014; Olsen et al., 2016; O'Malley y Croucher, 2005; Pynoos y Regnier, 1991;

Rojo Perez, Fernandez-Mayoralas, Pozo Rivera, y Rojo Abuin, 2001; Rojo Pérez et al., 2011; Sováriová, 2016; Zamarrón Cassinello y Fernández Ballesteros, 2000). Parece que este hecho es en general causa de una alta satisfacción (Rojo Pérez et al., 2011), particularmente sustentada en la relación con los vecinos y la satisfacción con la vivienda, además del control que la persona mayor experimenta al vivir en su propio domicilio (Bowling et al., 2007; León-Salas et al., 2015; Rojo Pérez et al., 2011). Las personas mayores sienten el entorno habitual de residencia, tanto interior o privado (la casa) como el exterior o público (el barrio o localidad donde se ubica la casa), como algo propio, han vivido en ese espacio muchos años y tienen asociados con el mismo una buena parte de sus vivencias (Fernández-Mayoralas et al., 2007; Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015). Fernández –Ballesteros (1997) afirma, sin embargo, que el efecto de este factor se limita en ciertas circunstancias, y defiende que el lugar de residencia (vivir en su propio domicilio o en instituciones -públicas y privadas-) tiene menos peso que la edad, el género o la posición social.

El estudio de la bibliografía reveló la existencia de varios modelos que resultaron de interés, lo que permitiría no sólo comprender mejor el constructo, sino plantear los modelos de ecuaciones estructurales que se someterían a pruebas de ajuste en la fase de análisis factorial confirmatorio. En concreto, fueron analizados en detalle ocho modelos de calidad de vida que permitieron confirmar las similitudes entre las dimensiones que los configuran (Hughes, Hwang, Kim, Einsenman y Killian, 1995; Hughes y Hwang, 1996; OMS, 1995; Felce y Perry, 1995/1996; Felce, 1997; Cummins, 1997a; Shalock y Verdugo, 2002/2003; Lawton, 1991). Estos modelos, presentados en la Tabla 11, oscilaban entre propuestas de cinco dimensiones y propuestas de 15 dimensiones, donde en ocasiones los primeros constituían un agregado de los segundos.

Los modelos que subyacen a las escalas que finalmente centraron los desarrollos de esta investigación fueron el Modelo de Calidad de Vida de Shalock y Verdugo (2002/2003) para la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) y el Modelo de Calidad de Vida de Lawton (1991) para la escala QUALID (Weiner et al., 2000).

El primero defiende un modelo multifactorial de ocho dimensiones: bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos, con componentes objetivas y subjetivas, y fue

desarrollado por dos prestigiosos investigadores en materia de calidad de vida (i.e., Gómez et al., 2008; Schalock, Verdugo et al., 2008; Schalock et al., 2006, 2007, 2009; Verdugo, Arias y Gómez, 2006b; Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2008; Verdugo, Gómez, Arias y Schalock, 2009), entre otros. El modelo nos presenta la calidad de vida como un concepto multidimensional, con propiedades universales y culturales, con componentes subjetivos y objetivos, influenciada por factores personales y ambientales y sensible a al contexto ambiental en el que se desarrolla la vida de la persona (Gómez, 2011).

El segundo, el Modelo de Calidad de vida de Lawton (1991), presenta igualmente componentes objetivas y subjetivas, defendiendo un constructo multidimensional que pone al individuo tanto frente a sí mismo (criterios intra-personales) y frente a la sociedad/entorno en que se encuentra (criterios socio-normativas), a través de cuatro dimensiones: el bienestar psicológico, la calidad de vida percibida (como factores subjetivos) y el nivel de competencia y el factor ambiental (como factores objetivos) (León y Martínez, 2010; Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012). Estas cuatro componentes pueden clasificarse también de dos en dos: dos componentes objetivas que recogen cuestiones relativas al nivel de competencia (evaluación socio-normativa del funcionamiento respecto a su salud, al estado cognitivo, al uso del tiempo y otras dimensiones sociales) y ambiente (seguridad física, disponibilidad de servicios de apoyo, intimidad, estimulación o calidad estética...), y dos componentes subjetivas que recogen el bienestar psicológico (estado afectivo, felicidad, moral o autoconcepto) y la calidad de vida percibida (espiritualidad, satisfacción con el cuidado, familia, amigos, tiempo de ocio y residencia) (Lawton, 1997). Igualmente reconoce la relación entre los factores objetivos y subjetivos, que explica el comportamiento adaptativo y el afecto positivo como resultantes del acoplamiento entre el grado de competencia y el grado de presión ambiental (Yanguas, 2003). Introduce una hipótesis revolucionaria en su momento, la denominada hipótesis de la “proactividad ambiental”, que enfatiza las posibilidades del individuo para elegir y crear un ambiente satisfactorio a sus necesidades y preferencias, es decir, para actuar sobre el ambiente y llegar a su modificación. Es por eso que este modelo se conoce como Modelo Ecológico De Calidad De Vida de Lawton (Izal y Fernández Ballesteros, 1990).

### **Sobre los instrumentos de medida de la calidad de vida en centros residenciales**

El estudio de la bibliografía llevó al estudio detallado de 19 escalas, tanto de medidas generales de calidad de vida para la población general (WHOQoL Group, 1995/1996) como de medida específica para personas mayores (Bowling y Stenner, 2011; Bowling et al., 2012; Caballero et al., 2013; Fang et al., 2012; Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1996; Hyde et al., 2003; O’Boyle, 1994; OMS, 2013; Power et al., 2005), personas con discapacidad y/o dependencia y/o otros colectivos vulnerables (Alcedo et al., 2008; Cummins, 1997b; Gómez, 2011; Verdugo et al., 2009), personas que viven en centros residenciales (Kane et al., 2003; Literas, Navarro y Fontanals, 2009; Molero et al., 2015) y personas con deterioro cognitivo grave (Kitwood y Bredint, 1992; Weiner et al., 2000). Las escalas fueron analizadas con el objetivo de descartar o confirmar la necesidad de herramientas de medida específicas de la calidad de vida en centros residenciales, lo que se midió en función de los siguientes parámetros: en primer lugar, debían de presentar estudios de validación, al menos iniciales, fiables en el contexto español. En segundo lugar, debían de presentar una extensión y sencillez de aplicación tales que la hicieran interesantes para el contexto residencial, y, por supuesto, recoger las particularidades de un colectivo tan específico como el de personas mayores con dependencia que viven en los centros.

### **Sobre el establecimiento de objetivos investigadores generales y específicos**

Como resultado, se confirmó la hipótesis de ausencia de herramientas específicas para la medida de la calidad de vida para personas mayores con dependencia en centros residenciales y se seleccionaron dos instrumentos para su potencial validación: las escalas FUMAT (Verdugo et al., 2009) y QUALID (Weiner et al., 2000). La escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) fue desarrollada por un equipo de investigadores que tanto antes como posteriormente a su desarrollo han liderado multitud de trabajos en el campo de los modelos de calidad de vida, particularmente en el ámbito de las personas con discapacidad y personas mayores, y la forma de medirla (Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009; Schalock y Keith, 1993; Schalock, 2005; Verdugo et al., 2005, Schalock y Verdugo, 2002/2003, 2007, 2008). Este prolífico equipo contó con el apoyo de la Fundación Matia (de ahí el nombre de la escala FUMAT) y su “I Beca Sociosanitaria “Memorial Peli Egaña” para, con el apoyo Del Instituto Universitario de

Integración en la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca, desarrollar la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009). Entre las múltiples aportaciones de la entidad y de sus miembros pasados y presentes se encuentran los desarrollos en el ámbito del Modelo de Atención Centrada en la Persona y la calidad de vida de las personas mayores y con discapacidad (Díaz Veiga et al., 2016; Gómez, 2011; Leturia, 2011; Matia Fundazioa, 2012; Yanguas, 2003). Por otro lado, la escala QUALID (Weiner et al., 2000) fue desarrollada para su aplicación al colectivo específico objeto de este estudio, por lo que la principal aportación era la aplicación el método confirmatorio para su validación, tal y como el equipo validador español sugería. Además, su aplicación para la aproximación a la medida de la calidad de vida permitiría tener una primera visión que permitiría definir las prioridades de intervención.

Así, una vez confirmada la necesidad de los instrumentos y la idoneidad de partir de las escalas FUMAT (Verdugo et al., 2009) y QUALID (Weiner et al., 2000) (esta última en caso de que la primera confirmase su no idoneidad para personas con deterioro cognitivo grave), se establecieron los objetivos específicos del estudio: i) la validación confirmatoria en muestra más amplia de la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009), originalmente desarrollada para personas mayores y adultos con discapacidad en general para su uso en el contexto residencial, pretendía recoger los matices del contexto y del colectivo de personas mayores que se encuentran en él, ii) despejar las dudas sobre su aplicabilidad para personas con deterioro cognitivo, iii) validación confirmatoria de la escala QUALID (Weiner et al., 2000) para personas con deterioro cognitivo grave en contexto residencial iv) aportar nuevas luces a las discusiones abiertas en la investigación científica sobre los factores determinantes de la calidad de vida de las personas mayores en contexto residencial, y al mismo tiempo v) obtener una aproximación a la medida de la calidad de vida de las personas mayores con dependencia de los centros residenciales de Guipúzcoa, e identificar una serie de medidas de mejora de la calidad de vida, a través del análisis de la respuesta a los ítems.

### **Sobre el muestreo y características de la población con dependencia en centros residenciales**

El método de muestreo fue no probabilístico: al tamaño de muestra definido tras el estudio de la población vasca en centros, se aplicaría el muestreo por conglomerados y estratificado por

afijación proporcional. Los conglomerados serían cada uno de los centros participantes en la investigación, y los estratos, la edad, el género, el grado de dependencia física, grado de deterioro cognitivo, el tiempo de estancia en el centro y la ubicación del centro. La selección de los cuatro centros fue realizada atendiendo a las características de sus residentes y a la relación previa con el equipo investigador. El tamaño de muestra mínima necesaria para el análisis factorial confirmatorio debería superar un tamaño mínimo de 100 elementos (Hair et al., 1999), idealmente 200 (Moral de la Rubia, 2006; Kline, 2008, 2015), y resultó de 191 para la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) y de 160 para la escala QUALID (Weiner et al., 2000). Este tamaño de muestra sería igualmente suficiente para aproximar la medida de la calidad de vida de las personas mayores que viven en centros residenciales de Guipúzcoa, atendiendo al tamaño. Las cerca de 20.000 plazas del País Vasco (EUSTAT, 2019) se reparten situando cerca de 5.600 en Guipúzcoa, entre cerca de 10.000 y cerca de 11.900 en Vizcaya y casi 3.000 en Álava (2.942). En el País Vasco, en el año 2017 había un total de 432 centros, de los cuales 127 se hallaban en Guipúzcoa, 216 en Vizcaya y 89 en Álava (EUSTAT, 2019). Atendiendo al grado de dependencia, las personas con un grado de dependencia 3 son las más numerosas en los centros (47%), seguido de grado 2 (39%) y finalmente grados 1 y autónomos (13 y 1% respectivamente). En cuanto al género de la población residente, éste está representado en cerca de un 70% por mujeres (EUSTAT, 2019). No se hallaron datos del grado de deterioro cognitivo de la población.

La muestra final se compuso de 351 personas, tal y como se muestra en la Tabla 43, proviniendo 55 del primer centro o conglomerado, 92 del segundo y 111 y 93 tercero y cuarto respectivamente. El 45,6% presentaba deterioro cognitivo grave, 160 personas en total. El equilibrio en género y grado de dependencia fue adecuado y la composición final suficiente para la validación confirmatoria y para aproximar la medida de la calidad de vida para las personas mayores en centros residenciales de Guipúzcoa y para cada uno de los centros de manera individual, salvo en el caso del centro 2, por escaso tamaño de muestra.



### **Sobre la validez de la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) para el contexto residencial y para las personas con deterioro cognitivo grave**

El estudio empírico comenzó con la validación del contenido de los ítems la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) para la población de personas mayores que vive en centros residenciales. Únicamente 23 de los 57 ítems se consideraron pertinentes para personas con deterioro cognitivo grave, en concreto, tres ítems pertenecientes a la dimensión bienestar emocional (ítems 3, 5 y 7), lo mismo que a relaciones interpersonales (10, 11, y 12) y bienestar físico (30, 31 y 33), cinco ítems a las dimensiones bienestar material (15, 18, 19, 20 y 21) e inclusión social (44, 45, 46, 47 y 48), y dos a las dimensiones desarrollo personal (24 y 29) y derechos (53 y 56). No fue validado ningún ítem perteneciente a la dimensión autodeterminación. Esta insuficiencia de ítems (tres por dimensión) para la validación confirmatoria de una escala, fue la que finalmente confirmaría la necesidad de una segunda escala, en este caso la escala QUALID (Weiner et al., 2000), para su validación confirmatoria para personas con deterioro cognitivo grave. Los descartados lo fueron bien por su dificultad de observación bien no ser pertinente para el colectivo en general o para este colectivo en el contexto residencial en particular.

En cuanto a la validez de los ítems para el contexto residencial, ya únicamente para el colectivo de personas que no presentaban deterioro cognitivo grave, ésta dio lugar a la eliminación de 15 ítem, bien por i) no afectar a la calidad de vida, ii) no ser importante, iii) no ser observable o iv) no ser aplicable en el contexto residencial. Así, fueron eliminados los ítems 12, 13, 16, 17, 19, 21, 22, 26, 28, 29, 32, 35, 37, 50 y 56, y el resto se dejó para su posible integración en la escala final, a pesar de las diversas opiniones de los jueces sobre las cuestiones debatidas, que se tendrían en cuenta posteriormente para la selección final de los ítems, en combinación con la correlación entre ítem.

Así pues, la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) resultó no válida para el contexto residencial ni para las personas con deterioro cognitivo grave, dando lugar al siguiente objetivo investigador: la construcción de la escala FUMAT ADAPTADA al contexto residencial.

## **Sobre la construcción de la escala FUMAT ADAPTADA**

La construcción de la escala FUMAT ADAPTADA para personas sin deterioro cognitivo grave que viven en centros residenciales se hizo mediante la selección de 24 ítems de entre los 42 validados por los jueces para este contexto. A partir del estudio de correlación entre los ítems y del análisis de la bibliografía se llegó a una propuesta de tres ítems por cada una de las ocho dimensiones del modelo de calidad de vida subyacente (Shallock y Verdugo 2002/2003/2007/2008) a la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009).

Para la primera dimensión de bienestar emocional (BE), se escogieron el ítem 1, “Se muestra satisfecho con su vida actual”, el ítem 4, “Se muestra satisfecho consigo mismo”, y el ítem 6, “Se muestra satisfecho con los apoyos y servicios que recibe”. La satisfacción con la vida y con uno mismo, son dos de las variables tradicionalmente recogidas en la literatura sobre bienestar y calidad de vida. En concreto, el bienestar subjetivo (Bóckerman et al., 2012; Molina y Meléndez, 2008) y el bienestar psicológico (Ryff y Keyes, 1995), suelen ser factores determinantes de la calidad de vida. Cabe resaltar como limitación de esta elección con un 56% de los jueces consideraron el ítem 4 poco observable, aunque el debate fue más orientado hacia la poca atención que se le presta a esa información y al hecho de no disponer de ella más que al hecho de que fuera difícil de conocer con las herramientas adecuadas. La mayor dificultad estribaba en su aplicación al colectivo de personas con deterioro cognitivo moderado, colectivo para el cual se decidió validar la escala, y que motivó la introducción de esta limitación como línea futura de actuación.

Para la dimensión relaciones interpersonales (RI), se eligieron el ítem 10, “Mantiene buena relación con los profesionales del servicio al que acude”, 11 “Mantiene una buena relación con los compañeros del servicio al que acude” e ítem 14 “Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él”. Las buenas correlaciones inter-ítem y la literatura avalaron la elección, destacando la importancia, en concreto, de las relaciones familiares, así como su particular comportamiento, pues, las buenas relaciones familiares no son determinantes de la satisfacción, las malas relaciones familiares sí lo son de la falta de satisfacción (Dirk van Dierendonck et al., 2006a; Molina y Meléndez, 2008; Winingham y Pike, 2007).

Para la dimensión bienestar material (BM), los ítems 15 “El lugar donde vive es confortable”, ítem 18 “El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades” e ítem 20 “Dispone de las cosas materiales que necesita”, los tres únicos ítems validados para el contexto residencial por parte de los jueces, que coincide con la bibliografía que afirma que el dominio del ambiente (Dirk van Dierendonck et al., 2006b; Ryff y Keyes, 1995) y la calidad ambiental (Hung et al., 2017; Low y Molzahn, 2007; Vargas y Gallego, 2005), son clave en el bienestar subjetivo de las personas mayores en cualquier contexto. La correlación entre los ítems no superó o lo hizo muy ajustadamente el punto de corte de ,300, proponiéndose su mejora entre las líneas futuras de investigación.

En el caso de la dimensión desarrollo personal (DP) los ítems seleccionados fueron el ítem 23 “Muestra dificultad para resolver eficazmente los problemas que se le plantean”), ítem 24 “Tiene dificultades para expresar información” e ítem 27 “Tiene dificultades para comprender la información que recibe”. La elección se basó fundamentalmente en las correlaciones, pues la literatura presentó muy variadas formas de medir este aspecto en personas mayores con dependencia: la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) la recoge a través de la educación, la competencia personal y el desempeño, mientras que la escala WHOQOL-Old (Power et al., 2005) se refiere en una de sus dimensiones a las actividades pasadas, presentes y futuras, entendiendo como indicadores de éstas la satisfacción con los logros a lo largo de la vida y los objetivos pendientes. La escala GENCAT (Gómez, 2011) lo mide a través de limitaciones/capacidades, acceso a nuevas tecnologías, oportunidades de aprendizaje, habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación). La escala CASP-19 (Hyde et al., 2013), en su dimensión autorrealización, se refiere a la capacidad de elección de cómo llevar la propia vida y las cosas que hacer, la satisfacción con la vida y con las oportunidades y el futuro. La escala ECV (Alcedo et al., 2008), en su dimensión desarrollo personal y autodeterminación combina indicadores relativos a la capacidad de realización de una serie de tareas con la aplicación de esta capacidad a diferentes ámbitos y el grado de satisfacción con esta realidad.

Para la dimensión bienestar físico (BF) se seleccionaron los ítems 30 “Tiene problemas de movilidad”, ítem 31 “Tiene problemas de continencia” e ítem 34 “Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres...). Los dos

primeros fueron seleccionados por la buena correlación entre ellos, y el ítem 34, a pesar de presentar una correlación baja y no significativa, presentó una buena correlación con el ítem 30 y obtuvo el soporte de los jueces y la literatura. En concreto, se entendió procedente mantenerlo por ser prácticamente el único ítem relativo a la salud cognitiva de la escala y por permitir, cuando aún no hay un diagnóstico o certificación oficial de deterioro cognitivo, interpretar los resultados y plantear acciones que contemplen esta realidad, aspecto sobre el que la literatura presenta posturas encontradas (Lobo et al., 2007; Vogel et al., 2006). La literatura apoyó igualmente la elección del ítem relativo a la incontinencia urinaria (DuBeau, Kuchel, Johnson, Palmer, y Wagg, 2010; Shaw y Wagg, 2016; Vallejos et al., 2019) y a la movilidad (Dirk van Dierendonck et al., 2006b; Hall et al., 2011; Ryff y Keyes, 1995).

En el caso de la autodeterminación, la dimensión estuvo compuesta por los ítems 36 “Hace planes sobre su futuro”, ítem 39 “Elige cómo pasar su tiempo libre” e ítem 41 “Su familia respeta sus decisiones”, con unas correlaciones suficientes aunque no mejores que los presentados por los ítems elegir el ítem 40 “Ha elegido el lugar donde vive” en lugar del 39, “Elige cómo pasar su tiempo libre” y el ítem 37 “Tiene dificultades para manejar el dinero de forma autónoma”. Cabe destacar entre los motivos del descarte, la baja observabilidad de los ítems, particularmente el ítem 40, ampliamente defendido por que la literatura (Borglin et al., 2005; Bowling et al., 2003b; Branch y Jette, 1982; Dirk van Dierendonck et al., 2006a; Hyde et al., 2003; Ilinca et al., 2015; Molina y Meléndez, 2008c; Nosraty et al., 2014; Ryff y Keyes, 1995), invitaría a establecer formas fiables de observación.

En el caso de la inclusión social (IS) se seleccionó el ítem 44 “Participa en diversas actividades de ocio que le interesan”, ítem 46 “En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita” e ítem 52 “Tiene dificultades para participar en su comunidad”, los tres únicos ítems validados para el contexto residencial por parte de los jueces, cuyas correlaciones fueron justas pero suficientes, pero con suficiente apoyo de la literatura (Fernández Ballesteros, 2003; Fernández Ballesteros y Zamarrón, 1996; Fernández-Ballesteros, 1997; Gómez, 2011; Hung et al., 2017; Low y Molzahn, 2007; Vargas y Gallego, 2005; Zamarrón Cassinello y Fernández Ballesteros, 2000).

Por último, para la dimensión derechos, fueron seleccionados los ítems 53 “En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos”, ítem 54 “Recibe información adecuada y

suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe” y 57·Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales...), por la excelente correlación de los ítems y por el soporte de la literatura

### **Sobre la validación confirmatoria de la escala FUMAT ADAPTADA**

#### **Sobre la estructura factorial de escala FUMAT ADAPTADA**

Los autores de la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) defienden la idea de que la calidad de vida de las personas mayores es un concepto multidimensional que se apoya en ocho factores: el bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, desarrollo personal, bienestar emocional, autodeterminación, derechos e inclusión social (Verdugo et al., 2009). Durante el análisis factorial confirmatorio este modelo fue sometido a pruebas de ajuste conjuntamente con otras dos propuestas de modelo muy presentes en la literatura (modelo unidimensional de 24 ítems que saturan en la calidad de vida y modelo de segundo orden, donde la calidad de vida se compone de 8 factores –los mismos ya mencionados- que saturan en un factor de segundo orden que es la calidad de vida). El primer análisis consistió en la obtención de evidencias de validez interna a través de un análisis multivariante que nos permitiría identificar las variables menos representativas y estimar relaciones causales y suposiciones cualitativas sobre éstas. La primera prueba fue la obtención del índice de ajuste original (Wang y Wang, 2012), prueba chi-cuadrado ( $\chi^2$ ), que nos permitiría comparar las varianzas y covarianzas de la muestra original y el modelo estimado. Si esta prueba expulsaba un ajuste suficiente ( $p < 0,05$ ), se procedería un segundo cálculo, en este caso el del índice de ajuste comparativo (CFI), que compara el modelo evaluado con el modelo nulo. En los casos en que éste índice resultó al menos aceptable por presentar un valor mayor que 0,90 (Cangur y Ercan, 2015), se procedería a calcular un tercer índice incremental, el índice de Turcker-Lewis (TLI) que indica mayor ajuste del modelo cuanto mayor es su valor. Un último índice, la raíz cuadrática del error de aproximación (RMSEA por su nombre en inglés), confirmaría la convergencia entre el modelo y los datos analizados (Chen, 2007). En caso de resultar un valor entre ,05y ,08, siendo suficiente un valor de ,06 (Hu y Bentler, 1999).

Se confirmó que el planteamiento en que se basa la escala, el modelo de Shalock y Verdugo (2002/2003), era el más robusto de los tres, presentando un ajuste excelente:  $\chi^2 (224) = 378.446$  ( $p < ,001$ ), CFI = ,956, TLI = ,945, RMSEA = ,060 [,049, ,070], SRMR = ,073. En cuanto al ajuste analítico, este fue también excelente, con saturaciones factoriales estadísticamente significativas ( $p < ,001$ ) y muy superiores a ,30 en todos los casos.

En cuanto al análisis de correlaciones, todas ellas fueron significativas salvo las encontradas entre el bienestar físico y las dimensiones relaciones interpersonales y bienestar material y entre este último y el desarrollo personal. Este resultado no coincide con los arrojados por la validación inicial de la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009), en la que la ausencia de correlaciones se daba entre la dimensión bienestar material y derechos. En lo demás, los tamaños y sentidos de las correlaciones estuvieron alienadas entre ambas escalas. Así, este estudio argumenta a favor de un modelo multifactorial de calidad de vida compuesto de ocho dimensiones, que no permite hablar de aquella como un concepto aglutinador o factor de segundo orden, la calidad de vida, que explique la respuesta a las dimensiones.

### **Sobre evidencias de validez convergente y validez externa de la escala**

Una vez confirmado el modelo, se prosiguió con el análisis confirmatorio a través del estudio de la validez convergente de las dimensiones y la validez externa. Las correlaciones de Pearson entre las dimensiones de la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) y las dimensiones de la escala FUMAT ADAPTADA nos avalarían el primer análisis, y las de Spearman entre las dimensiones de la escala reducida y variables sociodemográficas cuantitativas el segundo, completado por el análisis multivariado de medias (MANOVA) para las variables sociodemográficas cualitativas, añadiendo análisis ANOVA de continuación cuando el MANOVA resultara significativo.

Respecto de la validez convergente, las correlaciones fueron en la línea de lo esperado. En general, éstas fueron altas, positivas y estadísticamente significativas para todas las dimensiones salvo para el bienestar material, que a pesar de ir en la dirección esperada, mostró una correlación baja y menor de la esperada entre ambas escalas ( $r = ,436, p < ,001$ ).

Respecto de la validez externa, las correlaciones de Pearson entre las dimensiones de la escala reducida y las variables sociodemográficas edad, tiempo de ingreso, grado de dependencia física, grado de deterioro cognitivo, arrojaron correlaciones en todos los casos con algunas de las dimensiones, aunque la gran mayoría fueron de bajo tamaño, salvo algunos efectos de la dependencia física y el deterioro cognitivo. Para las variables categóricas género y ubicación del centro, aplicando el criterio de Pillai y la prueba F del centroide de medias de las variables dependientes, se conocería si existían diferencias significativas y el tamaño de su efecto entre las varianzas en función de cada una de las variables, y si los valores medios de las variables dependientes presentan diferencias significativas. La validación inicial de la escala original (Verdugo et al., 2009), no aporta resultados en esta línea.

Así, todas las correlaciones halladas fueron negativas salvo la dada entre el tiempo de ingreso y las dimensiones de la calidad de vida). En concreto, se hallaron correlaciones entre la edad y el bienestar físico ( $r = -.152, p < .05$ ) y la autodeterminación ( $r = -.211, p < .05$ ), en ambos casos en sentido negativo y de bajo tamaño y el tiempo de ingreso y la autodeterminación ( $r = .249, p < .01$ ) y los derechos ( $r = .148, p < .05$ ), ambas positivas e igualmente de bajo tamaño. La dependencia física arrojó correlaciones de tamaño medio con el desarrollo personal ( $r = .376, p < .01$ ), la autodeterminación ( $r = .454, p < .01$ ) y el bienestar físico ( $r = .545, p < .01$ ) y de bajo valor y en sentido negativo con el bienestar emocional ( $r = -.149, p < .05$ ), los derechos ( $r = -.232, p < .01$ ) y la inclusión social ( $r = -.282, p < .01$ ). El deterioro cognitivo, por su parte, arrojó correlación con las mismas dimensiones y el mismo sentido y tamaño proporcional a las que presentó el bienestar físico, salvo con la dimensión derechos, donde el efecto desaparece. En concreto, las correlaciones fueron todas negativas y de bajo tamaño con el bienestar emocional ( $r = -.150, p < .05$ ), la inclusión social ( $r = -.189, p < .05$ ) y la autodeterminación ( $r = -.249, p < .01$ ), y de tamaño medio con el bienestar físico ( $r = -.306, p < .05$ ) y el desarrollo personal ( $r = -.339, p < .01$ ),

Respecto de las variables categóricas, presentaron correlación de bajo tamaño la ubicación del centro y el bienestar material, físico, la autodeterminación y las relaciones interpersonales (a favor de los centros de ubicación urbana) y el género y el bienestar físico y emocional, a favor de los hombres y también de bajo tamaño de efecto, En este sentido, los resultados para el tipo de residencia fueron:  $F(8, 179) = 4,420; p < .001; \eta^2 = .165$  y  $(F(8, 179) = 2,166; p =$

,032;  $\eta^2 = ,088$ ). Los análisis cruzados (género y ubicación del centro) dieron resultado de efecto nulo ( $F(8, 179) = 0,412$ ;  $p = ,913$ ;  $\eta^2 = ,018$ ).

### **Sobre las evidencias de fiabilidad de la escala FUMAT ADAPTADA**

Para la evidencia de evidencias de fiabilidad se estimaron el índice alfa de Cronbach y el Composite Reliability Index (CRI) para cada una de las dimensiones. En concreto, en el análisis por dimensiones, la subescala bienestar material no alcanzó el punto de corte de ,70 para el indicador alfa de Cronbach en la escala FUMAT ADAPTADA, como tampoco lo hacía en la escala original y cuatro de ellas superaron el punto de corte de ,70 (bienestar emocional, relaciones interpersonales, desarrollo personal y derechos), mientras que tres de ellas estuvieron a punto de alcanzarlo (bienestar físico, autodeterminación e inclusión social) en la versión adaptada, pero lo superaron en la versión original. Coincide que las dos dimensiones para las que no hubo opciones de elección de ítem (bienestar material e inclusión social), no superaron el punto de corte de ,70 en el alfa de Cronbach, aunque sí lo hizo la segunda para el análisis de CRI. Así, el comportamiento de los ítems fue en general bueno para las dimensiones bienestar emocional, relaciones interpersonales, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación (salvo ítem 36), inclusión social (salvo ítem 47) y derechos, mientras que la dimensión bienestar material mostró un comportamiento no adecuado en cuanto al alfa de Cronbach, con un valor de ,529, y un CRI muy ajustado de ,683. La dimensión inclusión social no alcanzó el punto de corte de ,700 en el alfa de Cronbach (,643), pero su cercanía y un CRI de ,747, lo consideraron suficiente en fiabilidad.

El conjunto de los resultados de análisis de validez y fiabilidad permite concluir que la escala FUMAT ADAPTADA, donde 8 factores de primer orden explican 24 ítems, 3 por dimensión, resultó tener una validez y fiabilidad adecuada, y puede considerarse validada para personas mayores con dependencia sin deterioro cognitivo grave que viven en centros residenciales de Guipúzcoa y contextos socio-político-demográficos similares. Desde factores de contexto dependientes, aunque de cambio lento y costoso, como las políticas públicas, el modelo de atención más o menos respetuosos con la calidad de vida, factores económicos o nivel de estudio, hasta factores independientes como el clima que pudieran afectar a la calidad de vida deberían ser tenidos en cuenta en un estudio regionalmente más amplio de calidad de vida.



## **Sobre las evidencias de validez externa de la escala y sobre aproximación a la medida de la calidad de vida según las mismas variables**

### *Sobre la relación de las dimensiones de la calidad de vida con la edad*

En términos de calidad de vida global de las personas mayores, diversos autores refieren diferencias significativas a favor de las personas mayores frente a las muy mayores (Fernández Ballesteros, 1997; Fernández Méndez et al., 2007; Gómez et al., 2010), mientras otros defienden la poca significatividad de las diferencias (Layte et al., 2013). Lo que parece clara es la no causalidad entre la edad y la calidad de vida, sino la relación de la primera con la dependencia y de ésta con la calidad de vida (Lobo et al., 2007), siendo mejor para aquellas personas con un menor grado de dependencia. Esta relación se manifiesta particularmente en la dimensión bienestar físico (Meléndez et al., 2001).

En el ámbito de los centros residenciales, la bibliografía apunta en varias direcciones: que la correlación negativa con la edad se da significativamente en todas las dimensiones salvo desarrollo personal, bienestar emocional y bienestar material, y menos significativamente con el bienestar físico y la dimensión bienestar emocional (Gómez et al., 2010). Los mismos autores refieren correlación negativa de la edad con dimensión.

Los resultados de nuestro estudio únicamente se alinean en cuanto a la correlación negativas aunque de tamaño bajo para las dimensiones autodeterminación ( $r = -,211$ ) y bienestar físico ( $r = -,152$ ), confirmando así un empeoramiento de la valoración de ciertas dimensiones de la calidad de vida para los más mayores. No hubo correlación negativa con el desarrollo personal, el bienestar emocional o el material, ni positiva con la dimensión derechos.

El análisis más detallado de las respuestas a los ítems permitió observar que, para nuestra muestra, las diferencias en el bienestar físico se daban fundamentalmente en el ítem relativo a los problemas de movilidad, y en menor medida en el ítem relativo a los problemas de continencia, que se daban a pesar de mantener fijo el efecto del grado de dependencia. Los resultados de la dimensión autodeterminación sin embargo, merecieron una reflexión más profunda. Según la escala desarrollada, adaptada de Verdugo et al. (2009), la autodeterminación se define a través de los indicadores ocio, autonomía y control personal, metas y valores personales y elecciones. Tal y como recogía la Tabla 99, se observó que la mayor correlación de la edad se daba con el ítem 36 (Hace planes sobre su futuro) e ítem 39 (Elige como pasar su

tiempo libre). Aunque la valoración fue baja o medio baja en todos los grupos de edad para el primero (entre el 1,33 de los más mayores y el 2,46 de los más jóvenes), ésta fue alta para el segundo en las edades más jóvenes y caía significativamente con la edad. Esta realidad podría venir determinada por la dificultad que presenta el desarrollo personal para ser potenciado en los centros residenciales, debido a las circunstancias física y cognitivas, a la edad y al funcionamiento tan regulado del centro que hace que la atención se ponga sobre todo en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria en detrimento de las actividades avanzadas que van más orientadas a los planes individuales de vida de cada persona. A la luz de estos resultados, cabría establecer grupos de trabajo que estudiaran la forma en que se enfrenta el futuro en los centros residenciales, modificando esa ausencia de planes, aunque sean modestos, de las personas que viven en ellos, tratando de enfocar la estancia en el centro hacia un lugar en el que vivir, aunque sea durante la última etapa de la vida, y no un lugar donde sobrevivir hasta que sobrevenga la muerte. Respecto del ítem 39, parece que la oferta de ocio y la actitud ante la participación en el mismo merecen una especial atención en los centros a partir, sobre todo, de los 90 años.

En cuando a la correlación anunciada por algunos autores con la dimensión derechos, los resultados de esta investigación no la confirmaron, pudiendo ésta atender a diversos motivos. En primer lugar, los derechos, a pesar de tener aún mucho recorrido para su plena implantación en los centros residenciales desde una visión centrada en la persona y no paternalista, recibe una puntuación global alta (3,30). Este resultado podría deberse a dos motivos: en primer lugar, el contenido de los ítems seleccionados para evaluar esta dimensión, que apuntan en dos de ellos hacia las medidas tomadas por el centro para garantizar los derechos (ítem 53 “En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos”, e ítem 54 “Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe”), mientras que el tercero, ítem 57 (“Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales...)”), hace referencia a una serie de procesos que se ven muy afectados por la dependencia física y el deterioro cognitivo en general, no exclusivamente en el centro residencial. En todo caso, la extensa y garantista regulación de los centros residenciales hace que este tipo de procesos se cuiden para todas las personas, independientemente de su edad.

Por otro lado, la inclusión social y las relaciones interpersonales, altamente correlacionadas entre sí ( $r = ,594^{***}$ ) tampoco presentaron correlación con la edad, en contra de lo que anunciaban algunos autores, o lo hacen, en todo caso, a través del grado de dependencia física y el deterioro cognitivo, estos sí correlacionados con la edad, pero sin haber correlación directa entre ésta y las dimensiones, tal y como se verá más adelante. Parece, una vez más, que la estructura y el funcionamiento tan regulados en los centros residenciales impacta anulando correlaciones que en otros contextos se habían anunciado. De hecho, observando la valoración recibida por estas dimensiones, se observa que están en el grupo de las más elevadas (3,05 y 3,08 sobre 4), aunque una vez más los ítems seleccionados para medir estas dimensiones podrían estar influyendo en el resultado, a través de una visión parcial de la inclusión social y las relaciones interpersonales. En concreto, para la dimensión inclusión social, uno de los ítems (ítem 46), hace referencia a la posibilidad de encontrar apoyos entre profesionales, familiares, compañeros y/o amigos, lo que al menos en el primero de los casos es objeto de regulación en el marco de la actividad del centro, aspecto que se refleja en su elevada valoración media (3,233). La medida de la inclusión social a través de la participación en actividades de ocio (ítem 44), en un entorno donde, a diferencia del domiciliario, la organización de actividades es parte de los servicios prestados (con más o menos acierto), siendo éstas a su vez favorecedoras de las relaciones entre compañeros (ítem 52), podría ser otro de los factores que explicara el resultado. El centro organiza actividades para todas las personas residentes, independientemente de la edad. Hay que notar, no obstante, que la puntuación media recibida por el ítem relativo al nivel de participación por parte de la muestra de este estudio es notablemente inferior a la del resto de los ítems de la dimensión (2,72 de media, frente a 3,23 y 3,22). Esta realidad podría estar confirmando la necesidad de diseñar un conjunto de actividades más atractivas y/o mejor adaptadas para las personas del centro.

Por último, el desarrollo personal, que igualmente arrojó ausencia de correlación con la edad, mostró al igual que en la dimensión anterior valoraciones muy dispares en la muestra de esta investigación para los ítems que componían la dimensión. En concreto, el ítem 23, relativo a las dificultades para resolver eficazmente los problemas que se le plantean, recibió una valoración media (2,77), frente a la alta valoración media de los ítems 24, relativo a la capacidad de expresar información (3,32) e ítem 27, relativo a la capacidad para entender información que recibe (3,35). Este resultado dio pie a un debate sobre la ausencia casi absoluta de

responsabilidad sobre cuestiones del día a día para las personas que viven en centros residenciales, que, aun en el caso de que presenten un alto grado de competencia para entender y comunicar información, no parecen aplicarlo, tal vez por falta de oportunidades, con soltura a la resolución de problemas.

*Sobre la relación de las dimensiones de la calidad de vida con el género*

Diversos autores refieren, en el entorno domiciliario, peores resultados para las mujeres que para los hombres en términos generales de calidad de vida (Fernández Ballesteros, 1997; Fernández Méndez et al., 2007), aunque otros estudios defienden que esa diferencia es muy escasa (Gómez, 2011; Layte et al., 2013). En el contexto residencial, esta diferencia es presentada igualmente a favor de los hombres (Gómez et al., 2010; Lobo et al., 2007), aunque existen estudio que afirman, no sin resaltar que es un resultado inusual, el que las mujeres muestren una satisfacción con la vida mayor que los hombres (calidad de vida subjetiva) (Cummins et al., 2003).

En el análisis por dimensiones, en términos de calidad de vida relacionada con la salud, estudios ya mencionados (Casado et al., 2001; Meléndez et al., 2001) afirman la existencia de diferencias a favor siempre de los hombres tanto para el resultado general como para todas las dimensiones excepto el bienestar físico, aunque existen opiniones contrarias respecto de esta última dimensión (Gómez et al., 2010). Otros autores sitúan las diferencias a favor de los hombres únicamente en las dimensiones desarrollo personal, autodeterminación y bienestar emocional (salvo en edades muy avanzadas, mayores de 85) (Noro y Aro, 1996). Es particularmente mejor en hombres, la percepción subjetiva de la salud tanto en domicilio (Azpiazu Garrido et al., 2003; Noro y Aro, 1996; Séculi et al., 2001) como en centros residenciales (Noro y Aro, 1996).

Los resultados de esta investigación van en la línea que defienden las diferencias de poco tamaño en las dimensiones bienestar emocional y bienestar físico a favor de los hombres, y en contra de quienes las sitúan también en el desarrollo personal y la autodeterminación y en el resto de dimensiones. En caso del bienestar físico, tal y como se ha avanzado en la descripción de la muestra, el grado de dependencia física de las mujeres respecto de los hombres es peor en los centros, incluso dejando fijo el efecto de la edad, lo que podría explicar esa diferencia

significativa, y requerir por tanto de análisis más avanzados. Los resultados medios de estas dimensiones (bienestar emocional y bienestar físico) fueron medios para el caso de las mujeres (2,79 y 2,57) y medio-alto (bienestar emocional, con un 2,83) y alto (bienestar físico, 3,15) para los hombres. En conclusión, una reflexión sobre las opciones de mejora del bienestar emocional, particularmente en mujeres, podría ayudar a mejorar el resultado de esta dimensión, mientras que en el caso del bienestar físico, los resultados parecerían explicables por el grado de dependencia física y deterioro cognitivo presente en la muestra, sobre el que las opciones de mejora pudieran ser limitadas, estando las posibles actividades en general más orientadas al mantenimiento o ralentización del empeoramiento.

#### *Sobre la relación de las dimensiones de la calidad de vida con el grado de dependencia física*

Estudios realizados sobre personas mayores de 65 años no institucionalizadas, asociaron, entre otros, la dependencia funcional (Gómez et al., 2010; Lobo et al., 2007; Meléndez et al., 2001; Noro y Aro, 1996; Sovárióvá, 2016; Villagrasa Ferrer et al., 2002) con la calidad de vida, siendo ésta mejor para aquellas personas con un menor grado de dependencia. Otros autores afirman que, al contrario, en el entorno domiciliario, la calidad de vida parece no estar correlacionada con el grado de dependencia, dando lugar a lo que se conoce como la “Paradoja de la Discapacidad” (Albrecht y Devlieger, 1999; King et al., 2012). Los autores afirman que en el contexto domiciliario la calidad de vida parece estar más relacionada con el equilibrio entre salud física, mental y espiritual así como las relaciones sociales y con el entorno y con la sensación de control de la propia vida que con el grado de dependencia (Sovárióvá, 2016). En cuanto a la perspectiva subjetiva de la calidad de vida, ésta en general suele ser con más probabilidad alto para las personas con mayor nivel de autonomía personal, características general de las personas con menor grado de dependencia física (Fernández Méndez et al., 2007), personas éstas que optan en una notable menor medida a la vida en un centro residencial.

El estudio de la bibliografía detallado por dimensiones que componen la calidad de vida lleva a la defensa por parte de algunos autores del bienestar emocional (Lazarus y Folkman, 2017; Rodríguez Díaz et al., 2014; Satorres Pons, 2013; Stefani y Feldberg, 2006; Yanguas, 2003), el desarrollo personal (Gómez et al., 2010) y en mayor medida las relaciones interpersonales e inclusión social (Gómez et al., 2010; Molina y Meléndez, 2008b) como aquellas particularmente afectadas en sentido negativo por un mayor grado de dependencia.

Otros autores defienden un efecto positivo sobre la autodeterminación y las relaciones sociales (Asakawa et al., 2009; Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015).

En el contexto del centro residencial, estas últimas (las relaciones sociales), pasan a ser impuestas o forzosas (Carbonell-Cutillas y García-Longoria, 2012), en tanto que no se elige a las personas con las que relacionarse más que entre aquellas que residen en el mismo centro, referencia que ésta circunstancia es fuente de conflictos entre las personas mayores. Otros estudios afirman que las personas que viven en el entorno familiar obtienen mejores resultados en esta dimensión, y mejor aún aquellas que acuden al centro de día (Gómez et al., 2010), más incluso que las personas que viven en sus domicilios. Las relaciones que se tenían en el exterior (vecinos, amigos, familia...) se ven en general alteradas, y a pesar de que hay estudios que afirman que los mayores institucionalizados tienen una mayor frecuencia de contactos con familiares y amigos que los mayores no institucionalizados (Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015), parece que la calidad de las relaciones interpersonales en general se ve negativamente afectada.

Los resultados de nuestra investigación confirman la existencia de diferencias a favor de las personas con menor grado de dependencia en seis de las ocho dimensiones, con mayor efecto sobre el bienestar físico (-,544), seguido de la autodeterminación (-,454), el desarrollo personal (-,376), la inclusión social (-,282), los derechos (-,232) y, por último, el bienestar emocional (-,149).

En el caso del bienestar emocional, encontramos diferencias a favor de las personas con menor grado de dependencia, aunque con un tamaño de efecto pequeño ( $r = -,149$ ), tal y como también previa la literatura para el caso de los centros residenciales. En cuanto a la relación del grado de dependencia física con la dimensión desarrollo personal, ésta se da en todos los ítems que la conforman, tal y como mostraba la Tabla 128, y se reproduce cuando se hace el análisis manteniendo fijo el efecto del deterioro cognitivo, por lo que puede afirmarse que la relación es con la dependencia física, aunque el grado de deterioro cognitivo pudiera provocar que las valoraciones medias sean más bajas.

Tabla 128. Medias de las respuestas a los ítems de la dimensión desarrollo personal, en función del grado de dependencia física.

<b>Grado de DF</b>	<b>Ítem 23</b>	<b>Ítem 24</b>	<b>Ítem 27</b>	<b>Media</b>
<b>Autónomo</b>	3,29	3,91	3,76	3,65
<b>DF leve</b>	2,88	3,48	3,45	3,27
<b>DF moderada</b>	2,79	3,25	3,31	3,12
<b>DF grave</b>	2,19	2,81	3,00	2,67
<b>DF total</b>	2,38	2,63	2,88	2,63
<b>Total general</b>	<b>2,77</b>	<b>3,33</b>	<b>3,35</b>	3,15

Fuente: Elaboración propia

Nota: Ítem 23. Tiene dificultades para resolver eficazmente los problemas que plantean; Ítem 24: Tiene dificultad para expresar información; Ítem 27: Tiene dificultades para entender la información que recibe

La relación del bienestar físico con el grado de dependencia se dio en todos los ítems de la dimensión, aunque en menor medida en el ítem 34 relacionado con los problemas de memoria (ver Tabla 130), dado que las personas de mayor grado de deterioro cognitivo fueron eliminadas de la muestra de la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009).

Tabla 129. Medias de las respuestas a los ítems de la dimensión bienestar físico, en función del grado de dependencia física.

<b>Grado de DF</b>	<b>Ítem30</b>	<b>Ítem31</b>	<b>Ítem34</b>	<b>Media</b>
Autónomo	2,95	3,24	3,86	3,35
DF leve	3,12	3,24	3,53	3,30
DF moderada	2,42	2,56	3,44	2,81
DF grave	1,55	1,71	2,97	2,08
DF total	1,13	1,38	3,00	1,83
<b>Total general</b>	<b>2,59</b>	<b>2,74</b>	<b>3,43</b>	<b>2,92</b>

Fuente: Elaboración propia

Nota: Ítem 30. Tiene problemas de movilidad; Ítem 31: Tiene problemas de continencia; Ítem 34: Tiene problemas para recordar información importante; DF: Dependencia física

El buen resultado relativo de la dimensión bienestar físico, 2,92 sobre 4, en parte es debida a la alta valoración relativa del bienestar físico del grupo de personas con dependencia física moderada, podría estar confirmando el impacto moderador de la percepción subjetiva que el sujeto hace de su salud. Sólo a partir de la presencia dependencia física grave comienzan a darse valoraciones bajas en la muestra para este ítem (1,55).

En cuando al impacto de la dependencia física en la autodeterminación, ésta se manifiesta claramente en los tres ítems de la dimensión, correlacionando negativamente y con tamaño de efecto grande, tal y como preveía el análisis de correlaciones, aunque el efecto es

particularmente grande en el ítem 39 relativo a la elección de a qué dedicar el tiempo libre, dando a entender la necesidad de reflexión sobre la pérdida de control sobre los limitados ámbitos de libertad de elección que la regulada vida en un centro residencial permite.

Tabla 130. Medias de las respuestas a los ítems de la dimensión autodeterminación, en función del grado de dependencia física.

<b>Grado de DF</b>	<b>Ítem36</b>	<b>Ítem39</b>	<b>Ítem41</b>	<b>Media</b>
<b>Autónomo</b>	2,67	3,86	3,81	3,44
<b>DF leve</b>	2,01	3,28	2,94	2,74
<b>DF moderada</b>	1,90	2,98	2,83	2,57
<b>DF grave</b>	1,45	2,10	2,16	1,90
<b>DF total</b>	1,75	1,88	2,88	2,17
<b>Total general</b>	<b>1,95</b>	<b>3,02</b>	<b>2,88</b>	<b>2,62</b>

Fuente: Elaboración propia

Nota: Ítem 36. Hace planes sobre su futuro; Ítem 39: Elige cómo pasar su tiempo libre; Ítem 41: Otras personas (profesionales, familiares, compañeros...) toman decisiones importantes para su vida, incluido cómo pasar su tiempo libre; DF: Dependencia física

En cuando a la relación de la dependencia física con la inclusión social, prevista de tamaño bajo (-,282), ésta se evidencia particularmente en el ítem 44 relativo a la participación en actividades de ocio que le gustan, en menor medida 52, relativos a la integración con los compañeros del centro, y una vez más en aquello que depende del funcionamiento y modelo de atención del centro, como lo recogido en el ítem 46 sobre el grado de apoyos que es capaz de encontrar en el centro, la relación es casi nula. Una vez más parece confirmarse la necesidad de un diseño más apropiado de las actividades del centro para personas con dependencia física grave, que hacen una valoración medio-baja de este ítem (entre 2,13 y 2,57 para dependencias graves y totales, respectivamente).

Tabla 131. Medias de las respuestas a los ítems de la dimensión inclusión social, en función del grado de dependencia física.

<b>Grado de DF</b>	<b>Ítem 44</b>	<b>Ítem 46</b>	<b>Ítem 52</b>	<b>Media</b>
<b>Autónomo</b>	3,67	3,38	3,67	3,57
<b>DF leve</b>	2,75	3,24	3,37	3,12
<b>DF moderada</b>	2,65	3,19	3,10	2,98
<b>DF grave</b>	2,13	3,19	2,65	2,66
<b>DF total</b>	2,57	3,14	3,14	2,95
<b>Total general</b>	<b>2,72</b>	<b>3,23</b>	<b>3,21</b>	<b>3,05</b>

Fuente: Elaboración propia

Nota: Ítem 44: Participa en actividades de ocio que le gustan, incluso en aficiones que el centro le facilita, más allá de las actividades habituales del centro; Ítem 46: En el centro residencial tiene dificultad para encontrar apoyos, entre profesionales, amigos, familiares...; Ítem 52: Le es difícil relacionarse o integrarse con los compañeros del centro residencial; DF: Dependencia Física



En cuando a la dimensión derechos, de correlación negativa y tamaño de efecto bajo ( $r = -.232$ ), esta se da de manera parecida en todos los ítems, aunque más notablemente el ítem 57, sobre disfrute de sus derechos legales, es el que más claramente correlaciona con el grado de dependencia física.

Tabla 132. Medias de las respuestas a los ítems de la dimensión derechos, en función del grado de dependencia física.

Grado de DF	Ítem 53	Ítem 54	Ítem 57	Media
<b>Autónomo</b>	3,67	3,76	3,86	3,76
<b>DF leve</b>	3,28	3,43	3,33	3,35
<b>DF moderada</b>	3,35	3,33	3,17	3,29
<b>DF grave</b>	2,71	2,77	3,03	2,84
<b>DF total</b>	3,71	3,71	3,29	3,57
<b>Total general</b>	<b>3,26</b>	<b>3,35</b>	<b>3,30</b>	<b>3,30</b>

Fuente: Elaboración propia

Nota: Ítem 53: En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos; Ítem 54: Tiene información buena y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe; Ítem 57. Disfruta de sus derechos legales; DF: Dependencia Física

#### *Sobre la relación de las dimensiones de la calidad de vida con el grado de deterioro cognitivo*

En el caso de presencia de deterioro cognitivo, la bibliografía defiende las bondades de la opción de hacer una vida independiente en la propia casa durante el mayor tiempo posible (Nosraty et al., 2014), opción que aún suele ser válida cuando el deterioro cognitivo no es grave, como es el caso de quienes fueron validados a través de esta escala FUMAT (Verdugo et al., 2009). Diversos estudios afirman que las personas con deterioro cognitivo que viven en centros residenciales presentan peor calidad de vida que los no institucionalizados y los institucionalizados sin demencia (Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015; León-Salas et al., 2015; Sováiová, 2016; Villagrasa Ferrer et al., 2002), aunque en estadios iniciales, algunos autores observan peor calidad de vida en personas en domicilio familiar (Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015; Missotten et al., 2009). Estudios recientes defienden la existencia de una correlación negativa cuando el deterioro cognitivo es moderado (Olsen et al., 2016) y grave (Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015; Missotten et al., 2009). Por otro lado, existe bibliografía que defiende que la calidad de vida general en personas con demencia es independiente del estado cognitivo (Weisscher, de Haan, y Vermeulen, 2007; Woods, Thorgrimsen, Spector, Royan, y Orrell, 2006).

La discusión se aviva cuando se analizan las componentes y dimensiones de la calidad de vida por separado. En referencia a las componentes objetiva y subjetiva de la calidad de vida, encontramos consenso generalizado sobre el peso del bienestar subjetivo (Bóckerman et al., 2012; Cummins, 2000; Cummins, Eckersley, Pallant, Van Vugt, y Misajon, 2003; Molina y Meléndez, 2008; Prieto-Flores, Fernandez-Mayoralas, Rosenberg, y Rojo-Perez, 2010; Ruggeri et al., 2005; Simon, 2014) y del bienestar psicológico (Dirk van Dierendonck, Dario Díaz, Raquel Rodríguez-Carvajal, Amalio Blanco, y Bernardo Moreno-Jiménez, 2008; Ryff y Keyes, 1995; Satorres Pons, 2013). Aplicado al contexto de la vida en un centro residencial, existen estudios que refieren un mejor resultado a favor de las personas que viven en centros residenciales dejando fijos los efectos del grado de dependencia y estado general de salud entre otras variables (Bóckerman et al., 2012). Estos estudios también afirman que, sin embargo, una de las posibles causas de la diferencia a favor de las personas en centros pueda ser la necesidad insatisfecha de una plaza residencial que, por la mayor demanda que oferta presente, hace alargar estancias en su propio domicilio en condiciones de peor bienestar subjetivo.

Los resultados de nuestra investigación apuntan en la línea de la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre el deterioro cognitivo y las dimensiones bienestar emocional, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación e inclusión social, en todos los casos en sentido negativo y tamaños de efecto medios y bajo ( $r$  entre  $-.339$  y  $-.189$ ,  $p < .001$ ). Las dimensiones relaciones interpersonales, bienestar material y derechos no correlacionaron con este factor. El resumen de estas correlaciones se presentaba en la Tabla 85.

El análisis de la respuesta a los ítems de la muestra mostró un comportamiento muy similar al hallado con la dependencia física, con las siguientes excepciones: para la dimensión autodeterminación, las diferencias se dan en los tres ítems, también (y de manera más significativa) en el 41 referente al hecho de que otras personas tomen decisiones sobre su vida, lo que pudiera explicarse teniendo en cuenta el efecto del deterioro cognitivo en la capacidad de toma de decisiones. De hecho, la valoración en las puntuaciones del ítem es alta para aquellas personas sin deterioro cognitivo (3,23), y desciende a valoraciones medio-bajas para personas con deterioro cognitivo moderado (2,45). Para los otros dos ítems, referentes a hacer planes sobre el futuro (ítem 36) y a elegir cómo pasar su tiempo libre (ítem 39), la correlación es algo menos intensa pero igualmente mencionable. Cabe detenerse en las puntuaciones

particularmente bajas del ítem 36 para todos los grupos sobre los planes de futuro, que una vez más confirman el enfoque hacia el final de la vida más que hacia la vida durante la etapa final. Es igualmente llamativo el resultado de los otros dos ítems (ítems 39 y 41 que miden el grado en que la persona elige sobre cuestiones de su propia vida, tanto generales como las relativas al ocio), cuyo resultado empeora según empeora el grado de deterioro cognitivo, pero siendo bajo ya desde los estadios iniciales del deterioro. No pareciera que en estadios tan leves de deterioro cognitivo debiera de perderse el control sobre estos aspectos de la vida, por lo que un análisis más detallado de esta realidad y un planteamiento de acciones para paliar esta situación en los centros medidas podrían estar justificadas.

En el caso de la inclusión social, la participación en actividades de ocio, medido a través del ítem 44, es el que más claramente correlaciona con el grado de dependencia física, y en menor medida lo hace el ítem 52, relativo a las dificultades para participar en la comunidad. El ítem 46, relativo a la dificultad para encontrar apoyos en el centro residencial, no presenta diferencias significativas en función del grado de dependencia. En cuanto a las valoraciones, destacó el empeoramiento de las valoraciones para el ítem 44 relativo a la participación en actividades de ocio que le gustan para las personas con deterioro cognitivo leve y moderado, que invitan a pensar que el diseño de las actividades pudiera requerir de una mayor adaptación a este colectivo, requiriéndose, tal vez, para eso, entrenamiento y formación específica por parte de los profesionales.

Analizando las respuestas de la muestra a los ítems de cada una de las dimensiones afectadas por el grado de deterioro cognitivo, se observó que el caso de la Autodeterminación mostraba diferencias para los tres ítems, tal y como muestra la Tabla 112, evidenciando una toma de control por parte de profesionales y/o familiares según el grado de deterioro cognitivo va avanzando.

#### *Sobre la relación de las dimensiones de la calidad de vida con el tiempo de ingreso*

La bibliografía, a pesar de no ser abundante en cuando al análisis concreto del efecto del tiempo de ingreso en las dimensiones de la calidad de vida, sí menciona, desde hace años ya, lo compleja que la adaptación de la persona mayor al centro residencial puede ser (Buendía y Riquelme, 1997; Inmerso, 1992, 2006; Zarit; Leturia, 1998 y Whitlatch, 1992) e identifica el

síndrome de la institucionalización (Leturia, 1998), caracterizado por la apatía, la indiferencia, sumisión, dificultad para expresar sentimientos, disminución de autonomía y de las capacidades cognitivas, provocadas por múltiples causas, entre otras, la masificación del servicio, la pérdida de la individualidad, la vida sedentaria y la desconexión con el mundo exterior, con su contexto social. Igualmente encontramos bibliografía sobre el síndrome del aislamiento y desocialización (Bennett, 1973; Fernández Ballesteros, 1997; Fernández Ballesteros, 2004), que puede darse en alto grado en personas mayores viviendo en centros residenciales, lo que a su vez parece impactar negativamente en las dimensiones autonomía y relaciones interpersonales. Algunos autores defienden, sin embargo, un efecto positivo de la estancia en el centro sobre la autodeterminación y derechos.

Estudios longitudinales de calidad de vida en personas con y sin deterioro cognitivo hablan de la escasa correlación de sus dimensiones con el paso tiempo (Chamberlain, Stadnyk, Warner, Earl, Nickerson Rak, 2017). En cuanto al contexto residencial, más allá de referencias al periodo de adaptación, no se han encontrado referencias al impacto concreto que el paso del tiempo tiene sobre las dimensiones de la calidad de vida, salvo a través de otros factores que por el paso del primero hubieran cambiando (i.e. el aumento de la dependencia física, el aumento del deterioro cognitivo). Ante ausencia de referencias temporales más concretas, se asumió para esta discusión que las correlaciones mencionadas por la literatura estarán presentes durante toda la estancia en el centro residencial.

En concreto, la bibliografía habla de impacto negativo de la institucionalización en la dimensión relaciones interpersonales, pues éstas pasan a ser impuestas o forzosas (Carbonell-Cutillas y García-Longoria, 2012, Gomez et al., 2010), en tanto que no se elige a las personas con las que relacionarse más que entre aquellas que residen en el mismo centro. Las relaciones que se tenían en el exterior (vecinos, amigos, familia...) se ven en general alteradas, y a pesar de que hay estudios que afirman que los mayores institucionalizados tienen una mayor frecuencia de contactos con familiares y amigos que los mayores no institucionalizados (Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015), parece que la calidad de las relaciones interpersonales en general se ve negativamente afectada. Algunos autores defienden un efecto positivo sobre la autodeterminación y derechos, (Gómez, 2011).

Es en esta última línea en la que se dieron los resultados de esta investigación, hallándose una correlación positiva y de bajo tamaño con las dimensiones autodeterminación ( $r = .249, p < .001$ ) y derechos ( $r = .148, p < .05$ ). El análisis de los resultados de los ítems destacó el resultado de la valoración de esta última dimensión en el momento del ingreso, particularmente debido a los ítems 53 (En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos) y 57 (disfruta de sus derechos legales), con una valoración media de 2,79 frente a la valoración superior a 3,3 del resto de grupos, lo que invitaría a una reflexión sobre la aparente diferente valoración que se hace del grado de garantía de derechos de las personas en contra de aquellas que acaban de ingresar. Esto podría explicarse por el brusco cambio de circunstancias vitales que se producen y pudiera dar lugar a expresiones o situaciones de mayor insatisfacción general respecto de esta dimensión, en un entorno en el que en principio el modelo de atención garantiza igualdad en este ámbito.

#### *Sobre la relación de las dimensiones de la calidad de vida con la ubicación del centro residencial*

En cuanto a la ubicación de los centros, los resultados del estudio desprendieron diferencias significativas en cuatro dimensiones, aunque de tamaño de efecto bajo, a favor en todos los casos de los centros de ubicación urbana. En concreto en las dimensiones bienestar material, relaciones interpersonales, bienestar físico y autodeterminación. En cuanto a los resultados del bienestar material, el resultado tiene que ser tomado con cautela, pues las características arquitectónicas de los centros, incluso de aquellos de gestión privada en manos de la misma empresa gestora, eran muy diferentes entre sí, y ni siquiera entre aquellos con misma ubicación (no urbana, pues en zona urbana sólo pudimos contar con un centro de gestión privada), disponían de características arquitectónicas similares. La presencia o ausencia de zonas ajardinadas, la falta de información sobre los espacios comunes, las habitaciones... hacen difícil valorar los resultados de esta dimensión. La bibliografía es clara a la hora de diagnosticar que calidad ambiental entre otros, pueden pasar a ser clave para el colectivo objeto de estudio. (Hung et al., 2017; Low y Molzahn, 2007; Vargas Marcos y Gallego Pulgarín, 2005). Esta calidad ambiental puede venir determinada en parte por las características arquitectónicas del centro, aunque esta investigación no las recogió y no pudo obtener conclusiones más allá de las ya expuestas.

### Sobre las propiedades psicométricas de la escala FUMAT ADAPTADA

En cuando al análisis de fiabilidad de la escala, éste arrojó para los indicadores alfa de Cronbach y Composite Reliability Index (CRI) de consistencia interna unos buenos resultados globales, y comparables en muchos puntos, aunque inferiores en todos los casos, con los de la escala original (sabiendo que hay que tomar con prudencia los resultados de validación de la por las características de la muestra), que no informa sobre el grado de deterioro cognitivo)

Tabla 133. Indicadores de consistencia interna de la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) y su versión ADAPTADA

Calidad de vida	alfa de Cronbach <sup>a</sup>	CRI	alfa de Cronbach <sup>o</sup>
<b>BE</b>	,844	,894	,860
<b>RI</b>	,784	,876	,807
<b>BM</b>	,568	,657	,604
<b>DP</b>	,807	,882	,918
<b>BF</b>	,620	,753	,732
<b>AU</b>	,687	,781	,908
<b>IS</b>	,643	,747	,862
<b>DE</b>	,758	,869	,774

Fuente: Elaboración propia a partir de Verdugo et al. (2009)

Nota: <sup>a</sup> Escala adaptada; <sup>o</sup> Escala original, CRI: Composite Reliability Index

En concreto, en el análisis por dimensiones, la subescala bienestar material no alcanzó el punto de corte de ,70 para el indicador alfa de Cronbach en ninguna de las dos escalas, cuatro de ellas superaron el punto de corte de ,70 (bienestar emocional, relaciones interpersonales, desarrollo persona y derechos), mientras que tres de ellas estuvieron a punto de alcanzarlo (bienestar físico, autodeterminación e inclusión social) en la versión adaptada, pero lo superaron en la versión original. Coincide que las dos dimensiones para las que no hubo opciones de elección de ítem (bienestar material e inclusión social), no superaron el punto de corte de ,70 en el alfa de Cronbach, aunque sí lo hizo la segunda para el análisis de CRI. Efectivamente, el análisis del CRI de la versión adaptada fue mejor, y sólo la dimensión bienestar material (BM) se quedó a las puertas de alcanzar el punto de corte de ,70 con un ,657, superando este límite el resto de dimensiones, y pudiendo concluir por tanto la buena fiabilidad general de las subescalas, teniendo en cuenta además que las saturaciones factoriales de los ítems en las dimensiones fueron excelentes.

## Sobre la validación confirmatoria de la escala QUALID (Weiner et al., 2000)

### Sobre la estructura factorial de la escala QUALID

La literatura aportó estructuras factoriales diversas para el colectivo de personas con deterioro cognitivo, desde las siete dimensiones del modelo de Cummins que afirma que éstas deben ser las mismas para cualquier persona, sean cuales sean sus características (Cummins, 1997b), hasta la estructura monofactorial defendida por los desarrolladores originales de la escala QUALID (Weiner et al., 2000). Esta misma escala presenta una validación española de tres factores (Garre-Olmo et al., 2010), aunque altamente correlacionados dos de ellos con la tercera. En concreto se defendía la presencia de tres dimensiones a las que en esta investigación nos referimos como síntomas físicos de disconfort o disconfort físico, síntomas emocionales de disconfort o disconfort emocional e interacciones sociales o disconfort social, ante la ausencia de una denominación específica en las publicaciones relativas a la validación, ni siquiera en sus versiones en inglés. Posteriormente se hicieron dos validaciones noruegas, defendiendo la presencia de dos factores la primera (Barca et al., 2011), y la presencia de tres factores la segunda (Mjørud et al., 2014), con denominaciones algo diferentes (tensión, bienestar y tristeza), pero con el mismo reparto de ítems que la versión española: en concreto, el modelo adjudicaba a la primera de ellas los ítems 5, 6, 7 y 11, los ítems 1,8, 9 y 10 a la segunda y los ítems 2,3 y 4 a la tercera.

La estructura factorial obtenida para la escala en nuestra investigación presentó similitudes con los resultados de la validación Noruega de dos factores, y en cierta medida con la validación española, pues ésta ya adelantaba, aunque no sometía a prueba de ajuste, un modelo que integrara las dos dimensiones que presentaron una alta correlación. En ambos casos, como ya se ha mencionado, la propuesta es la de una estructura bifactorial, una de ellas asociadas a la presencia de síntomas físico y emocionales de disconfort, medidas en negativo, (dimensión llamada *discomfort* en la versión Noruega, y síntomas físicos y afectivos de disconfort en la versión validada en este estudio) y la otra relacionada con expresiones físicas y emociones positivas (llamada *comfort* en la versión Noruega e interacciones sociales en la validación de esta investigación). El reparto de ítems para cada factor es también similar en ambos casos, perteneciendo los ítems 1, 8 9 y 10 a la dimensión interacciones sociales en la versión española,

los mismos que a la dimensión *comfort* de la validación Noruega, con la única excepción, por otro lado poco relevante, de la presencia del ítem 3 (llora) en esta subescala. La poca relevancia de esta diferencia estriba en que los propios investigadores presentan este ítem saturando en las dos dimensiones, como ya hemos comentado en la descripción previa de la escala, positiva y altamente con la dimensión *discomfort* (.631) y negativa y más moderadamente con la dimensión *comfort* (-.359).

En lo que respecta a las saturaciones factoriales, la validación española tuvo un comportamiento pobre, presentado sólo cinco de los 11 ítems saturaciones factoriales superiores a ,400, mientras que los resultados de esta investigación mejoraron notablemente las saturaciones. En concreto, todas las saturaciones fueron superiores o cercanas a ,700, salvo el ítem 11 ( $\lambda = ,499$  en la dimensión DFyA), sobre el que, como se ha mencionado anteriormente, cabría plantear líneas futuras de investigación que estudiaran su comportamiento sobre la dimensión interacciones sociales.

La correlación entre las dimensiones de la validación en este estudio fue de tamaño adecuado, negativa y significativa ( $r = -,401, p < ,001$ ). La validación española no informa sobre la correlación exacta entre factores, aunque adelanta la correlación entre los dos primeros factores (discomfort físico y discomfort social) con el tercero (discomfort afectivo) ( $r = .458$  y  $r = .241$ , respectivamente, ambas con  $p < ,002$ ). La significativa correlación entre las dimensiones discomfort físico y discomfort social guarda, como ya se ha dicho, ciertas similitudes con lo ocurrido en esta investigación, que optó por unificar ambas dimensiones ante la presencia de una correlación mucho más significativa (cercana a 1).

### **Sobre las evidencias de fiabilidad de la escala QUALID**

Los resultados de fiabilidad de las validaciones conocidas de la escala QUALID (Weiner et al., 2000) arrojaron índices de fiabilidad de entre ,77 para el alfa de Cronbach (escala original) y ,74 para la validación noruega y ,73 de la validación española. En el análisis por dimensiones, la validación española arrojó unos resultados de ,71, ,70 y ,68 respectivamente para los factores Discomfort físico, Discomfort Social y Discomfort Emocional, muy en línea con los resultados de esta investigación



En concreto, este estudio arrojó para la dimensión interacciones sociales (IS) un alfa de Cronbach de ,778 y un CRI de ,844, por lo que su comportamiento fue excelente. También fue cercano a excelente el comportamiento de la dimensión síntomas físicos y afectivos de disconfort (DFyA), con un valor de alfa de Cronbach de ,867 y un CRI de ,918, con un buen comportamiento de todos los ítems salvo por el ítem 11, que obtuvo una fiabilidad pobre (Homog: ,258). Se observó en resultados asimismo el interés en estudiar su saturación sobre la dimensión interacciones sociales (IS), dado su contenido (“parece emocionalmente tranquilo y confortable”).

### **Sobre la validez externa de la escala QUALID**

En cuanto a la calidad de vida de las personas con deterioro cognitivo en centros residenciales, diversos autores afirman que el bienestar autopercibido en particular de personas mayores con demencia disminuye en centros residenciales (Barca et al., 2011; Fernández Méndez et al., 2007), asociándose ésta a diversos factores, entre ellos, tener un mayor grado de dependencia física (Lobo et al., 2007; Rodríguez Blázquez et al., 2015; Barca et al., 2011), deterioro cognitivo (Lobo et al., 2007) o la condición de mujer (Rodríguez Blázquez et al., 2015). Se encuentran igualmente estudios que hablan en contra de la relación con el género (Banerjee et al., 2009; Van Malderen et al., 2016), o que restan importancia a la relación con la edad (Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015) o la dependencia (Hoe et al., 2006; Layte et al., 2013). Incluso analizando por grado de deterioro cognitivo, autores refieren ausencia de relación con la calidad de vida general (Vogel et al., 2006), o sus dimensiones, ni siquiera en función de la edad o género (Banerjee et al., 2009; Van Malderen, De Vriendt, Mets, y Gorus, 2016) o estadio de la demencia o deterioro cognitivo (Vogel, Mortensen, Hasselbalch, Andersen, y Waldemar, 2006),

En cuanto a la posible relación de las variables con las dimensiones, algunos autores afirman que la afectividad (que podría verse parcialmente representada en la dimensión síntomas físicos y afectivos de disconfort), se experimenta con la misma intensidad que cuando se es joven, y con la misma frecuencia, aunque con mayor tendencia hacia las emociones positivas debido a una aparente mejor gestión de las emociones (Fernández Ballesteros, 2004). Es cierto que el estudio habla de la vejez refiriéndose a personas mayores de 60 años y que no discrimina por

deterioro cognitivo, por lo que estas conclusiones deben ser aplicadas con cautela en esta investigación. Por otro lado, la validación española de la escala QUALID (Weiner et al., 2000) asocia un mayor grado de deterioro cognitivo con una peor puntuación en la dimensión *discomfort*, y con el hecho de vivir en centros residenciales. Ésta misma asocia un mayor grado de dependencia física con peores valoraciones de la dimensión interacciones sociales.

Los resultados de nuestra investigación arrojaron relaciones significativas, aunque de bajo tamaño con el grado de dependencia física, el tiempo de ingreso y la ubicación del centro residencial, y se alinearon con las investigaciones que niegan la relación con la edad, o el grado de deterioro cognitivo (estudiado en nuestro caso únicamente para grados altos o totales, pues, como se ha visto, a través de la escala FUMAT ADAPTADA, sí se dieron diferencias en los estadios más leves del deterioro cognitivo). Esta ausencia de correlación podría explicarse por el tan alto grado de deterioro cognitivo de las personas de esta muestra, o por la ausencia de información respecto del origen de la misma, que de tratarse de demencias, podría llevar asociados otros síntomas ya comentados y con posible influencia en las dimensiones. Como hemos dicho anteriormente, el deterioro cognitivo puede ser uno de los síntomas de las demencias, que traen en general también asociado el deterioro físico, lo que en el caso del deterioro cognitivo no patológico no. Si se da, no será debido a éste, sino al deterioro físico natural del envejecimiento. Así, cabría pensar que la calidad de vida de las personas con deterioro cognitivo está influenciada por la causa del deterioro, lo que podría justificar aún más el uso de herramientas específicas para la medida de la calidad de vida, no sólo fruto de la dificultad de obtención de información.

#### *Sobre la relación de las dimensiones de la calidad de vida con el grado de dependencia física*

La validación española de la escala no estudió los resultados en función del grado de dependencia física, como tampoco lo hicieron las validaciones noruegas y los estudios de desarrollo de la escala original, por lo que la discusión de los resultados no es posible y se presentarán éstos sin contraste. Únicamente medidas asociadas al deterioro cognitivo y a la presencia de dolor fueron consideradas, lo que pudiera interpretarse, pero no se hará por prudencia, como una asunción de la escasa correlación entre el grado de dependencia física y las dimensiones de la calidad en un colectivo donde el deterioro cognitivo tiene tanto peso. En concreto, en esta investigación, los resultados apuntaron en la línea de la existencia de

correlación con la calidad de vida, positiva en el caso de la dimensión interacciones sociales (IS) ( $r = ,290$ ;  $p < ,001$ ) y negativa en el caso de la dimensión síntomas físicos y afectivos de discomfort (DFyA) ( $r = -,207$ ;  $p < ,001$ ).

Conviene recordar en este punto las características particulares de la puntuación de esta escala, que relaciona mayores puntuaciones en la escala con una peor valoración de la calidad de vida, por lo que la correcta interpretación de las correlaciones nos lleva a concluir que a mayor grado de dependencia física, peores valoraciones (correlación positiva) de la dimensión interacciones sociales, y mejores valoraciones (correlación negativa) con la dimensión síntomas físicos y afectivos de discomfort. A pesar de la poca influencia, cabe destacar la buena puntuación media de la primera dimensión frente a la segunda, cuyas valoraciones oscilaron entre la medio-alta 1,80 del grado 1 (dependencia física leve) hasta el medio 2,78 del grado 4 (dependencia física total), lo que justificaría la necesidad de una mayor formación y atención a la forma en que se dan las relaciones sociales o la ejecución de las tareas de cuidado por parte de los profesionales en los centros, observando sin un cambio de modelo de atención pudiera afectar positivamente a esta dimensión. Con menos premura por los mejores resultados, convendría estudiar las causas por las que las personas con deterioro cognitivo grave muestran síntomas físicos y afectivos de discomfort, atendiendo a las posturas, al ambiente u a otros factores externos que pudieran causar molestias a estas personas.

Sin embargo, para la dimensión síntomas físicos y afectivos de discomfort las valoraciones no dejaron de ser medias o medio-altas, oscilando entre el 3,84 de las personas con dependencia física moderada y el 3,28 de las personas autónomas.

#### *Sobre la relación de las dimensiones de la calidad de vida con el tiempo de ingreso*

Como pasaba para el caso de las personas sin deterioro cognitivo grave, tampoco la bibliografía es abundante en cuanto al análisis del tiempo de ingreso con las dimensiones de la calidad de vida. Se habla, sin una asociación directa con el tiempo transcurrido desde el ingreso, de que el bienestar autopercebido en particular de personas mayores con demencia disminuye en centros residenciales (Barca et al., 2011; Fernández Méndez et al., 2007), asociándose ésta a diversos factores, entre ellos, la condición de mujer o tener un mayor grado de dependencia (Rodríguez Blázquez et al., 2015). Otros autores afirman que la correlación es mayor con el

estado de ánimo que con el grado de dependencia (Hoe et al., 2006). La comparación no se sencilla con las dimensiones obtenidas en la validación confirmatoria de la escala QUALID, pues salvo para el caso de la dimensión interacciones sociales, que pudiera analizarse con cualquier referencia bibliográfica que pone a la persona en el contexto social, la dimensión síntomas físicos y afectivos de disconfort (DFyA) únicamente se recoge la forma en que un malestar o disconfort se manifiesta, no su causa.

Respecto del tiempo de ingreso, éste arrojó una relación de tamaño bajo y positiva (,201) con la dimensión interrelaciones sociales, que a su vez arrojó una valoración media – alta (2,32). Esta baja correlación hacía oscilar su valoración entre una valoración medio alta de las personas desde el momento del ingreso hasta que alcanzan el quinto año de estancia (desde 2,59 hasta 1,83), momento a partir del cual la valoración de esta dimensión comienza a empeorar hasta valores medios, sin llegar a ser nunca particularmente malos (hasta 2,79), tal y como mostraba en la Tabla 124.

#### *Sobre la relación de las dimensiones de la calidad de vida con la ubicación del centro residencial*

La ubicación del centro, urbano o no urbano (sin llegar a ser rural en ninguno de los casos), pretendía recoger el impacto de una arquitectura y urbanismos abiertos a la naturaleza y/o ligeramente aislados de los cascos urbanos frente al impacto de arquitecturas más cerradas pero más cercanas a la vida de los pueblos y las ciudades. El estudio estuvo plagado de limitaciones en esta línea, dada la dificultad de comparar no tanto la presencia, sino el uso que de este tipo de espacios realizan los centros residenciales.

Los resultados del análisis en función de la ubicación del centro de esta investigación sin referencia contra la que comparar, y asumiendo su debilidad añadida por el escaso número de centros y la ausencia de datos representativos, arrojaron diferencias significativas y de tamaño de efecto grande en la dimensión síntomas físicos y afectivos de disconfort a favor de los centros de zona no urbana y ausencia de relación con la dimensión interrelaciones sociales. Las puntuaciones de la primera dimensión oscilaron entre la baja valoración de 4,08 para los centros urbanos, frente a la valoración media-baja de 3,30 para los de ubicación no urbana. El análisis del resultado de los ítems arrojó diferencias más claras en los ítems 3 (Llora), 7 y 4, debiendo sin embargo hacerse un análisis más profundo de las implicaciones de la ubicación del centro

en otros factores para el caso de personas con deterioro cognitivo grave, dado que el estilo de vida marcado por el modelo de atención, ocurriendo éste casi en su totalidad en el interior de las instalaciones, parecería no explicar la correlación. El estudio de las características arquitectónicas, con la presencia o no de zonas abiertas a las que las prácticas concretas (no teóricas) de los profesionales de atención permiten acceder, las características ambientales (ruido, contaminación, iluminación...) que pudieran diferenciar a una y otra ubicación de los centros, o cuestiones menos objetivas y más fruto de la casualidad de los centros seleccionados, donde prácticas concretas de equipos profesionales de una muestra tan pequeña de centros pudieran orientar los resultados en una u otra dirección.

### **Propuestas para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores que viven en centros residenciales**

El análisis de los resultados de las dimensiones y la respuesta a los ítems permitió identificar una serie de líneas de trabajo que podrían facilitar la medida de la calidad de vida. En cuanto a las personas sin deterioro cognitivo grave, las principales propuestas fueron las siguientes:

- 1) La aparente diferente valoración que se hace del grado de garantía de derechos de las personas en contra de aquellas que acaban de ingresar. Esto podría explicarse por el brusco cambio de circunstancias vitales que se producen y pudiera dar lugar a expresiones o situaciones de mayor insatisfacción general respecto de esta dimensión, en un entorno en el que en principio el modelo de atención garantiza igualdad en este ámbito.
- 2) Una reflexión sobre las opciones de mejora del bienestar emocional, particularmente en mujeres, podría ayudar a mejorar el resultado de esta dimensión, mientras que en el caso del bienestar físico, los resultados parecerían explicables por el grado de dependencia física y deterioro cognitivo presente en la muestra, sobre el que las opciones de mejora pudieran ser limitadas, estando las posibles actividades en general más orientadas al mantenimiento o ralentización del empeoramiento.
- 3) Establecer grupos de trabajo que estudien la forma en que se enfrenta el futuro en los centros residenciales, modificando esa ausencia de planes, aunque sean modestos, de las personas que viven en ellos y tratando de enfocar la estancia en el centro hacia un

lugar en el que vivir, aunque sea durante la última etapa de la vida, y no un lugar donde esperar la muerte. Respecto del ítem 39 (relativo a la elección de cómo pasar el tiempo libre), parece que la oferta de ocio y la actitud ante la participación en el mismo merecen una especial atención en los centros a partir, sobre todo, de los 90 años. También el ocio fue objeto de reflexión en los centros no urbanos, donde podría haber un mayor control sobre el deseo de salir al exterior del centro que estuviera impactando negativamente en la calidad de vida sus residentes.

- 4) En cuanto a la ubicación de los centros, los resultados del estudio desprendieron diferencias significativas en cuatro dimensiones, aunque de efecto bajo en concreto en las dimensiones bienestar material, relaciones interpersonales, bienestar físico y autodeterminación. En cuanto a los resultados del bienestar material, el resultado tiene ha de ser tomado con cautela, pues las características arquitectónicas de los centros, incluso de aquellos de gestión privada en manos de la misma empresa gestora, eran muy diferentes entre sí, y ni siquiera entre aquellos con misma ubicación (semiurbana, pues en zona urbana sólo pudimos contar con un centro de gestión privada), disponían de características arquitectónicas similares. La presencia o ausencia de zonas ajardinadas, la falta de información sobre los espacios comunes, las habitaciones... hacen difícil valorar los resultados de esta dimensión.
- 5) La Autodeterminación mostró diferencias con el grado de deterioro cognitivo, evidenciando una toma de control por parte de profesionales y/o familiares según el grado de deterioro cognitivo va avanzando.
- 6) Por otro lado, la inclusión social y las relaciones interpersonales, altamente correlacionadas entre sí ( $,594^{***}$ ), no presentaron relación con la edad, en contra de lo que anunciaban algunos autores, invitando a pensar que la estructura y el funcionamiento tan regulados en los centros residenciales impacta anulando correlaciones que en otros contextos se habían anunciado. Además, la puntuación media del nivel de participación en actividades de ocio, Notablemente inferior a la del resto de los ítems de la dimensión (2,720 de Nota media, frente a 3,233 y 3,217), invita a pensar en la necesidad de diseñar un conjunto de actividades más atractivas y/o mejor adaptadas para las personas del centro.

- 7) En cuanto al desarrollo personal, los resultados invitan a pensar de nuevo en un posible cierto efecto anulador de la vida en los centros sobre la capacidad de las personas para resolver problemas, pues el análisis de las respuestas a los ítems mostraba valoraciones peros en las dificultades para resolver eficazmente los problemas que en las capacidades de expresar información o entender la información que reciben), condiciones previas necesarias para la resolución de problemas.

### **Fortalezas, debilidades y líneas futuras de investigación**

Entre las fortalezas de la investigación encontramos el cumplimiento del objetivo principal, que permite disponer de un conjunto de herramientas validadas para medir la calidad de vida de personas mayores con dependencia en centros residenciales. Las escalas de partida, la FUMAT (Verdugo et al., 2009) y la QUALID (Weiner et al., 2000), aportan además como fortaleza de partida el haber sido originalmente desarrolladas por equipos investigadores de alto prestigio, lo que aporta solvencia al resultado de la investigación. Estos mismos equipos confirmaron en sus investigaciones previas la ausencia de instrumentos de medida para el colectivo que inspira esta investigación. Por otro lado, el estudio preliminar basado en entrevistas con los agentes del ecosistema de atención a las personas con dependencia confirmó el interés en disponer de herramientas y modelos de gestión en torno a la calidad de vida, dando fuerza y sentido a la investigación. La acogida en los centros residenciales en los que se realizó la primera parte del estudio empírico fue excelente, y en todos ellos se plantearon propuestas para el avance en la implantación de un modelo de gestión basado en mejorar la calidad de vida de los residentes, por lo que la investigación podría estar ya dando sus primeros frutos fuera del contexto académico.

En cuanto a las limitaciones, la muestra final estuvo por debajo de los 200 elementos de muestra sugeridos por la literatura para la validación confirmatoria (ligeramente, con 191 elementos en el caso de la escala FUMAT (Verdugo et al., 2009) y algo más acusadamente con los 160 elementos en el caso de la escala QUALID (Weiner et al., 2000)). En cuanto a la composición de la muestra, si bien respecto de las características sociodemográficas de la población residente fue excelente, aunque futuros estudios se verían justificados para profundizar en el efecto que la ubicación, las características arquitectónicas y urbanísticas, el

tipo de gestión y el tipo de modelo de atención pudieran tener sobre las dimensiones de la calidad de vida.

En cuanto a la aplicación de las escalas, ambas son administradas por profesionales que obtienen datos mediante la observación y el conocimiento sobre la persona cuya calidad de vida se mide. Si bien esto es requisito casi indispensable en el caso de personas con deterioro cognitivo grave, en el caso de la escala FUMAT ADAPTADA nos encontramos con la condición establecida por los desarrolladores de la escala original de que los profesionales deben de contar con al menos tres años de estudio universitario, aspecto a veces complicado en los centros. Por otro lado, la escala, a pesar de su acortamiento de 57 a 24 ítems, se beneficiaría de un acortamiento aún mayor, pues día a día de las organizaciones permite poco margen para la aplicación e interpretación de los resultados de escalas que aún con 24 ítems son excesivamente largas. Por otro lado, las sesiones de entrenamiento y formación en materia de derechos, responsabilidades y modelos de atención en centros residenciales que se llevaron a cabo en aquellos que participaron en la toma de datos evidenció la importancia del espíritu crítico a la hora de responder a ciertas cuestiones recogidas en las escalas, particularmente en la escala FUMAT ADAPTADA, por lo que sería interesante, como línea futura, el desarrollo de un manual de aplicación de la escala más detallado donde se aclare el significado profundo de los ítems y sirva como base para la formación.

En esta misma línea, en la escala FUMAT ADAPTADA, tal y como se ha comentado en la discusión y a pesar de las opiniones de los profesionales sobre observabilidad de los ítems, se mantuvieron algunos de los propuestos para ser eliminados, pues su importancia así lo sugería, provocándose la necesidad de desarrollo de herramientas o técnicas para la observación de éstos ítem. Es posible, de hecho, que el mal comportamiento de algunos ítems dentro de su subescala se deba a esta baja observabilidad. En esta misma línea, podría plantearse la sustitución de los ítems que dieron un funcionamiento no adecuado o mejorable, por su baja correlación con el resto de los ítems de la dimensión o por la mejora de la fiabilidad que su eliminación producía.

El resultado global del análisis del comportamiento de la escala FUMAT ADAPTADA resultó adecuado en cuanto a sus propiedades psicométricas, si bien la fiabilidad fue pobre para la subescala bienestar material, que se beneficiarían de un estudio más detallado y un posible replanteamiento de ítems en investigaciones futuras.



En cuando al análisis de validez externa, convendría optar a un mayor tamaño de muestra y hacer el análisis por género dejando fijo el efecto del grado de dependencia, pues éste resultó en general peor para las mujeres de la muestra, tal y como se explicó en el apartado de características sociodemográficas, donde se observaba que sólo el 26% de los hombres presentaba dependencia física grave, frente al 51% de las mujeres. El porcentaje de personas con dependencia moderada no presentaba diferencias significativas en función del género, rondando el 24% en ambos casos. Igualmente, el insuficiente tamaño de la muestra impidió realizar un análisis del efecto del tiempo de ingreso manteniendo fijo el efecto del grado de dependencia y el deterioro cognitivo, lo que hubiera permitido una mejor interpretación de estos resultados.

En cuanto a la escala QUALID (Weiner et al., 2000), el comportamiento de la escala fue correcto en términos generales, pero una mirada más profunda al comportamiento del ítem 11 (“Parece emocionalmente tranquilo y confortable”) podría beneficiar el comportamiento general del instrumento. Es el único en su dimensión cuyo enunciado va en sentido positivo, presentando además unas valoraciones que la lógica invitaría a alinear más con las del ítem 7 (“Está irritable y agresivo”), teniendo en cuenta la diferencia en el sentido del enunciado.

El análisis en función de la ubicación del centro, que arrojó diferencias significativas y de tamaño de efecto grande en la dimensión síntomas físicos y afectivos de disconfort a favor de los centros de zona no urbana y la aproximación de la medida que arrojó una baja valoración de esta dimensión para los centros urbanos (4,08 sobre 5, siendo 5 la peor valoración). Este resultado invitó a plantear entre las investigaciones futuras, al igual que para la escala FUMAT ADAPTADA, un análisis más profundo de la implicación de la ubicación del centro en otros factores externos para el caso de personas con deterioro cognitivo grave, dado que el estilo de vida marcado por el modelo de atención, que marca una vida que se da casi en su totalidad en el interior de las instalaciones, parecería no explicar la correlación. El estudio de las características arquitectónicas, con la presencia o no de zonas abiertas a las que las prácticas concretas (no teóricas) de los profesionales de atención permiten acceder, las características ambientales (ruido, contaminación, iluminación...) que pudieran diferenciar a una y otra ubicación de los centros, o cuestiones más concretas y difíciles de observar cómo prácticas concretas de equipos profesionales podrían arrojar luz sobre este tipo de cuestiones sin resolver

en esta investigación. Para ello sería necesaria una muestra más representativa donde la segmentación no se hiciera según las características sociodemográficas de la población sino por las características de los centros residenciales y las prácticas profesionales.

Por último, pretende ser éste de la medición de la calidad de vida de las personas residentes el primero de los muchos pasos que tiene el camino hacia la implantación de un modelo, por lo que es importante que se vea como tal, un camino que empezamos a recorrer y que por tanto ha de continuar. De hecho, puede que sea, ojalá, un camino sin retorno, con grandes implicaciones, tres de las cuales ya avanzaban Schalock y Verdugo al definir su modelo de Calidad de Vida (Imsero, 2011):

- 1) Pasar de un sistema centrado en las limitaciones a otro centrado en las capacidades.
- 2) Pasar de un sistema centrado en la eficacia de los servicios a otro centrado en las mejoras en la calidad de vida individual.
- 3) Pasar de un sistema centrado en los profesionales y los condicionantes organizativos a otro centrado en la persona.

En realidad, podríamos considerar estas tres como consecuencias casi inevitables de la implantación del modelo de gestión orientado a resultados sobre la misión de la organización: si no olvidamos que nuestro leitmotiv es la calidad de vida de las personas, y nos ponemos a trabajar para eso, será necesario pensar en capacidades, poner la calidad por encima de la eficacia y pensar en las necesidades de las personas más que en las de la organización. Pero eso no se consigue con una acción puntual, si no con un camino donde vayamos juntos usuarios, familiares, profesionales, proveedores de servicios, administración y sociedad en general.

## Referencias

- Albrecht, G. L. y Devlieger, P. J. (1999). The Disability Paradox: High Quality Of Life Against All Odds. *Social Science & Medicine*, 48(8), 977-988. Doi:10.1016/S0277-9536(98)00411-0
- Alcedo Rodríguez, M. Á, Aguado Díaz, A., Arias Martínez, B., González González, M. y Rozada Rodríguez, C. (2008). Escala De Calidad De Vida (ECV) Para Personas Con Discapacidad Que Envejecen: Estudio Preliminar. *Psychosocial Intervention*, 17(2), 153-167. Recuperado de [Http://Scielo.Isciii.Es/Scielo.Php?Script=Sci\\_ArttextyPid=S1132-05592008000200005yLNg=EnyTlng=En](http://Scielo.Isciii.Es/Scielo.Php?Script=Sci_ArttextyPid=S1132-05592008000200005yLNg=EnyTlng=En)
- Alonso, V. (2009). Proyecciones De Gasto Público En Cuidados De Larga Duración En La Unión Europea. *Presupuesto y Gasto Público*, 56(2009), 145-162.
- American Psychological Association. (2010). *Concise Rules Of APA Style* (6th Ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Asakawa, K., Feeny, D., Senthilselvan, A., Johnson, J. A. y Rolfson, D. (2009). Do The Determinants Of Health Differ Between People Living In The Community And In Institutions? *Social Science & Medicine*, 69(3), 345-353. Doi:10.1016/J.Socscimed.2009.05.007
- Asociación Estatal De Directores Y Gerentes De Servicios Sociales. (2018). *Valoración Del Desarrollo De Los Servicios Sociales Por Comunidades Autónomas. Índice DEC De Servicios Sociales 2018*. ().

- Azpiazu Garrido, M., Cruz Jentoft, A., Villagrasa Ferrer, J., Abanades Herranz, J., García Marín, N. y Álvarez De Mon Rego, C. (2003). Calidad De Vida En Mayores De 65 Años No Institucionalizados De Dos Áreas Sanitarias De Madrid. *Atención Primaria*, 31(5), 285-292. Doi:10.1157/13045701
- Badia, X., Fernández, E. y Segura, A. (1995). Influence Of Socio-Demographic And Health Status Variables On Evaluation Of Health States In A Spanish Population. *The European Journal Of Public Health*, 5(2), 87-93. Doi:10.1093/Eurpub/5.2.87
- Ballart, X. (1992). *Cómo Evaluar Programas Y Servicios Públicos?* Recuperado de <Http://Data.Theeuropeanlibrary.Org/Bibliographicresource/3000146148746>
- Banerjee, S., Samsi, K., Petrie, C. D., Alvir, J., Treglia, M., Schwam, E. M. y Del Valle, M. (2009). What Do We Know About Quality Of Life In Dementia? A Review Of The Emerging Evidence On The Predictive And Explanatory Value Of Disease Specific Measures Of Health Related Quality Of Life In People With Dementia. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 24(1), 15-24. Doi:10.1002/Gps.2090
- Barca, M. L., Engedal, K., Laks, J. y Selbaek, G. (2011). Quality Of Life Among Elderly Patients With Dementia In Institutions. *Dementia And Geriatric Cognitive Disorders*, 31(6), 435-442. Doi:10.1159/000328969 [Doi]
- Beer, C., Bosboom, P., Almeida, O. P. y Flicker, L. (2009). Rating The Quality Of Life Of People With Dementia Living In Residential Care Facilities In Routine Research Practice. *Age And Ageing*, 38(3), 343-346. Doi:10.1093/Ageing/Afp018
- Bennett, R. (1973). Living Conditions And Everyday Needs Of The Elderly With Particular Reference To Social Isolation. *The International Journal Of Aging And Human Development*, 4(3), 179-198. Doi:10.2190/Y1HA-CG77-WCT5-URGV
- Bernaldo De Quirós Aragón, M, Crespo López, M., Hornillos Jerez, C. y Gómez Gutiérrez, M. M. (2011). La Evaluación De La Calidad De Vida En Personas Con Demencia. *Revista Española De Geriatria Y Gerontología*, 46(46), 319-324. Recuperado de <Https://Medes.Com/Publication/70139>

- Berry, J. W., Poortinga y. H., Breugelmans, S. M., Chasiotis, A. y Sam, D. L. (2011). *Cross-Cultural Psychology : Research And Applications*. Cambridge: Cambridge University Press. Recuperado de [Https://Ebookcentral.Proquest.Com /Lib/\[SITE\\_ID\]/Detail.Action?Docid=615732](https://Ebookcentral.Proquest.Com /Lib/[SITE_ID]/Detail.Action?Docid=615732)
- Bóckerman, P., Johansson, E. y Saarni, S. (2012). Institutionalisation And Subjective Wellbeing For Old-Age Individuals: Is Life Really Miserable In Care Homes? *Ageing And Society*, 32(7), 1-17. Doi:10.1017/S0144686X1100081X
- Borglin, G., Edberg, A. y Rahm Hallberg, I. (2005). The Experience Of Quality Of Life Among Older People. *Journal Of Aging Studies*, 19(2), 201-220. Doi:10.1016/J.Jaging.2004.04.001
- Bowling, A. (2005). *Measuring Health* (3. Ed. Ed.). Maidenhead [U.A.]: Open Univ. Press.
- Bowling, A. y Stenner, P. (2011). Which Measure Of Quality Of Life Performs Best In Older Age? A Comparison Of The OPQOL, CASP-19 And WHOQOL-OLD. *Journal Of Epidemiology And Community Health*, 65(3), 273-280. Doi:10.1136/Jech.2009.087668
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L. M., Evans, O., Fleissig, A.. Sutton, S. (2003a). Let's Ask Them: A National Survey Of Definitions Of Quality Of Life And Its Enhancement Among People Aged 65 And Over. *The International Journal Of Aging And Human Development*, 56(4), 269-306. Doi:10.2190/BF8G-5J8L-YTRF-6404
- Bowling, A., Hankins, M., Windle, G., Bilotta, C. y Grant, R. (2012). A Short Measure Of Quality Of Life In Older Age: The Performance Of The Brief Older People's Quality Of Life Questionnaire (OPQOL-Brief). *Archives Of Gerontology And Geriatrics*, 56(1), 181-187. Doi:10.1016/J.Archger.2012.08.012
- Bowling, A., Seetai, S., Morris, R. y Ebrahim, S. (2007). Quality Of Life Among Older People With Poor Functioning. The Influence Of Perceived Control Over Life. *Age And Ageing*, 36(3), 310-315. Doi:10.1093/Ageing/Afm023

- Bradley, Valerie & L., Schalock & F., Gardner. (2006). Quality of Life for People with Intellectual and Other Developmental Disabilities: Applications Across Individuals, Organizations, Communities, and Systems.
- Branch, L. G. y Jette, A. M. (1982). A Prospective Study Of Long-Term Care Institutionalization Among The Aged. *American Journal Of Public Health*, 72(12), 1373-1379. Doi:10.2105/AJPH.72.12.1373
- Brett, C., Gow, A. J., Corley, J., Pattie, A., Starr, J. M. y Deary, I. J. (2012). Psychosocial Factors And Health As Determinants Of Quality Of Life In Community-Dwelling Older Adults. *Quality Of Life Research*, 21(3), 505-516. Doi:10.1007/S11136-011-9951-2
- Brod, M., Stewart, A. L., Sands, L. y Walton, P. (1999). Conceptualization And Measurement Of Quality Of Life In Dementia: The Dementia Quality Of Life Instrument (Dqol). *The Gerontologist*, 39(1), 25-36. Doi:10.1093/Geront/39.1.25
- Bronfenbrenner, U. y Evans, G. W. (2000). Developmental Science In The 21st Century: Emerging Questions, Theoretical Models, Research Designs And Empirical Findings. *Social Development*, 9(1), 115-125. Doi:10.1111/1467-9507.00114
- Brown, J., Bowling, A. y Flynn, T. (2004). *Models Of Quality Of Life: A Taxonomy, Overview And Systematic Review Of The Literature*. Recuperado de [https://Lemosandcrane.Co.Uk/Resources/European %20Forum%20on%20Population%20Ageing%20Research%20-%20Models %20of%20Quality%20of%20Life.Pdf](https://Lemosandcrane.Co.Uk/Resources/European%20Forum%20on%20Population%20Ageing%20Research%20-%20Models%20of%20Quality%20of%20Life.Pdf)
- Browne, J. P., O'Boyle, C. A., Mcgee, H. M., Joyce, C. R. B., McDonald, N. J., O'Malley, K. y Hiltbrunner, B. (1994). Individual Quality Of Life In The Healthy Elderly. *Quality Of Life Research*, 3(4), 235-244. Doi:10.1007/BF00434897
- Buendía J, Riquelme A. *Residencias para ancianos: ¿solución o problema?* en Gerontología y salud: perspectivas actuales. Madrid: Biblioteca Nueva; 1997.
- Buiza, C., Etxeberría, I. y Yanguas, J. (2005). Deterioro Cognitivo Grave. *Madrid. Portal Mayores. Informe Portal Mayores, N° 27. [Fecha De Publicación: 01/04/2005]*.

<[Http://Www.Imsero.Csic.Es/Documentos/Documentos/Buiza-Deterioro-01.Pdf](http://Www.Imsero.Csic.Es/Documentos/Documentos/Buiza-Deterioro-01.Pdf)>,  
(27)

Byrne, B. M. (2012). *Structural equation modeling with mplus: Basic concepts, applications, and programming*. Nueva York: Routledge.

Caballero, F. F., Miret, M., Power, M., Chatterji, S., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Ayuso-Mateos, J. L. (2013). Validation Of An Instrument To Evaluate Quality Of Life In The Aging Population: WHOQOL-AGE. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 11(1), 177. Doi:10.1186/1477-7525-11-177

Caballo, C., Crespo, M., Jenaro, C., Verdugo, M. A. y Martínez, J. L. (2005). Factor Structure Of The Schallock And Keith Quality Of Life Questionnaire (QOL-Q): Validation On Mexican And Spanish Samples. *Journal Of Intellectual Disability Research*, 49(10), 773-776. Doi:10.1111/J.1365-2788.2005.00750.X

Campbell, A. (1981). *The Sense Of Well-Being In America*. New York [U.A.]: Mcgraw-Hill.

Cangur, S. y Ercan, I. (2015). Comparison Of Model Fit Indices Used In Structural Equation Modeling Under Multivariate Normality. *Journal Of Modern Applied Statistical Methods*, 14(1), 152-167. Doi:10.22237/Jmasm/1430453580

Cangur, S. y Ercan, I. (2015). Comparison of Model Fit Indices Used in Structural Equation Modeling Under Multivariate Normality. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 14, 152-167.

Carbonell-Cutillas, M. y García-Longoria, M. (2012). Análisis De Las Relaciones Interpersonales Y Los Conflictos En Los Centros Residenciales Para Mayores. *Portularia*, 12(1), 17-27. Doi:10.5218/Prts.2012.0030

Cardona, D. y Agudelo, H. B. (2005). Construcción Cultural Del Concepto Calidad De Vida. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 23(1), 79-90. Recuperado de [Http://Www.Scielo.Org.Co/SciELO.Php?Script=Sci\\_ArttextyPid=S0120-386X2005000100008yLng=EnyTlng=En](http://Www.Scielo.Org.Co/SciELO.Php?Script=Sci_ArttextyPid=S0120-386X2005000100008yLng=EnyTlng=En)

- Carniel, C. Z., Sousa, Juliana Cristina Ferreira De, Silva, C. D. D., Fortunato-Queiroz, Carla Aparecida De Urzedo, Hyppolito, M. Â y Santos, P. L. D. (2017). Implications Of Using The Hearing Aids On Quality Of Life Of Elderly. *Codas*, 29(5), E20160241. Recuperado de [Https://Www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pubmed/ 29069166](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29069166)
- Casado, J. M., González, N., Moraleda, S., Orueta, R., Carmona, J. y Gómez-Calcerrada, R. M. (2001). Calidad De Vida Relacionada Con La Salud En Pacientes Ancianos En Atención Primaria. *Atención Primaria*, 28(3), 167-173. Doi:10.1016/S0212-6567(01)78926-3
- Castilho-Weinert, L. V., Takeda, S. Y. M., Guimarães, A. T. B., Gonçalves, A. M., Zanini, L. M., Cavalcanti, A. I., . . . Ximendes, G. S. (2014). Functional Performance And Quality Of Life In Institutionalized Elderly Individuals. *Topics In Geriatric Rehabilitation*, 30(4), 270-275. Doi:10.1097/TGR. 0000000000000036
- Centro De Documentación Y Estudios, SIIS y Fundación Eguía-Careaga Fundazioa. (2012a). *Buenas Prácticas En La Atención A Personas Con Discapacidad. Vivir Mejor. Cómo Compaginar Derechos Individuales Y Condicionantes Organizativos.*
- Centro De Documentación Y Estudios, SIIS y Fundación Eguía-Careaga Fundazioa. (2012b). *Buenas Prácticas En La Atención A Personas Con Discapacidad. Vivir Mejor. Estrategias Reactivas.*
- Centro De Documentación Y Estudios, SIIS. (2016). La Situación De Los Centros Residenciales Para Personas Mayores En Gipuzkoa. *Zerbitzuan*, (62), 43-66. Doi:10.5569/1134-7147.62.04
- Chamberlain, Stephanie & Stadnyk, Robin & Warner, Grace & Earl, Marie & Nickerson Rak, Christy. (2017). Nursing-Home Resident Quality of Life: A Longitudinal Case Study Approach. *Journal of Housing for the Elderly*. 31. 10.1080/02763893.2017.1280581.
- Chen, F. F. (2007). Sensitivity Of Goodness Of Fit Indexes To Lack Of Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(3), 464-504. Doi:10.1080/10705510701301834



- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(3), 464-504. doi:10.1080/10705510701301834
- Cheung, G. W. y Rensvold, R. B. (2002). Evaluating Goodness-Of-Fit Indexes For Testing Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 9(2), 233-255. Doi:10.1207/S15328007SEM0902\_5
- Cheung, G. W. y Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 9, 233-255. [http://dx.doi.org/10.1207/S15328007SEM0902\\_5](http://dx.doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5).
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290.
- Ciorba, A., Bianchini, C., Pelucchi, S. y Pastore, A. (2012). The Impact Of Hearing Loss On The Quality Of Life Of Elderly Adults. *Clinical Interventions In Aging*, 7, 159-163. Doi:10.2147/CIA.S26059
- Clarck, L. A. y Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3) 309-319.
- Consejo Superior De Investigaciones Científicas, (CSIC). (2018). *Estadísticas Sobre Residencias. Distribución De Centros Y Plazas Residenciales Por Provincia. Datos De Julio De 2017*
- Consellería De Benestar Social De La Generalitat Valenciana. (2015) *Indicadores Para La Mejora De La Atención Residencial. Recuperado de [http://www.inclusio.gva.es/es/web/mayores/asset\\_publisher/-/asset\\_publisher/19sFcm4EdhWt/content/indicadores-para-la-mejor-de-la-calidad-residencial](http://www.inclusio.gva.es/es/web/mayores/asset_publisher/-/asset_publisher/19sFcm4EdhWt/content/indicadores-para-la-mejor-de-la-calidad-residencial)*
- Cordner, Z., Blass, D. M., Rabins, P. V. y Black, B. S. (2010). Quality Of Life In Nursing Home Residents With Advanced Dementia. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 58(12), 2394-2400. Doi:10.1111/J.1532-5415.2010.03170.X

- Cummins, R. A. (1997a). Comprehensive Quality Of Life Scale-I5. Intellectual/Cognitive Disability Fifth Edition (Comqol-I5). *School Of Psychology Deakin University*,
- Cummins, R. A. (1997b). Self-Rated Quality Of Life Scales For People With An Intellectual Disability: A Review. *Journal Of Applied Research In Intellectual Disabilities*, 10(3), 199-216. Doi:10.1111/J.1468-3148.1997.Tb00017.X
- Cummins, R. A. (2000). Objective And Subjective Quality Of Life: An Interactive Model. *Social Indicators Research*, 52(1), 55-72. Doi:1007027822521
- Cummins, R. A. (2005). Moving From The Quality Of Life Concept To A Theory. *Journal Of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699-706. Doi:10.1111/J.1365-2788.2005.00738.X
- Cummins, R. A., Eckersley, R., Pallant, J., Van Vugt, J. y Misajon, R. (2003). Developing A National Index Of Subjective Wellbeing: The Australian Unity Wellbeing Index. *Social Indicators Research*, 64(2), 159-190. Doi:1024704320683
- De Asís Roig, R. (2010). *El Impacto De La Convención Internacional Sobre Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad En La Ley 39/2006, De 14 De Diciembre* Recuperado de [Http://Data.Theeuropeanlibrary.Org/Bibliographicresource/3000146698473](http://Data.Theeuropeanlibrary.Org/Bibliographicresource/3000146698473)
- Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales (2015). Recuperado de: <https://www.euskadi.eus/decreto/decreto-1852015-de-6-de-octubre-de-cartera-de-prestaciones-y-servicios-del-sistema-vasco-de-servicios-sociales/web01-ejeduki/es/>
- Decreto 238/2010, De 14 De septiembre, De La Alta Inspección En Materia De Servicios Sociales. Decreto (2010). Recuperado de [Http://Www.Euskadi.Net/Cgi-Bin\\_K54/Bopv\\_20?CyF=20100930yS=2010189](http://Www.Euskadi.Net/Cgi-Bin_K54/Bopv_20?CyF=20100930yS=2010189)
- Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco (2011), *Cien propuestas para avanzar en el bienestar y el buen trato a personas que envejecen*. Bases para un plan de acción. Recuperado de <https://www.euskadi.eus/>

contenidos/informacion/planes\_ss/es\_planes/adjuntos/Doc%20100%20propuestas%20(final%202012).pdf

- Díaz Veiga, P., Uriarte Méndez, A. yanguas Lezaún, J., Cerdó I Pasqual, Maria Francesca, Sancho Castiello, M. y Orbegozo Aramburu, A. (2016). *Estamos Mejorando La Atención? Efectos De Intervenciones Relativas Al Modelo De Atención Centrado En La Persona En Un Grupo Residencial. Zerbitzuan*, (61), 53-63. Doi:10.5569/1134-7147.61.04
- Díaz-Veiga, P., Sancho, M., García, Á, Rivas, E., Abad, E., Suárez, N. yanguas, J. (2014). *Efectos Del Modelo De Atención Centrado En La Persona En La Calidad De Vida De Personas Con Deterioro Cognitivo De Centros Gerontológicos. Revista Española De Geriatría Y Gerontología*, 49(6), 266-271. Doi:10.1016/J.Regg.2014.06.003 Recuperado de <https://www.clinicalkey.es/Playcontent/1-S2.0-S0211139X14001255>
- Dichter, M. N., Halek, M., Dortmann, O., Meyer, G. y Bartholomeyczik, S. (2013). Measuring The Quality Of Life Of People With Dementia In Nursing Homes In Germany – The Study Protocol For The Qol-Dem Project. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 10 Doi:10.3205/Psm000096
- Diputación Foral De Álava. (2016). *Plan Estratégico De La Legislatura 2015-2019 De La Diputación Foral De Álava*. (2016). Recuperado de [http://www.araba.eus/cs/Satellite?c=DPA\\_Generico\\_FA&cid=1224018973468&language=es\\_ES&pagename=DiputacionAlava%2FDPA\\_Generico\\_FA%2FDPA\\_generico](http://www.araba.eus/cs/Satellite?c=DPA_Generico_FA&cid=1224018973468&language=es_ES&pagename=DiputacionAlava%2FDPA_Generico_FA%2FDPA_generico)
- Diputación Foral De Bizkaia. (2016). *Plan Para La Participación Y Calidad De Vida De Las Personas Con Discapacidad En Bizkaia 2016-2019*. (2015).
- Diputación Foral De Gipuzkoa. (2010). *Modelod De Atención A Las Personas Mayores Dependientes En Gipuzkoa* Recuperado de <https://www.gipuzkoa.eus/es/web/gizartepolitika/departamento/estudios-y-documentos>

Diputación Foral De Gipuzkoa. (2015a). *Mapa De Servicios Sociales De Gipuzkoa 2015-2017* Recuperado de [https:// www.gipuzkoa.eus/es/web/gizartepolitika/ departamento/ estudios-y-documentos](https://www.gipuzkoa.eus/es/web/gizartepolitika/departamento/estudios-y-documentos)

Diputación Foral De Gipuzkoa. (2015b). *Modelo De Atención A Personas Con Discapacidad Y Personas Con Trastorno Mental*. Recuperado de <https://www.gipuzkoa.eus/documents/1932270/1932598/Modelo+de+Atenci%C3%B3n+a+Discapacidad+y+Trastorno+Mental.pdf/c9bb27af-8722-ca34-6d86-29f38cb4c91f>

Diputación Foral De Gipuzkoa, (2016). *Plan De Actuación Del Departamento De Políticas Sociales 2016-2019* Recuperado de [https:// www.gipuzkoa.eus/es/web/ gizartepolitika/departamento/ estudios-y-documentos](https://www.gipuzkoa.eus/es/web/gizartepolitika/departamento/estudios-y-documentos)

Diputación Foral De Gipuzkoa, (2017). *Políticas Sociales. Memoria 2016 (2016)*. Recuperado de [https:// www.gipuzkoa.eus/es/web/gizartepolitika/departamento/ estudios-y- documentos](https://www.gipuzkoa.eus/es/web/gizartepolitika/departamento/estudios-y-documentos)

Dirk Van Dierendonck, Dario Díaz, Raquel Rodríguez-Carvajal, Amalio Blanco y Bernardo Moreno-Jiménez. (2008). Ryff's Six-Factor Model Of Psychological Well-Being, A Spanish Exploration. *Social Indicators Research*, 87(3), 473-479. Doi:10.1007/S11205-007-9174-7

Dirk Van Dierendonck, Darío Díaz, Raquel Rodríguez-Carvajal, Amalio Blanco, Bernardo Moreno-Jiménez, Ismael Gallardo y Carmen Valle. (2006a). Adaptación Española De Las Escalas De Bienestar Psicológico De Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. Recuperado de <Http://Www.Redalyc.Org/Articulo.Oa?Id=72718337>

Dubeau, C. E., Kuchel, G. A., Johnson, 2., Theodore, Palmer, M. H. y Wagg, A. (2010). Incontinence In The Frail Elderly: Report From The 4th International Consultation On Incontinence. *Neurourology And Urodynamics*, 29(1), 165-178. Doi:10.1002/Nau.20842

- Edelman, P., Fulton, B. R., Kuhn, D. y Chang, C. (2005). A Comparison Of Three Methods Of Measuring Dementia-Specific Quality Of Life: Perspectives Of Residents, Staff, And Observers. *The Gerontologist*, 45(1), 27-36. Doi:10.1093/Geront/45.Suppl\_1.27
- Esparza Catalán, C. (2011). *Discapacidad Y Dependencia En El País Vasco. Con Base En La Encuesta Sobre Discapacidad, Autonomía Personal Y Situaciones De Dependencia (EDAD), 2008* Consejo Superior De Investigaciones Científicas (España).
- Espinosa Almendro, J. M. y Muñoz Cobos, F. (2008). Envejecimiento Activo Y Desigualdades De Género. *Atención Primaria*, 40(40), 305-309. Recuperado de <https://medes.com/publication/41759>
- Esteban Herrera, L. y Rodríguez Gómez, J. Á. (2015). Situaciones De Dependencia En Personas Mayores En Las Residencias De Ancianos En Espaa. *ENE Revista De Enfermera*, (9)
- Estrada Restrepo, A., Cardona Arango, D., Segura Cardona, A. M., Ordóñez Molina, J., Osorio Gómez, J. J. y Chavarriaga Maya, L. M. (2013). *Depressive Symptoms In Institutionalized Elderly People And Factors Associated* Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de <https://www.openaire.eu/search?q=ysearch=>
- Ettema, T.P., Dröes, R.M, de Lange, J., Mellenbergh, G.J., Ribbe, M.W. (2005) *A review of quality of life instruments used in dementia*. (2005) *Quality of Life Research*, 2005;14:675
- Euskalit. (2015). Modelos De Gestión Avanzada 2015. Recuperado de: <https://www.euskalit.net/es/diagnosticos-evaluacion/modelo-gestion-avanzada.html>
- EUSTAT. (2016). *Centros, Plazas Y Personas Usuaris De La C.A. De Euskadi*. Recuperado de [http://www.eustat.eus/banku/id\\_2355/indexLista.html](http://www.eustat.eus/banku/id_2355/indexLista.html) .
- Fang, J., Power, M., Lin y., Zhang, J., Hao y. y Chatterji, S. (2012). Development Of Short Versions For The WHOQOL-OLD Module. *The Gerontologist*, 52(1), 66-78. Doi:10.1093/Geront/Gnr085

- Fayers, P. M. y Machin, D. (2007). *Quality Of Life* (2. Ed. Ed.). Chichester [U.A.]: Wiley. Recuperado de [Http://Www.Loc.Gov/Catdir/Toc/Ecip072/2006032099.Html](http://www.loc.gov/catdir/toc/ecip072/2006032099.html)
- Felce, D. (1997). Defining And Applying The Concept Of Quality Of Life. *Journal Of Intellectual Disability Research*, 41(2), 126-135. Doi:10.1111/J.1365-2788.1997.Tb00689.X
- Felce, D. y Perry, J. (1995/1996). Quality Of Life: Its Definition And Measurement. *Research In Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74. Doi:10.1016/0891-4222(94)00028-8
- Fernández Ballesteros, R. (1997). Calidad De Vida En La Vejez: Condiciones Diferenciales. *Anuario De Psicología/The UB Journal Of Psychology*, Recuperado de [Https://Www.Openaire.Eu/Search/Publication? Articleid=Rcubrevistes::2fc376e67505ca6e6171038d0b16762a](https://www.openaire.eu/search/publication?articleid=Rcubrevistes::2fc376e67505ca6e6171038d0b16762a)
- Fernández Ballesteros, R. (2003). *Calidad De Vida En La Vejez: Condiciones Diferenciales*. Madrid: Colegio Oficial De Psicólogos De Madrid. Recuperado de [Https://Ebookcentral.Proquest.Com/Lib/\[SITE\\_ID\]/Detail.Action?Docid=3156621](https://ebookcentral.proquest.com/lib/[SITE_ID]/detail.action?docid=3156621)
- Fernández Ballesteros, R. (2004). La Psicología De La Vejez. *Encuentros Multidisciplinares*, 6(16), 11-22. Recuperado de [Http://Dialnet.Unirioja.Es/Servlet/Oaiart?Codigo=793626](http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=793626)
- Fernández Ballesteros, R. y Zamarrón, M. D. (1996). *Cubrecavi. Cuestionario Breve De Calidad De Vida* Recuperado de [Http://Data.Theeuropeanlibrary.Org/Bibliographicresource/2000067326983](http://data.theeuropeanlibrary.org/bibliographicresource/2000067326983)
- Fernández Méndez, R., Peas Maldonado, M. y Díaz Piedra, C. (2007). Bienestar Autopercebido Y Nivel De Autonomia De Las Personas Mayores Y Su Relacin Con El Lugar De Residencia. *Metas De Enfermera*, 10(10), 65-71. Recuperado de [Https://Dialnet.Unirioja.Es/Servlet/Extart?Codigo=2490954](https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=2490954)
- Fernández-Mayoralas Fernández, G., Rojo Pérez, F. y Pozo Rivera, E. (2002). El Entorno Residencial De Los Mayores En Madrid. *Estudios Geográficos*, 63(248-249), 619-653. Doi:10.3989/Egeogr.2002.I248-249.241

- Fernández-Mayoralas, G. y Rojo Pérez, F. (2005). *Calidad De Vida Y Salud: Planteamientos Conceptuales Y Métodos De Investigación* Universitat De Les Illes Balears.
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Martínez, Pablo Forjaz, Joao, Prieto, M. E., León-Salas, B., Frades, B., Clara. (2007). El Significado De La Salud En La Calidad De Vida De Los Mayores. *Informes Portal Mayores*, (54)
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Martínez-Martín, P., Prieto-Flores, M., Rodríguez-Blázquez, C., Martín-García, S., Forjaz, M. (2015). Active Ageing And Quality Of Life: Factors Associated With Participation In Leisure Activities Among Institutionalized Older Adults, With And Without Dementia. *Aging y Mental Health*, 19(11), 1031-1041. Doi:10.1080/13607863.2014.996734
- Finney, S. J. y di Stefano, C. (2006). Non-normal and categorical data in SEM. En G. R. Hancock y R. O. Mueller RO (Eds.), *Structural Equation Modelling: A Second Course* (pp. 269-314). Green-wich, CO: Information Age Publishing.
- Forjaz, M. J. y Rodríguez-Blázquez, C. (2015). *Salud Y Calidad De Vida De Personas Mayores Con Demencia Institucionalizadas* Escuela Nacional De Sanidad, Instituto De Salud Carlos III – Ministerio De Economía Y Competitividad;.
- Fundación Edad y Vida. (2015). *Perfil Sanitario De Personas Ingresadas En Centros Residenciales*.
- Gabriel, Z. y Bowling, A. (2004). Quality Of Life From The Perspectives Of Older People. *Ageing And Society*, 24(5), 675-691. Doi:10.1017/S0144686X03001582
- Garre-Olmo, J., Planas-Pujol, X., López-Pousa, S., Weiner, M. F., Turon-Estrada, A., Juvinyà, D., Vilalta-Franch, J. (2010). Cross-Cultural Adaptation And Psychometric Validation Of A Spanish Version Of The Quality Of Life In Late-Stage Dementia Scale. *Quality Of Life Research*, 19(3), 445-453. Doi:10.1007/S11136-010-9594-8
- Gerritsen, D. L., Steverink, N., Ooms, M. E., De Vet, Henrica C. W. y Ribbe, M. W. (2007). Measurement Of Overall Quality Of Life In Nursing Homes Through Self-Report: The

- Role Of Cognitive Impairment. *Quality Of Life Research*, 16(6), 1029-1037. Doi:10.1007/S11136-007-9203-7
- Gómez, L. E. (2011). *Evaluación De La Calidad De Vida En Servicios Sociales: Validación Y Calibración De La Escala GENCAT*. Recuperado de [https://gedos.usal.es/jspui/bitstream/10366/76489/1/DPETP\\_Gomez\\_Sanchez\\_L\\_Evaluaciondelacalidaddevida.pdf](https://gedos.usal.es/jspui/bitstream/10366/76489/1/DPETP_Gomez_Sanchez_L_Evaluaciondelacalidaddevida.pdf)
- Gomez, L. E., Verdugo M. A. y Arias, B. (2010). Calidad De Vida Individual: Avances En Su Conceptualizacion Y Retos Emergentes En El Ambito De La Discapacidad. *Behavioral Psychology/Psicologia Conductual*, 18(3), 453.
- Guevara-Peña, N. L. (2016). Impactos De La Institucionalización En La Vejez. Análisis Frente A Los Cambios Demográficos Actuales. *Entramado*, 12(1), 138-151. Doi:10.18041/Entramado.2016v12n1.23110
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L. y Black, W.C. (1999). *Análisis Multivariante*, 5º ed Prentice Hall, IBERIA, Madrid, España
- Hall, S., Opio, D., Dodd, R. H. y Higginson, I. J. (2011). Assessing Quality-Of-Life In Older People In Care Homes. *Age And Ageing*, 40(4), 507-512. Doi:10.1093/Ageing/Afr027
- Halvorsrud, L. y Kalfoss, M. (2007). The Conceptualization And Measurement Of Quality Of Life In Older Adults: A Review Of Empirical Studies Published During 1994–2006. *European Journal Of Ageing*, 4(4), 229-246. Doi:10.1007/S10433-007-0063-3
- Hambleton, P., Keeling, S. y Mckenzie, M. (2009). The Jungle Of Quality Of Life: Mapping Measures And Meanings For Elders. *Australasian Journal On Ageing*, 28(1), 3-6. Doi:10.1111/J.1741-6612.2008.00331.X
- Harper, A., Power, M. y Whoqol Group, X. (1998). *Development Of The World Health Organization WHOQOL-Bref Quality Of Life Assessment*



- Hoe, J., Hancock, G., Livingston, G. y Orrell, M. (2006). Quality Of Life Of People With Dementia In Residential Care Homes. *The British Journal Of Psychiatry*, 188(5), 460-464. Doi:10.1192/Bjp.Bp.104.007658
- Holland, R., Smith, R. D., Harvey, I., Swift, L. y Lenaghan, E. (2004). Assessing Quality Of Life In The Elderly: A Direct Comparison Of The EQ-5D And Aqol. *Health Economics*, 13(8), 793-805. Doi:10.1002/Hec.858
- Hu, L. T. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118
- Hughes, C., Hwang, B., Kim, J., Eisenman, L. T. y Killian, D. J. (1995). Quality Of Life In Applied Research: A Review And Analysis Of Empirical Measures. *American Journal On Mental Retardation*, 99(6), 623. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1301234719>
- Hung, L., Phinney, A., Chaudhury, H., Rodney, P., Tabamo, J. y Bohl, D. (2017). "Little Things Matter!" Exploring The Perspectives Of Patients With Dementia About The Hospital Environment. *International Journal Of Older People Nursing*, 12(3), E1215-N/A. Doi:10.1111/Opn.12153
- Hyde, M., Wiggins, R. D., Higgs, P. y Blane, D. B. (2003). A Measure Of Quality Of Life In Early Old Age: The Theory, Development And Properties Of A Needs Satisfaction Model (CASP-19). *Aging y Mental Health*, 7(3), 186-194. Doi:10.1080/1360786031000101157
- Ilinca, S., Rodrigues, R. y Leichsenring, K. (2015). From Care In Homes To Care At Home: European Experiences With (De)Institutionalisation In Long-Term Care. Policy Brief 12/2015. Vienna: European Centre.
- IMSERSO. (2006). *Institucionalización Y Dependencia*. Recuperado de <https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO18760/institucionalizacion.pdf>.

- Imsero. (2011). *Modelo De Calidad De Vida Aplicado A La Atención Residencial De Personas Con Necesidades Complejas De Apoyo. La Toma De Decisiones Para El Desarrollo De Su Proyecto De Vida*. Recuperado de <https://sid.usal.es/26137/8-8>
- Imsero. (2015). *Protocolos De Actuación En Los Centros Residenciales Del Imsero*. (). Recuperado de [Http://Www.Imsero.Es/Imsero\\_03/Centros/Proto/Index.Htm](Http://Www.Imsero.Es/Imsero_03/Centros/Proto/Index.Htm)
- IMSERSO. (2017). *INFORME 2016. Las Personas Mayores En España. Datos Estadísticos Estatales Y Por Comunidades Autónomas*. Recuperado de [http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/112017001\\_informe-2016-persona.pdf](http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf)
- IMSERSO. (2019). Información Estadística Del Sistema Para La Autonomía Y Atención A La Dependencia. Situación A 31 De Julio De 2019. Recuperado de [Http://Www.Imsero.Es/Imsero\\_01/Documentacion/Estadisticas/Info\\_D/Estadisticas/Est\\_Inf/Datos\\_Estadisticos\\_Saad/Index.Htm](Http://Www.Imsero.Es/Imsero_01/Documentacion/Estadisticas/Info_D/Estadisticas/Est_Inf/Datos_Estadisticos_Saad/Index.Htm)
- INE. (2011). «Censos De Población Y Vivienda 2011». Disponible Recuperado de: [Http://Www.Ine.Es/Censos2011\\_Datos/Cen11\\_Datos\\_Res\\_Col.Htm](Http://Www.Ine.Es/Censos2011_Datos/Cen11_Datos_Res_Col.Htm).
- Inforesidencias. (2015). *Informe Inforesidencias.Com Sobre Precios De Residencias Geriátricas Para Personas Mayores, 2015*. (). Recuperado de <Https://Www.Inforesidencias.Com/Contenidos/Noticias/Nacional/El-Precio-Medio-De-Una-Residencia-Geriatrica-En-Espa-A-Es-De-1829-81-Mes>
- Inforesidencias. (2017). *Informes Sobre Precios De Las Residencias Geriátricas En España*. Recuperado de <https://www.inforesidencias.com/contenidos/noticias/nacional/el-precio-medio-de-una-residencia-geriatrica-privada-en-espa-a-es-de-1777-mes>.
- Izal, M. y Fernández Ballesteros, R. (1990). Modelos Ambientales Sobre La Vejez. *Anales De Psicología*, 6(2), 181. Recuperado de <Https://Search.Proquest.Com/Docview/1303690667>
- Jenaro, C., Verdugo, M. Á, Caballo, C., Balboni, G., Lachapelle y., Otrebski, W. y Schalock, R. L. (2006). Estudio Transcultural De Las Dimensiones E Indicadores De Calidad De

Vida Centradas En La Persona: Una Replicación. *Siglo Cero. Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual*, 37(2), 37-34.

Jenaro, C., Verdugo, M. A., Caballo, C., Balboni, G., Lachapelle y., Otrebski, W. y Schalock, R. L. (2005). Cross-Cultural Study Of Person-Centred Quality Of Life Domains And Indicators: A Replication. *Journal Of Intellectual Disability Research*, 49(10), 734-739. Doi:10.1111/J.1365-2788.2005.00742.X

Joyce, C. R. B., Hickey, A., Mcgee, H. M. y O'Boyle, C. A. (2003). A Theory-Based Method For The Evaluation Of Individual Quality Of Life: The Seiqol. *Quality Of Life Research*, 12(3), 275-280. Doi:1023273117040

Kabia. (2016). *Plan Estratégico 2016- 2019 Del Organismo Autónomo Foral Kabia. Recuperado de [http://www.kabia.eus/documents/114554/591278/Kabia\\_plan\\_estrategikoa\\_2016\\_2019\\_es.pdf/4e71a113-2c29-4ac2-bc69-289c172d8d4f](http://www.kabia.eus/documents/114554/591278/Kabia_plan_estrategikoa_2016_2019_es.pdf/4e71a113-2c29-4ac2-bc69-289c172d8d4f)*

Kane, R. A. (2001). Long-Term Care And A Good Quality Of Life: Bringing Them Closer Together. *The Gerontologist*, 41(3), 293-304. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11405425>

Kane, R. A., Kling, K. C., Bershadsky, B., Kane, R. L., Giles, K., Degenholtz, H. B., Cutler, L. J. (2003a). Quality Of Life Measures For Nursing Home Residents. *The Journals Of Gerontology. Series A, Biological Sciences And Medical Sciences*, 58(3), 240-M248. Doi:10.1093/Gerona/58.3.M240

King, J. yourman, L., Ahalt, C., Eng, C., Knight, S. J., Pérez-Stable, E. J. y Smith, A. K. (2012). Quality Of Life In Late-Life Disability: "I Don't Feel Bitter Because I Am In A Wheelchair". *Journal Of The American Geriatrics Society*, 60(3), 569. Doi:10.1111/J.1532-5415.2011.03844.X

Kirchengast, S. y Haslinger, B. (2008). Gender Differences In Health-Related Quality Of Life Among Healthy Aged And Old-Aged Austrians: Cross-Sectional Analysis. *Gender Medicine*, 5(3), 270-278. Doi:10.1016/J.Genm.2008.07.001

- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3.a ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Kober, R. (2010). *Enhancing The Quality Of Life Of People With Intellectual Disabilities : From Theory To Practice* (1., St Edition. Ed.). Dordrecht: Springer. Doi:10.1007/978-90-481-9650-0 Recuperado de [https://Ebookcentral.Proquest.Com/Lib/\[SITE\\_ID\]/Detail.Action?Docid=646260](https://Ebookcentral.Proquest.Com/Lib/[SITE_ID]/Detail.Action?Docid=646260)
- Lawton, M. P. (1991). A Multidimensional View Of Quality Of Life In Frail Elders. *The Concept And Measurement Of Quality Of Life In The Frail Elderly* (Pp. 3-27) Elsevier Inc. Doi:10.1016/B978-0-12-101275-5.50005-3
- Lawton, M. P. (1994). Quality Of Life In Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 8, 13-150–150. Doi:10.1097/00002093-199424004-00015
- Layte, R., Sexton, E. y Savva, G. (2013). Quality Of Life In Older Age: Evidence From An Irish Cohort Study. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 61(S2), S29-S305. Doi:10.1111/Jgs.12198
- Lazarus y Folkman. (2017). *Lazarus And Folkman's Psychological Stress And Coping Theory* Recuperado de [https://Search.Credoreference.Com/Content/Entry/Wileystress/Lazarus\\_And\\_Folkman\\_S\\_Psychological\\_Stress\\_And\\_Coping\\_Theory/0](https://Search.Credoreference.Com/Content/Entry/Wileystress/Lazarus_And_Folkman_S_Psychological_Stress_And_Coping_Theory/0)
- Le Masson, D. (2003). Quality Of Life Project For Institutionalized Elderly Persons, What Is The Reality In Geriatric Institutions? [Le Projet De Vie De La Personne Agee Institutionnalisee, Quelle Realite En Institution Geriatrique?] *Soins.Gerontologie*, (40)(40), 28-34.
- León-Salas, B. (2014). *Calidad De Vida En Personas Con Demencia Institucionalizadas* Available From DIALNET. Recuperado de <https://Dialnet.Unirioja.Es/Servlet/Tesis?Codigo=98257yOrden=1yInfo=Link>
- León-Salas, B. (2014). *Calidad De Vida En Personas Con Demencia Institucionalizadas*. Universidad Complutense De Madrid). Recuperado de <http://Eprints.Ucm.Es/27912>

- León-Salas, B. y Martínez, P. (2010). Revisión De Instrumentos De Medición De Calidad De Vida Utilizados En Personas Con Demencia: II Instrumentos Específicos. *Medicina Clinica*, 128(2), 70-75. Doi:10.1016/S0025-7753(07)72488-0 Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775307724880>
- León-Salas, B., Ayala, A., Blaya-Nováková, V., Avila-Villanueva, M., Rodríguez-Blázquez, C., Rojo-Pérez, F., Forjaz, M. J. (2015). Quality Of Life Across Three Groups Of Older Adults Differing In Cognitive Status And Place Of Residence. *Geriatrics & Gerontology International*, 15(5), 627-635. Doi:10.1111/Ggi.12325
- León-Salas, B., Olazarán, J., Cruz-Orduña, I., Agüera-Ortiz, L., Dobato, J. L., Valentí-Soler, M., Martínez-Martín, P. (2013). Quality Of Life (Qol) In Community-Dwelling And Institutionalized Alzheimer's Disease (AD) Patients. *Archives Of Gerontology And Geriatrics*, 57(3), 257-262. Doi:10.1016/J.Archger.2013.04.013
- Leturia, F. J. (2011). Los Derechos De Las Personas Mayores. *Oñati Socio-Legal Series*, 1(8), 8. Recuperado de <https://doaj.org/article/1a78c1a4c3a74bd781a7b673c04c30c0>
- Leturia, F. J. y Yanguas, J. J. (1997). Sistema Sare De Atención Residencial Especializada. *Zerbitzuan: Gizarte Zerbitzuetarako Aldizkaria = Revista De Servicios Sociales*, (32) Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/Oaiart?codigo=2699188>
- Leturia, F. J. El Proceso De Adaptación En Centros Residenciales Para Personas Mayores. Paper Presented At The XVIII Reunión De La Sociedad Española De Geriatria Y Gerontología: *El Anciano Y El Medio Residencial*.
- Ley 39/2006 Promoción De La Autonomía Personal Y Atención A Las Personas En Situación De Dependencia; 271 (2006) Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>.
- Lima-Rodríguez, J. S., Garrido Peña, F., Pinzón-Pulido, S., Alonso Trujillo, F., Reyes Alcázar, V., Raposo Triano, M. F. y Martínez Domene, M. (2016). Factores Predictores De La Institucionalización De Personas Mayores En Situación De Dependencia En Andalucía.

- Enfermería Clínica*, 26(26), 23-30. Doi:10.1016/J.Enfcli.2015.08.003 Recuperado de <https://medes.com/publication/107089>
- Literas, L., Navarro, A. y Fontanals, M. D. (2009). Diseño Y Validación De Una Escala De Satisfacción Y Calidad De Vida Para Usuarios De Centros Residenciales Y Sociosanitarios. *Revista Española De Geriatria Y Gerontología*, 45(6), 320-325. Doi:10.1016/J.Regg.2010.04.008 Recuperado de <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-S2.0-S0211139X10001216>
- Little, T. D. (1997). *Mean and covariance structures (MACS) analyses of crosscultural data. Practical and theoretical issues. Multivariate Behavioral Research*, 32, 53-76. [http://dx.doi.org/10.1207/s15327906mbr3201\\_3](http://dx.doi.org/10.1207/s15327906mbr3201_3).
- Llobet, M. P., Ávila, N. R., Farràs Farràs, J. y Canut, M. T. L. (2011). Quality Of Life, Happiness And Satisfaction With Life Of Individuals 75 Years Old Or Older Cared For By A Home Health Care Program. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 19(3), 467-475. Doi:10.1590/S0104-11692011000300004
- Lobo, A., Paula Santos, M. y Carvalho, J. (2007). *Anciano Institucionalizado: Calidad De Vida Y Funcionalidad* Doi://Dx.Doi.Org/10.1016/S0211-139X(07)73584-9
- Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., Mccurry, S. M. y Teri, L. (2002). Assessing Quality Of Life In Older Adults With Cognitive Impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 510-519. Doi:10.1097/00006842-200205000-00016
- Lotfi y., Mehrkian, S., Moossavi, A. y Faghih-Zadeh, S. (2009). Quality Of Life Improvement In Hearing-Impaired Elderly People After Wearing A Hearing Aid. *Archives Of Iranian Medicine*, 12(4), 365. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19566353>
- Low, G. y Molzahn, A. E. (2007). Predictors Of Quality Of Life In Old Age: A Cross-Validation Study. *Research In Nursing y Health*, 30(2), 141-150. Doi:10.1002/Nur.20178
- Lucas Carrasco, R. (2007). Calidad De Vida Y Demencia. *Medicina Clínica*, 128(2), 70-75. Doi:10.1016/S0025-7753(07)72488-0

- Lucas-Carrasco, R. (2011). Calidad De Vida En Personas Con Demencia: Revisión De Escalas Específicas De Autoevaluación. *Medicina Clínica*, 138(8), 349-354. Doi:10.1016/J.Medcli.2011.04.007 Recuperado de <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-S2.0-S0025775311004994>
- Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K. y Power, M. J. (2011). Suitability Of The WHOQOL-BREF And WHOQOL-OLD For Spanish Older Adults. *Aging & Mental Health*, 15(5), 595-604. Doi:10.1080/13607863.2010.548054
- Luppa, M., Luck, T., Brähler, E., König, H. y Riedel-Heller, S. G. (2008). Prediction Of Institutionalisation In Dementia. A Systematic Review. *Dementia And Geriatric Cognitive Disorders*, 26(1), 65. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18617737>
- Malaquias Cordeiro, L., De Lima Paulino, J., Peixoto Bessa, M. E., Lira Borges, C. y Pedrosa Leite, S. F. (2015). Quality Of Life Of Frail And Institutionalized Elderly/Qualidade De Vida Do Idoso Fragilizado E Institucionalizado. *Acta Paulista De Enfermagem*, 28(4), 361. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1713517247>
- Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. y Beecham, J. (2007). *Deinstitutionalisation And Community Living – Outcomes And Costs: Report Of A European Study. Volume 2: Main Report* University Of Kent. Recuperado de <http://eprints.lse.ac.uk/3460/>
- Martínez Martín, P. y León Salas, B. (2010). «Calidad De Vida: Concepto Y Particularidades En La Demencia». : *En L. Rodríguez Mañas Y R. Petidier Torregosa: Avances En Demencia. Una Perspectiva Integral (193-220)*, Madrid: Sociedad Española De Medicina Geriátrica,
- Martínez, T. (2013). La Atención Gerontológica Centrada En La Persona; Algunas Claves Para Avanzar En Los Servicios Gerontológicos. Recuperado de <http://data.theeuropeanlibrary.org/bibliographicresource/3000146811341>

- Martínez, T. (2015) *Informes Acogerontología. Validación Española De Dos Instrumentos De Evaluación De La Atención Centrada En La Persona En Residencias Y Centros De Día Para Personas Mayores.*
- Martínez-López, I., Forjaz, M. J., Frades-Payo, B., Rodríguez-Blázquez, C., Martín-García, S., Soledad París, M. y Grupo Español De Investigación En Envejecimiento Y Calidad De Vida. (2015). Calidad De Vida Y Estado De Salud En Personas Mayores De 60 Años Con Demencia Institucionalizadas. *Revista Española De Salud Pública*, 89(89), 51-60. Recuperado de <https://medes.com/publication/95971>
- Martos Martín, A. J. (2011). *Variables Mediadoras En La Relación Entre El Deterioro Cognitivo Y La Capacidad Funcional En Personas Mayores* Granada: Universidad De Granada. Recuperado de [https://www.openaire.eu/search/publication?articleid=dedup\\_wf\\_001::E3615f2b459babf5346ea49fcf10a3cb](https://www.openaire.eu/search/publication?articleid=dedup_wf_001::E3615f2b459babf5346ea49fcf10a3cb)
- Matia Fundazioa. (2012). *Modelo De Atención Centrada En La Persona Mayor Frágil Institucionalizada.* Recuperado de [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estadisticas\\_ss/es\\_estadist/adjuntos/proyecto\\_piloto\\_instituciones\\_memoria\\_final.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/proyecto_piloto_instituciones_memoria_final.pdf)
- Medeiros De Araújo, V., De Menezes, Rejane M. P. y Alchieri, J. C. (2011). Administración Del Test WHOQOLOLD Para Evaluar La Calidad De Vida De Los Ancianos Residentes En Centros De Larga Estancia.
- Medina Tornero, M. E. y Carbonell Cutillas, María Del Carmen. (2004). Evaluación De La Calidad De Vida De Las Personas Mayores En El Municipio De Murcia. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10272/196>
- Meeberg, G. A. (1993). Quality Of Life: A Concept Analysis. *Journal Of Advanced Nursing*, 18(1), 32-38. Doi:10.1046/J.1365-2648.1993.18010032.X
- Meléndez Moral, J. C. (1998). Apoyo Social, Tercera Edad Y Autopercepción. *Gerokomos*, IX(2), 60 A 66.



- Meléndez, M., Montero, R., Jiménez, C. y Blanco, L. E. (2001). Autopercepción De Salud En Ancianos No Institucionalizados. *Atención Primaria*, 28(2), 91-96. Doi:10.1016/S0212-6567(01)78907-X
- Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad. (2014). *Estrategia De Promoción De La Salud Y Prevención En El Sistema Nacional De Salud*. ().
- Ministerio De Servicios Sociales De Gran Bretaña. (1998). *Las Residencias Son Para Vivir*  
Recuperado de [Http://Data.Theeuropeanlibrary.Org/Bibliographicresource/2000066077936](http://Data.Theeuropeanlibrary.Org/Bibliographicresource/2000066077936)
- Missotten, P., Thomas, P., Squelard, G., Di Notte, D., Fontaine, O., Paquay, L., . . . Ylieff, M. (2009). Impact Of Place Of Residence On Relationship Between Quality Of Life And Cognitive Decline In Dementia. *Alzheimer Disease And Associated Disorders*, 23(4), 395-400. Doi:10.1097/WAD.0b013e3181b4cf48
- Mjørud, M., Kirkevold, M., Røsvik, J. y Engedal, K. (2014). Principal Component Analysis Of The Norwegian Version Of The Quality Of Life In Late-Stage Dementia Scale. *Dementia And Geriatric Cognitive Disorders*, 37(5-6), 265-275. Doi:10.1159/000356497
- Molero Jurado, Mara Del Mar y Prez-Fuentes, M. D. C. (2011). Salud Y Calidad De Vida En Adultos Mayores Institucionalizados. *International Journal Of Developmental And Educational Psychology: INFAD.Revista De Psicologa*, 1(4), 249-258. Recuperado de [Https://Dialnet.Unirioja.Es/Descarga/Articulo/ 5641325.Pdf](https://dialnet.unirioja.es/Descarga/Articulo/5641325.Pdf)
- Molero, M. D. M., Pérez-Fuentes, M. D. C., Gázquez, J. J. y Mercader, I. (2015). Construcción Y Validación Inicial De Un Cuestionario Para Evaluar La Calidad De Vida En Mayores Institucionalizados. *European Journal Of Investigation In Health, Psychology And Education*, 2(2), 53. Doi:10.30552/Ejihpe.V2i2.26
- Molina Sena, C. y Meléndez Moral, J. C. (2008). Bienestar Psicosocial En Ancianos Institucionalizados Y No Institucionalizados. *Anales De Psicología*, 24(2), 312. Recuperado de [Https://Search.Proquest.Com/Docview/1288737531](https://search.proquest.com/docview/1288737531)

- Montorio I. Adaptación del anciano al centro residencial. Un análisis psicológico. Jornadas de análisis psicosocial de la adaptación del anciano al centro residencial. Madrid: INSERSO; 1992.
- Moral de la Rubia, José. (2009). Capítulo 13. Análisis factorial y su aplicación al desarrollo de escalas, en Landeros-Hernández, R. & González-Ramírez (eds.). Estadística con SPSS y metodología de la investigación, Monterrey: Trillas
- Moscoso Pérez, M., Toboso Martín, M. y Guzmán Castillo, F. (2010). Por Qué La Ley De Dependencia No Constituye Un Instrumento Para La Promoción De La Autonomía Personal. *Zerbitzuan: Gizarte Zerbitzuetarako Aldizkaria = Revista De Servicios Sociales*, (48), 43-56. Recuperado de <Http://Dialnet.Unirioja.Es/Servlet/Oaiart?Codigo=3419629>
- Muñoz Puebla, C. y Castellón Sánchez Del Pino, Alberto. (2015). Calidad De Vida Y Salud En Mayores Institucionalizados. *Agathos: Atencin Sociosanitaria Y Bienestar*, 15(2), 18-28. Recuperado de <Https://Dialnet.Unirioja.Es/Servlet/Extart?Codigo=5184443>
- Murphy, K., Cooney, A., Shea, E. O. y Casey, D. (2009). Determinants Of Quality Of Life For Older People Living With A Disability In The Community. *Journal Of Advanced Nursing*, 65(3), 606-615. Doi:10.1111/J.1365-2648.2008.04929.X
- Muthén, L. K. y Muthén, B. O. (1998-2012). *Mplus User's Guide* (7a Ed.). Los Angeles, CA: Muthén y Muthén.
- Netuveli, G. y Blane, D. (2008). Quality Of Life In Older Ages. *British Medical Bulletin*, 85(1), 113-126. Doi:10.1093/Bmb/Ldn003
- Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z., Montgomery, S. M. y Blane, D. (2006). Quality Of Life At Older Ages: Evidence From The English Longitudinal Study Of Aging (Wave 1). *Journal Of Epidemiology And Community Health*, 60(4), 357-363. Doi:10.1136/Jech.2005.040071
- Nordvik, Ø, Laugen Heggdal, P. O., Brännström, J., Vassbotn, F., Aarstad, A. K. y Aarstad, H. J. (2018). Generic Quality Of Life In Persons With Hearing Loss: A Systematic

- Literature Review. *BMC Ear, Nose, And Throat Disorders*, 18(1), 1. Doi:10.1186/S12901-018-0051-6
- Noro, A. y Aro, S. (1996). Health-Related Quality Of Life Among The Least Dependent Institutional Elderly Compared With The Non-Institutional Elderly Population. *Quality Of Life Research*, 5(3), 355-366. Doi:10.1007/BF00433920
- Nosraty, L., Jylhä, M., Raittila, T. y Lumme-Sandt, K. (2014). Perceptions By The Oldest Old Of Successful Aging, Vitality 90 + Study. *Journal Of Aging Studies*, 32, 50-58. Doi:10.1016/J.Jaging.2015.01.002
- Noviembre De, 2. *Plan Estratégico De Servicios Sociales De La Comunidad Autónoma Del País Vasco 2016-2019*
- Nunnally, J.C. (1978) *Psychometric theory. 2nd Edition, McGraw-Hill, New York.*
- O'Boyle, C. A. (1994). The Schedule For The Evaluation Of Individual Quality Of Life (Seiqol). *International Journal Of Mental Health*, 23(3), 3-23. Doi:10.1080/00207411.1994.11449285
- Observatorio Vasco De Previsión Social. (2008). *El Impacto Económico Y Social Del Envejecimiento Gobierno Vasco* ();
- OCDE. (2010). *Quality Standards For Development Evaluation*. Paris: OECD Publishing. Doi:10.1787/9789264083905-En Recuperado de [Http://Dx.Doi.Org/10.1787/9789264083905-En](http://dx.doi.org/10.1787/9789264083905-En)
- Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders-Slegers, M., Jøranson, N., Calogiuri, G. y Ihlebæk, C. (2016). Differences In Quality Of Life In Home-Dwelling Persons And Nursing Home Residents With Dementia - A Cross-Sectional Study. *BMC Geriatrics*, 16(1), 137. Doi:10.1186/S12877-016-0312-4
- O'Malley, L. y Croucher, K. (2005). Housing And Dementia Care – A Scoping Review Of The Literature. *Health & Social Care In The Community*, 13(6), 570-577. Doi:10.1111/J.1365-2524.2005.00588.X

- OMS. (2006). *Constitución De La Organización Mundial De La Salud*. Recuperado de [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf) .
- OMS. (2012). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44858/9789243564449\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44858/9789243564449_spa.pdf?sequence=1)
- ONU. (2010) Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf>
- Osborne, R. H., Hawthorne, G., Lew, E. A. y Gray, L. C. (2003). Quality Of Life Assessment In The Community-Dwelling Elderly: Validation Of The Assessment Of Quality Of Life (Aqol) Instrument And Comparison With The SF-36. *Journal Of Clinical Epidemiology*, 56(2), 138-147. Doi:10.1016/S0895-4356(02)00601-7
- Palacios, A. y Romañach, J. (2006). *El Modelo De La Diversidad: La Bioética Y Los Derechos Humanos Como Herramientas Para Alcanzar La Plena Dignidad En La Diversidad Funcional* Diversitas. Recuperado de <Http://Hdl.Handle.Net/10016/9899>
- Palacios, A. y Romañach, J. (2008). El Modelo De La Diversidad: Una Nueva Visión De La Bioética Desde La Perspectiva De Las Personas Con Diversidad Funcional (Discapacidad). *Intersticios: Revista Sociológica De Pensamiento Crítico*, 2(2), 37-47. Recuperado de <Http://Dialnet.Unirioja.Es/Servlet/Oaiart?Codigo=2883958>
- Peace, S. M. (1981). *The Quality Of Life Of The Elderly In Residential Care: A Feasibility Study Of The Development Of Survey Methods*. England: Recuperado de <Http://Catalog.Hathitrust.Org/Record/002460510>
- Pérez-Duarte, A. y Cruz, B. (2017). Gerohabitación, Cohabitación, Indeterminación: Tres Estrategias De Proyecto Para La Tercera Edad. *Revista Proyecto, Progreso, Arquitectura*, (16), 74. Doi:10.12785/Ppa2017.I16.05 Recuperado de <Https://Search.Proquest.Com/Docview/1918797585>
- Plan Estratégico de servicios sociales de la Comunidad Autónoma Del Gobierno Vasco 2016-2019 (2015) Recuperado de <http://www.euskadi.eus/contenidos/>

informacion/planes\_ss/es\_planes/adjuntos/Plan%20estrat%C3%A9gico%20aprobado.pdf

- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2001). Gender Differences In Self-Concept And Psychological Well-Being In Old Age: A Meta-Analysis. *The Journals Of Gerontology. Series B, Psychological Sciences And Social Sciences*, 56(4), P19-P213. Doi:10.1093/Geronb/56.4.P195
- Pinto, S., Fumincelli, L., Mazzo, A., Caldeira, S. y Martins, J. C. (2017). Comfort, Well-Being And Quality Of Life: Discussion Of The Differences And Similarities Among The Concepts. *Porto Biomedical Journal*, 2(1), 6-12. Doi:10.1016/J.Pbj.2016.11.003
- Power, M. J. y Green, A. M. (2010). Development Of The WHOQOL Disabilities Module. *Quality Of Life Research*, 19(4), 571-584. Doi:10.1007/S11136-010-9616-6
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S. y WHOQOL-Old Group. (2005). Development Of The WHOQOL-Old Module. *Quality Of Life Research*, 14(10), 2197-2214. Doi:10.1007/S11136-005-7380-9
- Prieto-Flores, M., Fernandez-Mayoralas, G., Rosenberg, M. W. y Rojo-Perez, F. (2010). Identifying Connections Between The Subjective Experience Of Health And Quality Of Life In Old Age. *Qualitative Health Research*, 20(11), 1491-1499. Doi:10.1177/1049732310374062
- Puig Llobet, M., Rodríguez Ávila, N., Farràs I Farràs, J. y Lluch Canut, M. T. (2011). Calidad De Vida, Felicidad Y Satisfacción Con La Vida En Personas Ancianas De 75 Años Atendidas En Un Programa De Atención Domiciliaria. Doi:10.1590/S0104-11692011000300004
- Puts, M. T. E., Shekary, N., Widdershoven, G., Heldens, J., Lips, P. y Deeg, D. J. H. (2007). What Does Quality Of Life Mean To Older Frail And Non-Frail Community-Dwelling Adults In The Netherlands? *Quality Of Life Research*, 16(2), 263-277. Doi:10.1007/S11136-006-9121-0

- Pynoos, J. y Regnier, V. (1991). Improving Residential Environments For Frail Elderly: Bridging The Gap Between Theory And Application. *The Concept And Measurement Of Quality Of Life In The Frail Elderly* (Pp. 91-119) Elsevier Inc. Doi:10.1016/B978-0-12-101275-5.50009-0
- Quality Of Life In Residential Care : A Review Of Measures Of Quality Of Life And Quality Of Environment In Residential Institutions For Elderly People.
- Raggi, A., Corso, B., Minicuci, N., Quintas, R., Sattin, D., De Torres, L., . . . Leonardi, M. (2016). Determinants Of Quality Of Life In Ageing Populations: Results From A Cross-Sectional Study In Finland, Poland And Spain. *Plos One*, 11(7), E0159293. Doi:10.1371/Journal.Pone.0159293
- Rai, S. G., Kellanda, P. y Wientjes, H. J. (1995). Quality Of Life Cards — A Novel Way To Measure Quality Of Life In The Elderly. *Archives Of Gerontology And Geriatrics*, 21(3), 285-289. Doi:10.1016/0167-4943(95)00665-8
- Resolución De 2 De Diciembre De 2008, Sobre Criterios Comunes De Acreditación Para Garantizar La Calidad De Los Centros Y Servicios Del SAAD, Secretaría de Estado de política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad (2008).
- Riesner, C. y Müller-Hergl, C. (2014). *Dementia Care Mapping (DCM)* (1. Auflage Ed.). Bern: Verlag Hans Huber. Recuperado de [Http://Deposit.D-Nb.De/Cgi-Bin/Dokserv?Id=4565309yProv=MyDok\\_Var=1yDok\\_Ext=Htm](http://Deposit.D-Nb.De/Cgi-Bin/Dokserv?Id=4565309yProv=MyDok_Var=1yDok_Ext=Htm)
- Rijnaard, M. D., Van Hoof, J., Janssen, B. M., Verbeek, H., Pocornie, W., Eijkelenboom, A., Wouters, E. J. M. (2016). The Factors Influencing The Sense Of Home In Nursing Homes: A Systematic Review From The Perspective Of Residents. *Journal Of Aging Research*, 2016, 1-16. Doi:10.1155/2016/6143645
- Rockwood, K., Mitnitski, A., Song, X., Steen, B. y Skoog, I. (2006). Long-Term Risks Of Death And Institutionalization Of Elderly People In Relation To Deficit Accumulation At Age 70. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 54(6), 975-979. Doi:10.1111/J.1532-5415.2006.00738.X

- Rodríguez Blázquez, C., Martín García, S., Frades Payo, B., París, M. S., Martínez López, I. y Forjaz, M. J. (2015). Calidad De Vida Y Estado De Salud En Personas Mayores De 60 Años Con Demencia Institucionalizadas. *Revista Española De Salud Pública*, 89(1), 51-60. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/Descarga/Articulo/5614356.pdf>
- Rodríguez De Santiago, José María. (2012). *Derechos Fundamentales En La Residencia De Mayores*. *Revista Española De Derecho Constitucional*, Núm 094 CEPC - Centro De Estudios Políticos Y Constitucionales.
- Rodríguez Díaz, M. T., Cruz-Quintana, F. y Pérez-Marfil, M. N. (2014). Dependencia Funcional Y Bienestar En Personas Mayores Institucionalizadas. *Index De Enfermería*, 23(1-2), 36-40. Recuperado de <https://doaj.org/article/7f135c56fad04f8b9d8d4222edba2178>
- Rodríguez-Artalejo, F. (2011). Envejecer Satisfactoriamente. *Revista Española De Geriatría Y Gerontología*, 46(46), 1-2. Recuperado de <https://medes.com/publication/64378>
- Rojo Perez, F., Fernandez-Mayoralas, G., Pozo Rivera, E. y Rojo Abuin, J. M. (2001). Ageing In Place: Predictors Of The Residential Satisfaction Of Elderly. *Social Indicators Research*, 54(2), 173-208. Doi:1010852607362
- Rojo Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Rodríguez Rodríguez, V., Prieto Flores, M. E., Ahmed Mohamed, K., Forjaz, M. J., . . . Rojo Abuín, J. M. (2011). *Calidad De Vida Y Envejecimiento: La Visión De Los Mayores Sobre Sus Condiciones De Vida* Fundación BBVA. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10261/76540>
- Rojo-Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Rodríguez-Rodríguez, V. y Rojo-Abuín, J. (2007). The Environments Of Ageing In The Context Of The Global Quality Of Life Among Older People Living In Family Housing. *Quality Of Life In Old Age* (Pp. 123-150). Dordrecht: Springer Netherlands. Doi:10.1007/978-1-4020-5682-6\_8
- Ruggeri, M., Nose, M., Bonetto, C., Cristofalo, D., Lasalvia, A., Salvi, G., Malchiodi, F. (2005). Changes And Predictors Of Change In Objective And Subjective Quality Of

- Life: Multiwave Follow-Up Study In Community Psychiatric Practice. *The British Journal Of Psychiatry*, 187(2), 121. Doi:10.1192/Bjp.187.2.121
- Ryff, C. D. y Keyes, C. L. M. (1995). The Structure Of Psychological Well-Being Revisited. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 69(4), 719-727. Doi:10.1037/0022-3514.69.4.719
- Satorres Pons, E. (2013). *Bienestar Psicológico En La Vejez Y Su Relación Con La Capacidad Funcional Y La Satisfacción Vital*. Recuperado de [Http://Hdl.Handle.Net/10550/26298](http://hdl.handle.net/10550/26298)
- Schalock, R. L. (2000). Three Decades Of Quality Of Life. *Focus On Autism And Other Developmental Disabilities*, 15(2), 116-127. Doi:10.1177/108835760001500207
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2002). *Handbook On Quality Of Life For Human Service Practitioners*. Washington, DC: AAMR, American Association On Mental Retardation.
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2003). *Handbook On Quality Of Life For Human Service Practitioners*. Washington, DC: AAMR, American Association On Mental Retardation.
- Schalock, R. y Verdugo, M.A. (2007): “El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual”. Siglo Cero
- Schalock, R. y Verdugo, M.A. (2008). “Quality of life conceptual and measurement frameworks: from concept to application in the field of intellectual disabilities”
- Schalock, R. L., Gardner, J. F. y Bradley, V. J. (2006). *Calidad De Vida Para Personas Con Discapacidad Intelectual Y Otras Discapacidades Del Desarrollo. Aplicaciones Para Personas, Organizaciones, Comunidades Y Sistemas. Serie: Feaps FEAPS*; [Http://Hdl.Handle.Net/11181/3362](http://hdl.handle.net/11181/3362).
- Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Jenaro, C., Wang, M., Wehmeyer, M., Jiancheng, X. y Lachapelle y. (2005). Cross-Cultural Study Of Quality Of Life Indicators. *American Journal Of Mental Retardation: AJMR*, 110(4), 298. Doi:CSOQOL]2.0.CO;2



- Schermelleh-Engel, K. y Moosbrugger, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23-74.
- Schölzel-Dorenbos, C. J. M. (2011). *Quality Of Life In Dementia: From Concept To Practice* Recuperado de <https://www.narcis.nl/publication/Recordid/Oai:Repository.Ubn.Ru.Nl:2066%2F83267>
- Schüssler, S. y Lohrmann, C. (2015). Change In Care Dependency And Nursing Care Problems In Nursing Home Residents With And Without Dementia: A 2-Year Panel Study. *Plos One*, 10(10) Doi:10.1371/Journal.Pone.0141653
- Scocco, P. y Nassuato, M. (2017). The Role Of Social Relationships Among Elderly Community-Dwelling And Nursing-Home Residents: Findings From A Quality Of Life Study. *Psychogeriatrics*, 17(4), 231-237. Doi:10.1111/Psyg.12219
- Séculi, E., Fusté, J., Brugulat, P., Juncà, S., Rué, M. y Guillén, M. (2001). Percepción Del Estado De Salud En Varones Y Mujeres En Las Últimas Etapas De La Vida. *Gaceta Sanitaria*, 15(3), 217-223. Doi:10.1016/S0213-9111(01)71550-6
- Shaw, C. y Wagg, A. (2016). Urinary Incontinence In Older Adults. *Medicine*, 45(1), 23-27. Doi:10.1016/J.Mpmed.2016.10.001
- Sheila Peace, Hans-Werner Wahl, Heidrun Mollenkopf y Frank Oswald. (2011). Environment And Ageing. *Adult Lives* (1st Ed., Pp. 131) Policy Press. Doi:10.2307/J.Ct1t895q0.19 Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/10.2307/J.Ct1t895q0.19>
- Sim, J., Bartlam, B. y Bernard, M. (2011). The CASP-19 As A Measure Of Quality Of Life In Old Age: Evaluation Of Its Use In A Retirement Community. *Quality Of Life Research*, 20(7), 997-1004. Doi:10.1007/S11136-010-9835-X
- Simon, A. (2014). Subjective Quality Of Care In Nursing Homes Following The Group-Living Principle: A Pilot Study To Measure And Validate Relative Satisfaction. *Gesundheitswesen (Bundesverband Der Arzte Des Öffentlichen Gesundheitsdienstes)*

- (Germany)), 76(6), 344. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23913397>
- Simon, A., Berwig, M. y Heinrich, S. (2013). Quality Of Life In Nursing Homes Following The Group-Living Principle. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 46(6), 556-562. Doi:10.1007/S00391-012-0471-7
- Sováriová, M. (2016). Determinants Of Quality Of Life In Elderly. *Central European Journal Of Nursing And Midwifery*, 7(3), 484-493. Doi:10.15452/CEJNM.2016.07.0019
- Stefani, D. y Feldberg, C. (2006). Estrés Y Estilos De Afrontamiento En La Vejez: Un Estudio Comparativo En Senescentes Argentinos Institucionalizados Y No Institucionalizados. *Anales De Psicología*, 22(2)
- Subaşı, F. y Hayran, O. (2005). Evaluation Of Life Satisfaction Index Of The Elderly People Living In Nursing Homes. *Archives Of Gerontology And Geriatrics*, 41(1), 23-29. Doi:10.1016/J.Archger.2004.10.005
- Tabachnick, G. G. y Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (6a Edition). Boston: Allyn and Bacon.
- The EQ-5D and the EuroQol Group, Lloyd, Andrew Pickard, A. Simon et al., Value in Health, Volume 22, Issue 1, 21 - 22
- Teri, L. y Logsdon, R. G. (1991). Identifying Pleasant Activities For Alzheimer's Disease Patients: The Pleasant Events Schedule-AD. *The Gerontologist*, 31(1), 124-127. Doi:10.1093/Geront/31.1.124
- Ware y Sherbourne, (1992) The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection (1992). *Medical Care*, Vol. 30, No. 6, pp. 473-483
- Tsakiropoulou, E., Konstantinidis, I., Vital, I., Konstantinidou, S. y Kotsani, A. (2007). Hearing Aids: Quality Of Life And Socio-Economic Aspects. *Hippokratia*, 11(4), 183-186. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19582191>

- United Nations. (2009). *Population Ageing And Development 2009*. New York: United Nations. Recuperado de <https://www.un.org/en/development/desa/publications/world-population-ageing-2009.html>
- Urrutia, A. I., Grasso, L. T. P. y Guzmán, E. R. (2009). Construcción Y Validación De Un Instrumento Multivariable Para La Evaluación De Calidad De Vida En Ancianos.
- Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Revisión Teórica Y Mesura Del Concepto Calidad De Vida. *Terapia Psicológica*, 30, 61-71.
- Urzúa, A. y Navarrete, M. (2013). Calidad De Vida En Adultos Mayores: Análisis Factoriales De Las Versiones Abreviadas Del Whoqol-Old En Población Chilena. *Revista Médica De Chile*, 141(1), 28-33. Doi:10.4067/S0034-98872013000100004
- Valenzuela, J. (2010). *Calidad De Vida En Personas Con Demencia Institucionalizadas*. UNMSM Facultad De Letras Y Ciencias Humanas). *Letras*, 81(116), 222. Recuperado de [Http://Search.Proquest.Com/Docview/900673809](http://Search.Proquest.Com/Docview/900673809)
- Vallejos, G., Guzmán Rojas, R., Valdevenito, J. P., Fasce, G., Castro, D., Naser, M. y Manríquez, V. (2019). Incontinencia Urinaria En El Adulto Mayor. *Revista Chilena De Obstetricia Y Ginecología*, 84(2), 158-165. Doi:10.4067/S0717-75262019000200158
- Van der Steen J.T., van Campen C., Bosboom P.R., Gerritsen D.L., Kleemans A.H., Schrijver T.L., Jonker C. (2001). *Quality of life and dementia. Ii. Selection of a measurement instrument for wellbeing appropriate for the reference model*. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie* 32(6): 259-264
- Van Hecke, N., Claes, C., Vanderplasschen, W., De Maeyer, J., De Witte, N. y Vandevelde, S. (2018). Conceptualisation And Measurement Of Quality Of Life Based On Schallock And Verdugo's Model: A Cross-Disciplinary Review Of The Literature. *Social Indicators Research*, 137(1), 335-351. Doi:10.1007/S11205-017-1596-2
- Van Leeuwen, K. M., Van Loon, M. S., Van Nes, F. A., Bosmans, J. E., De Vet, Henrica C W, Ket, J. C. F., . . . Ostelo, Raymond W J G. (2019). What Does Quality Of Life Mean To

- Older Adults? A Thematic Synthesis. *Plos One*, 14(3), E0213263. Doi:10.1371/Journal.Pone.0213263
- Van Malderen, L., De Vriendt, P., Mets, T. y Gorus, E. (2016). Active Ageing Within The Nursing Home: A Study In Flanders, Belgium. *European Journal Of Ageing*, 13(3), 219-230. Doi:10.1007/S10433-016-0374-3
- Vargas Marcos, F. y Gallego Pulgarín, I. (2005). Calidad Ambiental Interior: Bienestar, Confort Y Salud. *Revista Española De Salud Pública*, 79(2), 243-251. Recuperado de <Http://Dialnet.Unirioja.Es/Servlet/Oaiart?Codigo=1153914>
- Velarde-Jurado, Elizabeth, & Avila-Figueroa, Carlos. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44(4), 349-361. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342002000400009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400009&lng=es&tlng=es).
- Verdugo, M.A, Arias, B., Gómez, L. y Shalock. R. L. (2008). *Escala GENCAT* Recuperado de <Http://Data.Theeuropeanlibrary.Org/Bibliographicresource/3000146479552>
- Verdugo, M. Á, Gómez, L. y Arias, B. (2009). *Evaluación De La Calidad De Vida En Personas Mayores: La Escala FUMAT* Recuperado de <Http://Data.Theeuropeanlibrary.Org/Bibliographicresource/3000146631219>
- Verdugo, M. A. y Shalock, R. L. (2001). Cuestionario Transcultural De Indicadores De Calidad De Vida.
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Keith, K. D. y Stancliffe, R. J. (2005). Quality Of Life And Its Measurement: Important Principles And Guidelines. *Journal Of Intellectual Disability Research*, 49(10), 707-717. Doi:10.1111/J.1365-2788.2005.00739.X
- Villagrasa Ferrer, J. R., García Marín, N., Cruz Jentoft, A. J., Abanades Herranz, J. C., Azpiazu Garrido, M. y Alvear Valero De Bernabé, F. (2002). Factores Asociados Al Mal Estado De Salud Percibido O Mala Calidad De Vida En Personas Mayores De 65 Años. *Revista Española De Salud Pública*, 76(6), 683-700. Recuperado de <Http://Dialnet.Unirioja.Es/Servlet/Oaiart?Codigo=1710842>

- Vitorino, L. M., Paskulin, L. M. G. y Viana, L. A. C. (2012). Quality Of Life Among Older Adults Resident In Long-Stay Care Facilities. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 20(6), 1186-1195. Doi:10.1590/S0104-11692012000600022
- Vitorino, L. M., Paskulin, L. M. G. y Vianna, L. A. C. (2013). Quality Of Life Of Seniors Living In The Community And In Long Term Care Facilities: A Comparative Study. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 21 Spec No(Spe), 3-11. Doi:10.1590/S0104-11692013000700002
- Vogel, A., Mortensen, E. L., Hasselbalch, S. G., Andersen, B. B. y Waldemar, G. (2006). Patient Versus Informant Reported Quality Of Life In The Earliest Phases Of Alzheimer's Disease. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 21(12), 1132-1138. Doi:10.1002/Gps.1619
- Wahl, H. y Weisman, G. D. (2003). Environmental Gerontology At The Beginning Of The New Millennium: Reflections On Its Historical, Empirical, And Theoretical Development. *The Gerontologist*, 43(5), 616-627. Doi:10.1093/Geront/43.5.616
- Wang, J. y Wang, X. (2012). *Structural Equation Modeling. Applications Using Mplus*. West Sussex, UK: Wiley.
- Ward, P. (1980). *Quality Of Life In Residential Care*. England: Recuperado de [Http://Catalog.Hathitrust.Org/Record/000149802](http://Catalog.Hathitrust.Org/Record/000149802)
- Weiner, M. F., Martin-Cook, K., Svetlik, D. A., Saine, K., Foster, B. y Fontaine, C. S. (2000). The Quality Of Life In Late-Stage Dementia (QUALID) Scale. *Journal Of The American Medical Directors Association*, 1(3), 114. Recuperado de [Https://www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pubmed/12818023](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12818023)
- Weisscher, N., De Haan, R. J. y Vermeulen, M. (2007). The Impact Of Disease-Related Impairments On Disability And Health-Related Quality Of Life: A Systematic Review. *BMC Medical Research Methodology*, 7(1), 24. Doi:10.1186/1471-2288-7-24
- Wells, L. M. y Singer, C. (1988). Quality Of Life In Institutions For The Elderly: Maximizing Well-Being. *The Gerontologist*, 28(2), 266-269.

- Wettergren, L., Kettis-Lindblad, A., Sprangers, M. y Ring, L. (2009). The Use, Feasibility And Psychometric Properties Of An Individualised Quality-Of-Life Instrument: A Systematic Review Of The Seiqol-DW. *Quality Of Life Research : An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation*, 18(6), 737. Recuperado de <Http://Kipublications.Ki.Se/Default.Aspx?Queryparsed=Id:119025998>
- WHO Quality Of Life Assessment Group. (1996). *Que Calidad De Vida? / Grupo De La OMS Sobre La Calidad De Vida*
- Winningham, R. G. y Pike, N. L. (2007). A Cognitive Intervention To Enhance Institutionalized Older Adults' Social Support Networks And Decrease Loneliness. *Aging & Mental Health*, 11(6), 716-721. Doi:10.1080/13607860701366228
- Woods, B., Thorgrimsen, L., Spector, A., Royan, L. y Orrell, M. (2006). Improved Quality Of Life And Cognitive Stimulation Therapy In Dementia. *Aging & Mental Health*, 10(3), 219-226. Doi:10.1080/13607860500431652
- World Health Organization. Division Of Mental Health And Prevention Of Substance Abuse. (1995). *Field Trial WHOQOL-100 February 1995: The 100 Questions With Esponse Scales* Geneva: World Health Organization.
- The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. (1995): *Soc Sci Med*. 1995 Nov;41(10):1403-9. DOI: 10.1016/0277-9536(95)00112-k
- World Health Organization. Division of Mental Health. (1996). WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996. World Health Organization. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>
- Yanguas, J. J. (2003). Análisis De La Calidad De Vida Relacionada Con La Salud En La Vejez Desde Una Perspectiva Multidimensional. Recuperado de <Http://Hdl.Handle.Net/10486/13368>

- Zalakain, J. (2017). Atención A La Dependencia En Europa: Modelos, Tendencias Y Retos. *Derechos Social Y Empresa*, 8, 1-21.
- Zamarrón Cassinello, M. D. y Fernández Ballesteros, R. (2000). Satisfacción Con La Vida En Personas Mayores Que Viven En Sus Domicilios Y En Residencias. *Revista Española De Geriatría Y Gerontología: Organo Oficial De La Sociedad Española De Geriatría Y Gerontología*, ISSN 0211-139X, ISSN-E 1578-1747, 35(Extra 2 (Suplemento)), 17-29.
- Zapico-Goñi. (2010). Gestión Y Análisis De Políticas Públicas ISSN: 1134-6035 Revistagapp@Inap.Map.Es Instituto Nacional De Administración Pública España. *GAAP. Revista Gestión Y Análisis De Políticas Públicas. Instituto Nacional De Administración Pública Madrid*, 101-133.
- Zarit S, Whitlatch CJ. *Institutional placement: phases of the transition. Gerontologist* 1992;32(5):665-72.
- Zimmerman, S., Sloane, P. D., Williams, C. S. y Reed, P. S. (2005). Dementia Care And Quality Of Life In Assisted Living And Nursing Homes. *The Gerontologist*, 45(1), 133-146. Doi:10.1093/Geront/45.Suppl\_1.133
- Zubritsky, C., Abbott, K. M., Hirschman, K. B., Bowles, K. H., Foust, J. B. y Naylor, M. D. (2013). Health-Related Quality Of Life: Expanding A Conceptual Framework To Include Older Adults Who Receive Long-Term Services And Supports. *The Gerontologist*, 53(2), 205-210. Doi:10.1093/Geront/Gns093





## Anexos

**Anexo 1: Características sociodemográficas de la población y la muestra de estudio**

Tabla 134: Distribución porcentual de la muestra total y por centros atendiendo al grado de dependencia.

<b>GRADO DEPENDENCIA</b>	<b>PAÍS VASCO</b>	<b>% MUESTRA TOTAL</b>	<b>CENTRO 1</b>	<b>CENTRO 2</b>	<b>CENTRO 3</b>	<b>CENTRO 4</b>
sin valorar o autónomos	1%	2%	3%	2%	0%	0%
grado 1	13%	18%	16%	24%	16%	26%
grado 2	39%	31%	32%	31%	28%	43%
grado 3	47%	50%	49%	43%	57%	31%
Total general	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 135: Distribución porcentual de la muestra total y por centros, atendiendo al género de los residentes.

<b>GÉNERO</b>	<b>PAÍS VASCO</b>	<b>% MUESTRA TOTAL</b>	<b>CENTRO 1</b>	<b>CENTRO 2</b>	<b>CENTRO 3</b>	<b>CENTRO 4</b>
Hombre	30%	28%	28%	21%	34%	29%
Mujer	70%	72%	72%	79%	66%	71%
Total población	100%		100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 136: Distribución porcentual de la muestra total y por centros, atendiendo al grupo de edad.

<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>PAÍS VASCO</b>	<b>% MUESTRA TOTAL</b>	<b>CENTRO 1</b>	<b>CENTRO 2</b>	<b>CENTRO 3</b>	<b>CENTRO 4</b>
+100	0%	1%	1%	2%	1%	2%
+90 y -100	25%	32%	27%	38%	37%	19%
+85 y -90	27%	29%	30%	29%	25%	23%
+75 y -85	33%	28%	28%	26%	28%	45%
-75	15%	10%	13%	5%	9%	11%
Total general	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 137: Distribución de la población de los centros por grupos de edad en función del género.

<b>GÉNERO</b>	<b>GRUPO_EDAD</b>	<b>Total</b>
HOMBRE	+90	19%
	+85 y -90	27%
	+75 y -85	32%
	-75	22%
MUJER	+100	2%
	+90	38%
	+85 y -90	30%
	+75 y -85	24%
	-75	7%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 138: Distribución de la población de los centros por grado de dependencia física en función del género.

<b>GÉNERO</b>	<b>DF</b>	<b>Total</b>
HOMBRE	GRAVE	26%
	MODERADA	25%
	LEVE	38%
	NO DEP	11%
MUJER	GRAVE	51%
	MODERADA	24%
	LEVE	18%
	NO DEP	7%

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Dependencia Física

Tabla 139: Distribución de la población de los centros por grado de deterioro cognitivo en función del género.

<b>GÉNERO</b>	<b>DC</b>	<b>Total</b>
HOMBRE	TOTAL	10%
	GRAVE	23%
	MODERADA	23%
	LEVE	30%
	NO DEP	14%
MUJER	PSICOGERIÁTRICO	19%
	GRAVE	43%
	MODERADA	13%
	LEVE	20%
	NO DEP	5%

Fuente: Elaboración propia.

Nota: DF: DC: Deterioro Cognitivo; TINGRE: Tiempo de ingreso;

Tabla 140 Estadísticos descriptivos de la población en función de las variables de estratificación.

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
DF	158	0	4	2,62	1,10
DC	160	2	3	2,94	0,23
TINGRE	158	0	10	3,09	2,79
EDAD	158	75	101	92,04	7,40

Fuente: Elaboración propia

Nota: DF: Dependencia física, DC: Deterioro Cognitivo; TINGRE: Tiempo de ingreso;

Tabla 141: Distribución de la población de los centros por grado de dependencia física en función del grupo de edad.

<b>GRUPO_EDAD</b>	<b>GÉNERO</b>	<b>DF</b>	<b>Total</b>
+90	HOMBRE	GRAVE	29%
		MODERADA	7%
		LEVE	50%
		NO DEP	14%
+90	MUJER	GRAVE	54%
		MODERADA	18%
		LEVE	24%
		NO DEP	4%
+85 y -90	HOMBRE	GRAVE	30%
		MODERADA	25%
		LEVE	30%
		NO DEP	15%
+85 y -90	MUJER	GRAVE	55%
		MODERADA	27%
		LEVE	9%
		NO DEP	9%
+75 y -85	HOMBRE	GRAVE	26%
		MODERADA	30%
		LEVE	35%
		NO DEP	9%
+75 y -85	MUJER	GRAVE	46%
		MODERADA	28%
		LEVE	20%
		NO DEP	7%
-75	HOMBRE	GRAVE	19%
		MODERADA	31%
		LEVE	44%
		NO DEP	6%
-75	MUJER	GRAVE	46%
		MODERADA	23%
		LEVE	23%
		NO DEP	8%

Fuente: Elaboración propia.

Nota: DF: Dependencia física

Tabla 142: Distribución de la población de los centros por edades, en función del género y del grado de dependencia psíquica.

GRUPO_EDAD	GÉNERO	DC	Total
+90	HOMBRE	GRAVE	29%
		MODERADA	29%
		LEVE	29%
		NO DEP	14%
+90	MUJER	PSICOGERIÁTRICO	20%
		GRAVE	44%
		MODERADA	11%
		LEVE	21%
+85 y -90	HOMBRE	NO DEP	4%
		PSICOGERIÁTRICO	25%
		GRAVE	20%
		MODERADA	15%
+85 y -90	MUJER	LEVE	30%
		NO DEP	10%
		PSICOGERIÁTRICO	21%
		GRAVE	55%
+75 y -85	HOMBRE	MODERADA	7%
		LEVE	13%
		NO DEP	4%
		PSICOGERIÁTRICO	4%
+75 y -85	MUJER	GRAVE	30%
		MODERADA	30%
		LEVE	22%
		NO DEP	13%
+75 y -85	MUJER	PSICOGERIÁTRICO	15%
		GRAVE	33%
		MODERADA	24%
		LEVE	22%
-75	HOMBRE	NO DEP	7%
		PSICOGERIÁTRICO	6%
		GRAVE	13%
		MODERADA	19%
-75	MUJER	LEVE	29%
		NO DEP	29%
		PSICOGERIÁTRICO	29%
		GRAVE	14%
-75	MUJER	MODERADA	20%
		LEVE	44%
		NO DEP	11%
		PSICOGERIÁTRICO	29%

Fuente: Elaboración propia.

Nota: DC: Deterioro Cognitivo

Tabla 143. Medias y desviaciones típicas en las dimensiones reducidas, en función del efecto de la interacción (sexo y tipo de residencia)

	SEXO	UBIC	M	DT	N	
BE	Hombre	No urbano	2,89	1,00	28	
		Urbano	2,78	0,78	39	
		Total	2,83	0,87	67	
	Mujer	No urbano	2,60	0,87	77	
		Urbano	2,51	0,81	46	
		Total	2,56	0,85	123	
	Total	No urbano	2,67	0,91	105	
		Urbano	2,63	0,80	85	
		Total	2,66	0,86	190	
	RI	Hombre	No urbano	2,95	1,06	28
			Urbano	3,04	0,75	39
			Total	3,01	0,88	67
Mujer		No urbano	2,97	0,80	77	
		Urbano	3,36	0,59	46	
		Total	3,11	0,75	123	
Total		No urbano	2,96	0,88	105	
		Urbano	3,21	0,68	85	
		Total	3,07	0,80	190	
BM		Hombre	No urbano	3,51	0,51	28
			Urbano	3,69	0,39	39
			Total	3,62	0,45	67
	Mujer	No urbano	3,52	0,63	77	
		Urbano	3,70	0,49	46	
		Total	3,59	0,58	123	
	Total	No urbano	3,51	0,60	105	
		Urbano	3,70	0,44	85	
		Total	3,60	0,54	190	
	DP	Hombre	No urbano	3,12	0,87	28
			Urbano	3,27	0,68	39
			Total	3,21	0,76	67
Mujer		No urbano	3,03	0,82	77	
		Urbano	3,25	0,61	46	
		Total	3,11	0,75	123	
Total		No urbano	3,05	0,83	105	
		Urbano	3,26	0,64	85	
		Total	3,14	0,76	190	
BF		Hombre	No urbano	2,96	0,90	28
			Urbano	3,29	0,68	39
			Total	3,15	0,79	67
	Mujer	No urbano	2,74	0,88	77	
		Urbano	2,91	0,84	46	
		Total	2,80	0,86	123	
	Total	No urbano	2,80	0,89	105	
		Urbano	3,08	0,79	85	
		Total	2,92	0,85	190	

<b>SEXO</b>	<b>UBIC</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>N</b>		
<b>AU</b>	<b>Hombre</b>	<b>No urbano</b>	2,67	1,03	28	
		<b>Urbano</b>	2,86	0,71	39	
		<b>Total</b>	2,78	0,86	67	
	<b>Mujer</b>	<b>No urbano</b>	2,40	0,85	77	
		<b>Urbano</b>	2,71	0,89	46	
		<b>Total</b>	2,52	0,87	123	
	<b>Total</b>	<b>No urbano</b>	2,47	0,90	105	
		<b>Urbano</b>	2,78	0,81	85	
		<b>Total</b>	2,61	0,88	190	
	<b>IS</b>	<b>Hombre</b>	<b>No urbano</b>	3,05	0,83	28
			<b>Urbano</b>	3,15	0,71	39
			<b>Total</b>	3,11	0,76	67
<b>Mujer</b>		<b>No urbano</b>	2,92	0,75	77	
		<b>Urbano</b>	3,20	0,67	46	
		<b>Total</b>	3,02	0,73	123	
<b>Total</b>		<b>No urbano</b>	2,95	0,77	105	
		<b>Urbano</b>	3,18	0,68	85	
		<b>Total</b>	3,05	0,74	190	
<b>DE</b>		<b>Hombre</b>	<b>No urbano</b>	3,43	0,81	28
			<b>Urbano</b>	3,31	0,80	39
			<b>Total</b>	3,36	0,80	67
	<b>Mujer</b>	<b>No urbano</b>	3,32	0,72	77	
		<b>Urbano</b>	3,19	0,90	46	
		<b>Total</b>	3,27	0,79	123	
	<b>Total</b>	<b>No urbano</b>	3,35	0,74	105	
		<b>Urbano</b>	3,24	0,85	85	
		<b>Total</b>	3,30	0,79	190	

Fuente: Elaboración propia

Nota: M: Media, DT: Desviación Típica; N: Número de elementos de la muestra en esa categoría, BE: Bienestar emocional; RI: Relaciones interpersonales; BM: Bienestar material; DP: Desarrollo personal; BF: Bienestar físico; AU: Autodeterminación; IS: Interacciones sociales; DE: Derechos