

ARTÍCULOS

Evaluación en la vejez: algunos instrumentos

Assessment in old age: some instruments

ROCÍO FERNÁNDEZ-BALLESTEROS Y MARÍA DOLORES ZAMARRÓN*

RESUMEN

En este artículo se parte de una serie de consideraciones generales de la evaluación psicológica en personas mayores, del modelo que ha sustentado esta labor evaluativa para finalmente realizar una descripción de varios instrumentos elaborados o adaptados en el laboratorio de Gerontología de la Universidad Autónoma de Madrid, relativos a una serie de áreas. Funcionamiento intelectual (SPMSQ, Pfeiffer, 1975): en el que se presentan los resultados obtenidos con la adaptación española en una muestra de 1014 sujetos mayores de 65 años. Así como también se compara la dificultad de los ítems en dicho estudio y en el que realizó Pfeiffer en 1975. Afectividad (PGCMS, Lawton, 1972): Aparecen los resultados obtenidos sobre la fiabilidad y validez del instrumento, con la adaptación española del cuestionario aplicado a distintas muestras. Ambiente (SERA, Fernández-Ballesteros, 1995): Información sobre el Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos, es una adaptación del MEAP (Multiphasic Environmental Assessment Procedure, Moos y Lenke, 1979). Y finalmente, calidad de vida (CUBRECA-VI, Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1996), presentando el instrumento multidimensional, producto de una serie de investigaciones llevadas a cabo desde el laboratorio de Gerontología de la Universidad Autónoma de Madrid.

ABSTRACT

In this study we begin with a series of general considerations on the psychological assessment of old people, and the model in which it is sustained, to finalize with a description of different instruments that have been elaborated or adapted in the Gerontology Laboratory of the Autonomous University of Madrid, in relation to the following areas. Intellectual functioning (SPMSQ, Pfeiffer, 1975): The results obtained with the adaptation for Spanish population in a sample of 1014 subjects older than 65 years is presented. Additionally, a comparison is made of the difficulty of the items of the mentioned study and the one that Pfeiffer did in 1975. Emotionality (PGCMS, Lawton, 1972): We present the results obtained on the reliability and validity of the instrument, with the Spanish adaptation of the questionnaire applied to different samples. Environment (SERA, Fernández-Ballesteros, 1995): Assessment System of Residencies for Old People, it is an adaptation of the MEAP (Multiphasic Environmental Assessment Procedure, Moos and Lenke, 1979). And, finally quality of life (CUBRECAVI, Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1996) the multidimensional instrument, derived from a series of studies carried out in the laboratory of Gerontology of the Autonomous University of Madrid.

PALABRAS CLAVE

Evaluación Psicológica, Anciano, Funcionamiento intelectual, Afectividad, Ambiente, Calidad de vida.

KEY WORDS

Psychological assessment, Old Age, Intellectual functioning, Emotionality, Environment, Quality of Life.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población española acontecido en el tercer tercio del siglo XX seguirá aumentado a lo largo de la próxima centuria de forma tal que durante la segunda década del 2000, tanto en España como en países de nuestra órbita, una de cada cinco personas tendrá más de sesenta y cinco años. En términos comparativos, durante el siglo que termina hemos pasado de unos porcentajes de población mayor del 4% (a principios de siglo) a multiplicar por cuatro esa cantidad y, en los próximos años, el número absoluto y relativo de personas mayores seguirá aumentando paulatinamente. Este envejecimiento de la población ha sido debido a dos importantes fenómenos demográficos: el constante incremento a lo largo del siglo de la esperanza de vida y a una fuerte caída de la natalidad.

El envejecimiento de la población ha de verse, por supuesto, como el producto del éxito de nuestra sociedad: son los avances de la medicina y de los sistemas de protección sanitaria y social, una mejor nutrición, más y mejor educación para todos, los que han logrado la disminu-

(sobre todo la infantil) así como el correspondiente incremento de la esperanza de vida al nacer (en España ha pasado de un promedio de 40 años a principios de siglo a 77 años a finales). Todo esto lleva consigo que si durante los dos primeros tercios del siglo XX (que es lo mismo que decir que casi a todo lo largo de la historia de la psicología clínica) el psicólogo se ha debido ocupar, preferentemente, de la infancia y de la adolescencia, en las próximas décadas tendrá que centrar su atención en las personas mayores.

Pero, además, España no sólo es un país envejecido sino también un país receptor de personas de edad del resto de la Unión Europea. Nuestro excelente clima, la belleza de nuestra tierra y la amabilidad de sus gentes atrae a los mayores europeos. Todo eso implica que, los sistemas de protección social y sanitaria acogerán, no sólo a los viejos españoles sino también a otros ciudadanos europeos residentes, preferentemente, en nuestras costas levantinas, andaluzas o isleñas.

Una primera pregunta que surge a este respecto es si la atención psicológica de las personas mayores lleva consigo

sin lugar a dudas, afirmativa y ello por varias razones:

1) En primer lugar, porque al igual que existe una psicología de la infancia, de la adolescencia y de la edad adulta, existe también una psicología de la vejez y del envejecimiento que no se suele estudiar en los programas universitarios. Es más, la psicología evolutiva y del desarrollo es, por su propia naturaleza una psicología del ciclo vital y no, como puede apreciarse en la mayor parte de los programas universitarios, como una psicología de las primeras edades de la vida. La falta de formación que el psicólogo tiene de lo que ocurre en la edad adulta y en la vejez influye, como es lógico, en que genere o asuma estereotipos y falsas creencias (como les ocurre también a otros profesionales) sobre lo que sucede durante la vejez y el envejecimiento lo que, como es lógico, dificulta una visión objetiva, científica y profesional (Fernández-Ballesteros, 1992). Un conocimiento exacto de los procesos de cambio y estabilidad, de crecimiento y declive a lo

hace necesario a la hora de atender psicológicamente a personas mayores (Fernández-Ballesteros, 1996).

2) Si la edad es un factor de diferenciación psicológica, es lógico pensar que la incidencia y prevalencia de ciertas patologías cambie a lo largo de la vida. Así, la demencia incrementa significativamente su aparición desde los sesenta años así como otros trastornos funcionales que impiden el funcionamiento independiente mientras que, por ejemplo, la esquizofrenia disminuye. Otras muchas patologías como la ansiedad parecen permanecer constantes a lo largo del ciclo de la vida y otras, como la depresión parecen adoptar otras formas o manifestaciones (Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, Díaz y González, 1992).

3) También la edad influye en una mayor probabilidad de enfermedad física, esencialmente aquellas que se cronifican. Éstas, como cualesquiera otras enfermedades, pueden ser prevenidas y por tanto el psi-

cólogo experto en prevención deberá colaborar en específicos programas que mejoren la salud, el bienestar y la calidad de vida a todo lo largo de ésta y, por tanto, también en la vejez. Así, el psicólogo de la salud deberá estar preparado en psicología del envejecimiento tanto a la hora de promocionar la salud de la población así como de realizar prevención primaria, secundaria o terciaria (Fernández-Ballesteros, Iñiguez y López, 1998).

- 4) La atención bio-psico-social de las personas mayores lleva consigo que éstas reciban programas y servicios socio-sanitarios y que éstos, muchas veces, se dispensen en instituciones. La evaluación psicológica no solo lleva consigo el análisis científico de un sujeto individual (o grupo especificado de sujetos) sino también de aquellos contextos en los que éste (o éstos) se encuentran. Por tanto, el psicólogo debe estar preparado para evaluar contextos y programas gerontológicos (Fernández-Ballesteros, 1995).

vos conceptos psicológicos (tanto individuales como socio-ambientales) como la sabiduría y la felicidad o la calidad de vida y el bienestar que requieren evaluación. Todos estos conceptos positivos se han mostrado extraordinariamente útiles y fructíferos en el ámbito de la vejez (Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996).

A lo largo de los últimos veinte años, desde el Laboratorio de Gerontología de la Universidad Autónoma de Madrid, hemos venido trabajando en la elaboración de un sistema de evaluación de personas mayores. Aunque muchos de esos trabajos han sido ya publicados, vamos a presentar, a continuación, un resumen de algunos de ellos así como nuevos resultados hallados recientemente. Partiremos de una serie de consideraciones generales de la evaluación en personas mayores, del modelo que ha sustentado esta labor evaluativa para, finalmente, realizar una breve descripción de instrumentos elaborados o adaptados relativos al área del funcionamiento intelectual, afectivo, el ambiente y la calidad de vida.

GENERALES DE LA EVALUACION PSICOLOGICA DE PERSONAS MAYORES

Evaluar a una persona mayor tiene una serie de características propias. En primer lugar, la evaluación centrada en el problema, que supone un tipo de acercamiento recomendable en psicología clínica y de la salud, ha de matizarse durante la vejez. Así, por ejemplo, en el niño, el adolescente y el adulto, la evaluación debe de centrarse en el problema por el que se consulta y no es recomendable realizar prolongadas, extensas y poco eficientes evaluaciones (por ejemplo, debemos concentrarnos en la demanda, es decir, la falta de rendimiento escolar, las desavenencias conyugales, una concreta fobia). Por el contrario, la evaluación en una persona mayor ha de ser *integral y/o multidimensional*, en otras palabras, ha de cubrir un amplio espectro bio-psico-social.

En segundo lugar, si la evaluación en otras edades de la vida puede estar centrada en criterios y ser estrictamente idiográfica — como suele ocurrir en la evaluación de un determinado problema de conducta (ver, por ejemplo, Fernández-Ballesteros, 1995)— en personas mayores

ca) se hace necesaria una evaluación normativa que sitúe a la persona mayor en comparación con lo que suele ocurrir a esa determinada edad en variables tan importantes como el funcionamiento cognitivo o la afectividad. Ello conlleva, necesariamente, la utilización de instrumentos que estén previamente estandarizados en población de la edad del sujeto en evaluación. Sin embargo, ello no quiere decir que en la vejez, como en cualquier otra edad de la vida, puedan realizarse evaluaciones (e intervenciones) criteriosales o idiográficas en las que el evaluador trate de definir operacionalmente la demanda principal del sujeto según una serie de variables (por ejemplo, horas de sueño, número de quejas diarias, etc.) que sean consideradas como variables dependientes de un tratamiento (Reig y Fernández-Ballesteros, 1995).

Finalmente, el evaluador ha de tener en cuenta, en mayor medida que en la evaluación de personas de otras edades, las características físicas y psicológicas de la persona en evaluación y la interacción de tales características con las suyas propias así como debe tener en cuenta potenciales prejuicios en torno a la vejez. Veámos estas

peculiaridad a la evaluación en la vejez.

EVALUACION INTEGRAL Y MULTIDIMENSIONAL

Si entendemos que cualquier comportamiento (manifiesto o motor y subjetivo e interno) o cualquier atributo psicológico es el resultado de la interacción entre factores internos (genéticos, constitucionales, etc.), del individuo, con condiciones ambientales (externas al individuo) en la medida que un sujeto haya vivido más tiempo es lógico pensar que exista una mayor interdependencia entre distintos tipos de condiciones y que, por tanto, las sinergias existentes entre sus características psicológicas, su salud y aquellas condiciones ambientales condicionarán su comportamiento en mucha mayor medida que en otras edades.

En otras palabras, una persona mayor que acude a un psicólogo por sentirse deprimida no solo deberá ser evaluada en la frecuencia, duración e intensidad de sus sentimientos de tristeza, soledad, etc. y en las potenciales características que pudieran estar manteniendo o controlando su depresión sino

ciones bio-psico-sociales relativas a su salud, su estado mental, sus redes de apoyo social, su ambiente físico y percibido y otras circunstancias pasadas y presentes relevantes al caso.

Así, un problema psicológico (como un problema médico o social) de una persona mayor deberá llevar consigo una exploración integral a través de la que puedan ser detectadas tanto potenciales déficit o inadecuaciones como las competencias y habilidades que puedan coadyuvar en la debida atención del caso y que nos den una visión compleja y *multidimensional* del caso en cuestión.

EVALUACION IDIOGRAFICA Y NOMOTÉTICA

En muchas ocasiones, la evaluación de un determinado problema psicológico no requiere la comparación del sujeto en evaluación con un grupo normativo sino, simplemente, establecer cuáles son los comportamientos problema (según una serie de parámetros o dimensiones de respuesta) y cuáles son las variables que los controlan o mantienen. En otras palabras, con frecuencia se requiere una evaluación idioará-

caso. En otros casos, (por ejemplo, en una orientación vocacional) se requerirá la comparación de las ejecuciones de nuestro sujeto con un grupo normativo o evaluación nomotética.

Sin embargo, la evaluación de las personas mayores exige ambos tipos de evaluaciones. Así, por ejemplo, en un caso de dependencia funcional deberemos establecer cual es el nivel de dependencia (según unos determinados baremos) que sufre el sujeto así como, también, deberemos averiguar cuáles son las habilidades funcionales que ha perdido o están disminuidas y en qué condiciones concretas la persona logra unos rendimientos mejores. Así, también, en un caso de una persona en la que se sospecha que está cursando una demencia deberá realizarse comparaciones con poblaciones de su edad en una serie de aspectos cognitivos para después establecer qué condiciones neuropsicológicas están alteradas y cuáles conservadas a la hora de diseñar un programa de tratamiento (ver, por ejemplo, Fernández-Ballesteros, y cols., 1998).

INTERACCION

En otras publicaciones hemos puesto de relieve la importancia que para la evaluación tiene la interacción entre características del evaluador y del evaluado; en el caso de la vejez esta importancia se acrecienta por dos razones. En primer lugar, porque es bastante común que el psicólogo generalista (como otros profesionales como el médico o el asistente social) tenga una serie de falsas concepciones relativas a la vejez que pueden alterar o contribuir negativamente a la evaluación. En segundo lugar, porque el sujeto mayor presenta una serie de características sensoriales y personales que hay que tener en cuenta.

Atribuir a la edad una serie de problemas bio-psico-sociales lleva, con frecuencia, al nihilismo terapéutico. Considerar que las personas mayores necesariamente tienen déficits cognitivos, están tristes y sufren depresión y otras patologías físicas crónicas, no tienen interés por el sexo, etc. puede contribuir a que el psicólogo no atienda a problemas que tienen perfecto remedio. Un psicólogo que no cuenta con suficiente formación sobre la psicología de la vejez y del envejecimiento puede realizar una labor muy negativa en la evaluación y el

mayor.

Por otra parte, si bien es cierto que la edad es un factor de diferenciación psicológica ello no explica el total de la varianza de las diferencias que pueden encontrarse entre las distintas edades. Lo que ocurre es que la edad lleva consigo otros muchos factores de diferenciación. Así, una persona mayor que llega al gabinete de un psicólogo, además de haber vivido durante X años, difiere de otras personas en la educación que ha recibido, las circunstancias históricas que ha vivido, la alimentación recibida y otros muchos factores que corresponden a su generación y que sin duda explican una buena parte de la varianza de su comportamiento. El evaluador debe tener en cuenta que la persona mayor pertenece a una generación distante a la suya, que generalmente no está familiarizada con la exploración psicológica (al menos las generaciones actuales) por lo que tendrá que cuidar esmeradamente la relación con el cliente.

Además, también se ha dicho que la edad covaría con ciertas condiciones físicas y sensoriales. Así, la persona mayor puede padecer problemas sen-

que van a requerir la atención y preparación de la sesión de evaluación. El psicólogo deberá establecer las condiciones de su cliente mayor antes de proceder a su evaluación y poner los medios protésicos (gafas, audífono) para que el sujeto pueda seguir al psicólogo debidamente.

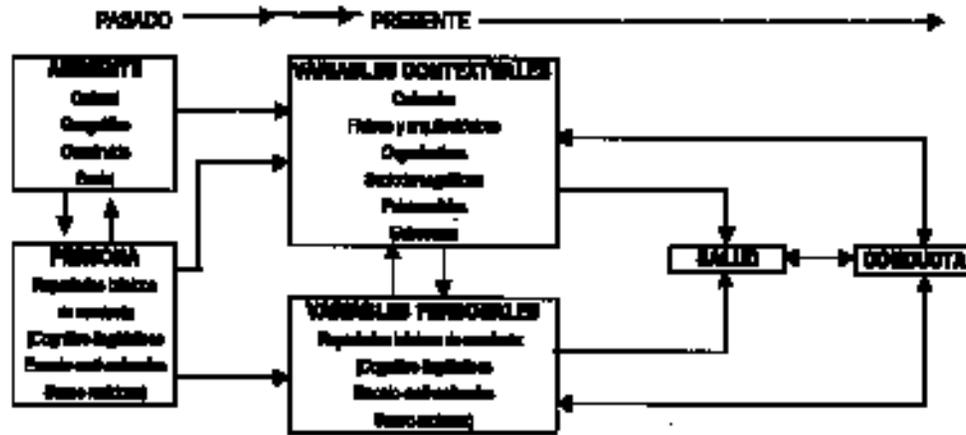
Finalmente, las personas mayores parecen presentar una mayor deseabilidad social y tendencia al asentimiento que las más jóvenes. Ello es importante a la hora de trabajar con autoinformes y, por tanto, el psicólogo tendrá que controlar o medir esos tipos de fuentes de error de los autoinformes (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1996).

MODELO DE EVALUACIÓN

Partir de un modelo de evaluación implica establecer cuáles son el tipo de variables que van a ser consideradas relevantes en un determinado ámbito de conocimiento. En la Figura 1 se presenta un modelo ecológico-conductual del que hemos partido (Fernández-Ballesteros, 1986).

Vemos que en este modelo se

FIGURA 1
Modelo ecológico conductual (Fernández-Ballesteros 1986)



una variable esencial. Es decir, en la evaluación de la persona mayor han de tenerse en cuenta aquellas variables ambientales (cultural, geográfico, social, etc.) y personales (repertorios básicos de conducta) que constituyen el pasado del sujeto. Partimos del supuesto de que las sucesivas interacciones del organismo con el ambiente han permitido desarrollar una serie de valores, creencias, actitudes, y/o repertorios básicos de conducta (Fernández-Ballesteros y Staats, 1992; Fernández-Ballesteros, 1995).

Comenzar la evaluación con una entrevista en la que se establezca la historia del sujeto se hace necesaria; así, el psicólogo

esenciales en lo relativo a la vida familiar, educativa, profesional, social, estilos de vida y salud de la persona en evaluación.

En segundo lugar, partimos de la base de que salud y conducta es un binomio inseparable (ello, desde luego, ocurre a lo largo del ciclo de la vida pero, aún más en la vejez). Una evaluación integral debe considerar tanto los aspectos conductuales objeto psicológico de estudio (por ejemplo, quejas depresivas, déficits cognitivos) como el estado de salud de la persona; la enfermedad es el enemigo natural de la persona mayor, por medio de la enfermedad se abre la puerta de patologías compor-

de infelicidad en la vejez. También, el psicólogo ha de tener en cuenta (como se ha dicho más arriba) las condiciones actuales tanto personales (repertorios básicos de conducta) como ambientales del sujeto en evaluación.

Siguiendo este modelo hemos venido estudiando el funcionamiento cognitivo (estado mental) y las habilidades mnésicas, el funcionamiento afectivo (tanto en las condiciones depresivas como de satisfacción), las habilidades sociales y de conversación, las habilidades funcionales y las actividades de ocio y tiempo libre, el ambiente institucional, recreativo y estresante y la calidad de vida.

De entre los distintos instrumentos adaptados o contruidos, a continuación van a ser presentados los siguientes: 1) sobre el funcionamiento cognitivo: el SPSMQ; 2) respecto de la afectividad: el Cuestionario de Satisfacción con la Vida de Filadelfia (PGCMS); 3) referido al ambiente: el Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos (SERA), y, finalmente, 4) relativo a la calidad de vida: el CUBRECAVI. Con excepción del CUBRECAVI, todos los dispositivos de medida que vamos a pre-

norteamericanos probados en los EEUU y que, por tanto, han debido de ser adaptados y estandarizados a muestras españolas.

ALGUNOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Funcionamiento cognitivo

El funcionamiento intelectual debe de estar presente -en mayor o menor medida- casi en toda evaluación psicológica de una persona mayor. En la mayor parte de los casos, se trata de establecer si un determinado déficit cognitivo, de memoria, atención o concentración, es producto de un declive normal del funcionamiento intelectual o se trata de un deterioro patológico e irreversible del mismo.

Como señalan Gallo, Reichel y Anderson (1988), la evaluación del estado mental en personas mayores debe tener en cuenta los siguientes aspectos cognitivos: nivel de conciencia, atención, lenguaje (fluidez, comprensión y repetición, memoria a largo y corto plazo), interpretación de proverbios, semejanzas verbales, cálculo, escritura y habilidades de construcción. Existen bastantes instrumentos contruidos para

todos ellos, hemos elegido para su presentación aquí el SPMSQ sobre el que poseemos algunos datos relevantes en población española. Hay que resaltar que los exámenes del estado mental son pruebas discriminativas y, en la clínica, deben verse complementadas por otros tests de inteligencia como las Escalas de Wechsler (WAIS III; 1999) de los que contamos con datos normativos para población mayor u otros instrumentos más finos sobre el funcionamiento mental. Sin embargo, los exámenes de estado mental son útiles con el fin de descartar potenciales deterioros patológicos a un primer nivel de evaluación, para controlar el estado mental de cara a un desplazamiento o a la hora de administrar programas de intervención.

Cuestionario Breve y Portable del Estado Mental («Short Portable Mental Status Questionnaire» SPMSQ, Pfeiffer, 1975).

El SPMSQ consta de 10 elementos de fácil aplicación en entrevista. Pfeiffer (1975) considera que la prueba reúne las siguientes características: 1) Evaluar aspectos relevantes del funcionamiento intelectual como son la memoria a corto y largo plazo, la orientación, información sobre cuestiones de la vida diaria

seriales aritméticas. 2) Ser breve y manejable. 3) Ser de fácil valoración. 4) Incluir los distintos grados o niveles de deterioro, desde severo a inexistente.

El instrumento fue construido mediante aplicación a 997 personas mayores residentes en la comunidad, a 141 pacientes psiquiátricos mayores y a 102 residentes en instituciones (residencias asistidas y hospitales psiquiátricos). Con base en la estandarización original y dependiendo del número de errores, es posible clasificar al cliente como «intacto» con deterioro intelectual «leve» o «sospecha», «moderado» y «severo». Los estudios sobre fiabilidad informan sobre índices de correlación test-retest entre 0,82 y 0,83 con cuatro semanas de intervalo. Los estudios de validez demuestran alto índice de validez empírica y concurrente, según grupos contrastados y asociados entre el SPMSQ y el diagnóstico psiquiátrico o médico.

Por nuestra parte, hemos traducido y adaptado el SPMSQ (Guerrero, 1984; Fernández-Ballesteros y Guerrero, 1984) el cual fue aplicado, inicialmente, a una muestra de 90 personas (55 mujeres y 35 hombres) en edades comprendidas entre los 65 y

años), pertenecientes a clase social media-baja y baja. La muestra total estuvo dividida en tres submuestras de 30 personas cada una que habitaban bien en residencias de válidos, bien en residencias asistidas, bien en pabellones geriátricos de hospitales psiquiátricos. Los análisis de varianza efectuados demostraron la existencia de diferencias significativas ($p < .0001$) entre las puntuaciones obtenidas por las tres muestras, lo cual resulta ser un indicador de validez empírica utilizando grupos contrastados.

Por otra parte, se obtuvieron índices sobre la validez concurrente del instrumento, mediante correlaciones entre el SPMSQ y el CAPE (*Clifton Assessment Procedure for the Elderly*, de Pattie y Gilleard, 1976, 1999); tales asociaciones se produjeron en el sentido esperado y a los niveles de probabilidad convenidos ($p < .001$), lo cual habla en favor de la validez concurrente del instrumento. Además, nuestros datos normativos (utilizando puntuaciones penta) pusieron de relieve que los sujetos que presentaban hasta 2 errores (pentas 1 y 2) se encontraban a una desviación típica por encima de la media de nuestro grupo total, esto es, abarcaban el 28,73% de las personas de nuestra mues-

30% de estas personas habitaban en residencias para personas válidas (para personas probablemente «intactas»), se ajustaron aceptablemente bien a las categorías de Pfeiffer.

En una investigación posterior, llevada a cabo por Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, (1996), se puso a prueba el instrumento con una muestra de 1014 personas mayores de 65 años, de las cuales 507 vivían en Residencias consideradas de válidos, tanto públicas como privadas y 507 vivían en sus domicilios. Para esta investigación se utilizó lo que hemos llamado el SPMS-QII ya que se introdujo un pequeño cambio en tres de los ítems, sustituyendo preguntas como la edad o lugar de nacimiento de los sujetos por aquellas referentes al nombre del Rey de España o a los colores que componen nuestra bandera. La muestra total obtuvo una media en el n° de errores de 1,40 y una desviación típica de 1,46. Como puede observarse en la Tabla 1 y Figura 2 y según la estandarización de Pfeiffer, el 81,3% de los sujetos serían clasificados de «intactos» ya que solo cometieron 2 o menos fallos en el SPMSQ, el 15% cometieron 3 o 4 fallos y, se les clasificaría de deterioro intelectual «leve» o «sospecha» y el

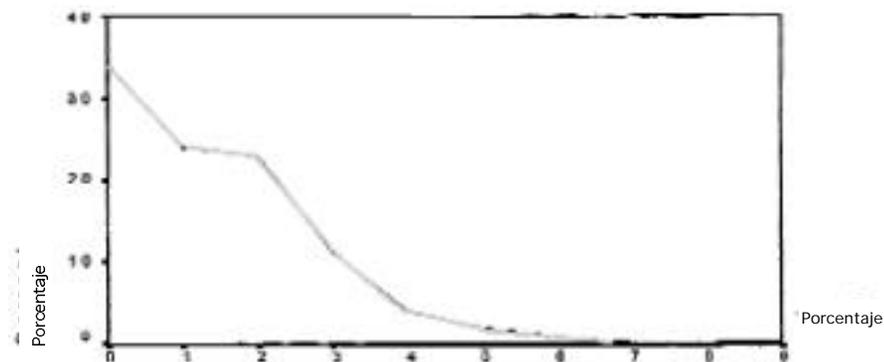
en el test, siendo clasificados, por tanto como «moderado» y solo el 0,5% cometieron más de 7 fallos, perteneciendo estos sujetos al grupo de «severos». La distribu-

ción de la muestra (Figura 2) según el nº de errores fue muy similar a la que obtuvo Pfeiffer en 1975 en una muestra «normal».

TABLA 1
Frecuencia y porcentaje del nº de errores

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nº de errores en el SPMBQ				
0	348	34,3	34,3	34,3
1	244	24,1	24,1	58,4
2	232	22,9	22,9	81,3
3	113	11,1	11,1	92,4
4	40	3,9	3,9	96,3
5	20	2,0	2,0	98,3
6	10	1,0	1,0	99,3
7	2	,2	,2	99,5
8	2	,2	,2	99,7
9	3	,3	,3	100,0
Total	1014	100,0	100,0	
Total	1014	100,0		

Figura 2
Distribución de la muestra en función del número de errores



Por lo que se refiere a la dificultad de los ítems, en la Tabla 2 se presenta el porcentaje de sujetos que han contestado erróneamente a cada ítem. También en este caso, la distribución de la dificultad de los ítems fue similar a la que obtuvo su autor (Pfeiffer, 1975). Igual que entonces, el ítem más difícil fue el 10 (restar 3 de 20 y seguir de 3 en 3 hasta el final), al que contestaron mal el 44% de la muestra de Pfeiffer (solo sujetos de raza blanca) y el 46,8% de la nuestra, y el más fácil el 2 (¿Cuál es el nombre de esta ciudad o pueblo?), el 1% y el 1,9% respectivamente.

Del mismo modo que hizo Pfeiffer (1975), procedimos a analizar los errores que habían cometido los sujetos según el género de los mismos. Los resultados que obtuvimos según el análisis de varianza, no se asemejaban a los que encontró Pfeiffer, ya que en sus análisis no aparecían diferencias significativas en el nivel de ejecución del test entre hombres y mujeres y, sin embargo, los datos que obtuvimos con nuestra muestra sí arrojaban diferencias significativas ($F=24,773$; $p<.000$) entre hombres y mujeres y a favor de los hombres, es decir, que los hombres cometieron significativamente menos errores que las

TABLA 2
Grado de dificultad de los ítems del SPMSQ en los ítems y muestras española y norteamericana

Nº	Ítem	% muestra española	% muestra Pfeiffer
10	Restar 3 de 20 y seguir de 3 en 3 hasta el final	46,8	44
8	¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Gobierno? ¿Cuál es el nombre del anterior presidente de los EE.UU.?	40,1	15
1	¿Cuál es el día y la fecha de hoy?	13,5	24
7	¿De qué color es la bandera española? ¿Qué edad tiene Vd? *	8,8	8
4	¿Cuáles son sus señas?	7,3	2
3	¿Cuál es el nombre de este barrio o residencia? ¿Cuál es su fecha de nacimiento? *	6,5	8
6	¿Cuál es el nombre del presidente del Gobierno Español? ¿Cuál es el nombre del presidente de los EE.UU.?	5,9	3
5	¿Cómo se llama el Rey? ¿Qué día de la semana es hoy?	4,8	2
9	¿Cuál es el apellido de su madre?	3,1	3
2	¿Cuál es el nombre de esta ciudad o pueblo?	1,0	1

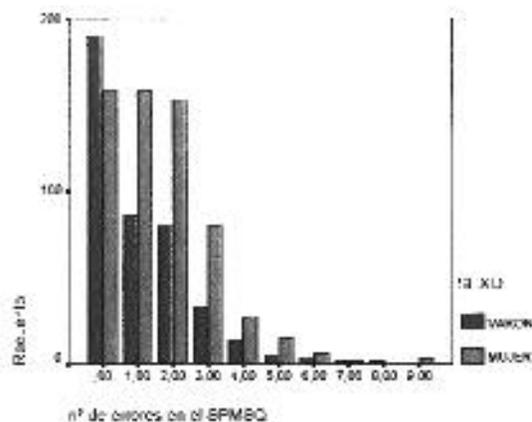
mujeres. (Media = 1,13 y 1,59, respectivamente). En la Tabla 3 se puede observar la distribución porcentual de los hombres y mujeres según el n° de errores y

en el diagrama de barras mostrado en la Figura 3, también se puede observar la frecuencia de los hombres y mujeres por n° de errores

TABLA 3
Tabla de contingencia. N° de errores en el SPMSQ* Género

		GÉNERO		Total
		VARON	MUJER	
N° de errores	0	48,0%	28,3%	34,3%
	1	20,0%	28,3%	24,1%
	2	18,8%	25,3%	22,8%
	3	8,0%	13,3%	11,1%
	4	3,1%	4,5%	3,8%
	5	1,2%	2,5%	2,0%
	6	1,0%	1,0%	1,0%
	7	,2%	,2%	,2%
	8	,5%		,2%
	9		,5%	,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

FIGURA 3



Dado que la edad de los sujetos fue una de las variables de clasificación de los mismos tomando 4 valores (65-69 años, 70-74, 75-79 y 80 o +), se procedió a comparar el nº de errores en el SPMSQ en función de estos cuatro grupos de edad bien diferenciados y equilibrados en el nº de personas pertenecientes a cada grupo. En esta ocasión también encontramos diferencias significativas en función de la edad de los sujetos. Las personas que tenían 80 o más años eran las que presentaban un mayor número de errores en el SPMSQ ($F= 24$; $p<.000$). Como puede observarse en la Tabla 4 la media de errores cometidos por los sujetos de más de 80 años fue de

2,11 errores frente a 1,3 - 1,2 o 1,1 errores cometidos por los sujetos pertenecientes a los otros tres grupos de edad (75-79, 70-74, 65-69). Según estos resultados la edad diferencia a las personas en la ejecución del SPMSQ, pero solo cuando dicha edad es superior a los 80 años, no encontrándose diferencias significativas entre los sujetos pertenecientes a los otros grupos de edad. En la Tabla 5 se presenta detalladamente la proporción de personas de cada edad por el nº de errores que cometen. Asimismo, en la Figura 4 se presenta un diagrama de barras en el que se puede observar la distribución de los errores por el nº de personas de cada edad que los cometen.

TABLA 4

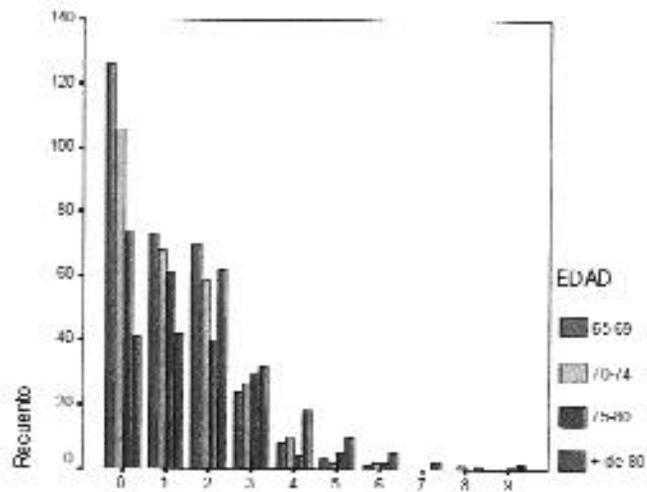
Media y desviación típica del nº de errores que han cometido los sujetos
* grupos de edad

		N	Media	Desviación típica
Nº DE ERRORES	EDAD 65-69	305	1,1082	1,1640
	70-74	275	1,2285	1,3238
	75-80	217	1,3602	1,4230
	+ de 80	215	2,1118	1,7579
	Total	1012	1,4051	1,4803

TABLA 5
 Tabla de contingencia. N° de errores en el SPMSQ * EDAD

	EDAD				Total
	65-69	70-74	75-80	+ de 80	
0	41,3%	38,6%	34,1%	19,1%	34,9%
1	23,0%	24,7%	28,1%	16,6%	24,1%
2	23,0%	21,5%	18,4%	28,8%	22,6%
3	7,6%	8,8%	13,8%	14,8%	11,2%
4	2,6%	3,8%	1,8%	8,4%	4,0%
6	1,0%	,7%	2,8%	4,7%	2,0%
8	,3%	,7%	,8%	2,3%	1,0%
7				,0%	,2%
8		,4%		,8%	,2%
9			,8%	,8%	,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

FIGURA 4



El tipo de residencia, también fue una de nuestras variables de clasificación de los sujetos, dividiéndose la muestra en «Hogar» (N=507) «Residencia Pública» (N=256) y «Residencia Privada» (N=251). En esta ocasión, no hemos encontrado diferencias significativas en el nº de errores del SPMSQ en función del tipo de residencia donde habitan los sujetos, lo cual no es sorprendente ya que las residencias en las que se realizó la investigación, eran, todas ellas, para válidos. En la Tabla 6 se puede observar la distribución de los errores según el tipo de residen-

cia de los sujetos

Del mismo modo que Pfeiffer (1975), nosotros hemos encontrado diferencias significativas ($F=40,4$; $p<.000$) en función del nivel educativo de los sujetos. Es decir según aumenta dicho nivel, el nº de errores disminuye. Detalladamente se puede observar en la Tabla 7 y Figura 5 como aumenta la proporción de personas que cometen más errores según tienen un nivel educativo más bajo. Así, de los que no saben leer, solo el 4,7% no ha cometido ningún error, frente al 72,5% de los que tienen estudios universitarios, y lo que es más

TABLA 6

Tabla de contingencia del N° de errores en el SPMSQ por tipo de Residencia

% de MUESTRA

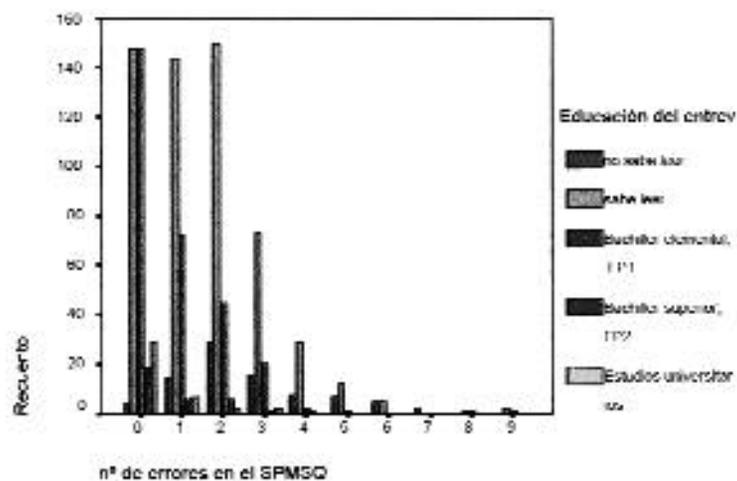
	Nº de errores	TIPO DE RESIDENCIA			Total
		HOGAR	RESIDENC PÚBLICA	RESIDENC PRIVADA	
	0	35,1%	33,2%	31,9%	34,3%
	1	25,2%	19,9%	23,9%	24,1%
	2	21,5%	26,6%	21,9%	22,6%
	3	8,3%	12,5%	15,5%	11,1%
	4	3,6%	5,1%	3,5%	3,8%
	5	3,2%	,4%	1,2%	2,0%
	6	1,2%	,4%	1,2%	1,0%
	7	,4%			,2%
	8	,2%		,4%	,2%
	9	,4%		,4%	,3%

TABLA 7

Tabla de contingencia. Nº de errores en el SPMSQ * Educación del entrevistado

	Educación del entrevistado					Total
	no sabe leer	sabe leer	Bachiller elemental, FP1	Bachiller superior, FP2	Estudios universitarios	
Nº de errores 0	4,7%	26,2%	51,0%	57,6%	72,5%	34,4%
1	17,4%	25,5%	24,8%	18,2%	17,5%	24,1%
2	33,7%	26,8%	15,5%	18,2%	5,0%	22,8%
3	18,6%	12,9%	6,9%	3,0%	5,0%	11,1%
4	9,3%	5,1%	,7%	3,0%		3,9%
5	8,1%	2,1%	,3%			2,0%
6	5,8%	,9%				1,0%
7	2,3%					,2%
8		,2%	,3%			,2%
9		,4%	,3%			,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

FIGURA 5



notable, ninguno de estos últimos cometió más de 3 errores.

Con objeto de comparar a los sujetos en función de su estatus,

del nivel de educación y renta de los entrevistados. De esta forma clasificamos a los sujetos en estatus «alto», «medio-alto», «medio», «medio-bajo» y «bajo»

paraciones hechas con las anteriores variables de clasificación ya comentadas. Los datos obtenidos a partir del análisis de varianza, nos llevaron a concluir que los sujetos cometen más errores en el SPMSQ según disminuye su estatus. ($F=22,4$; $p<.000$). Más detalladamente, en

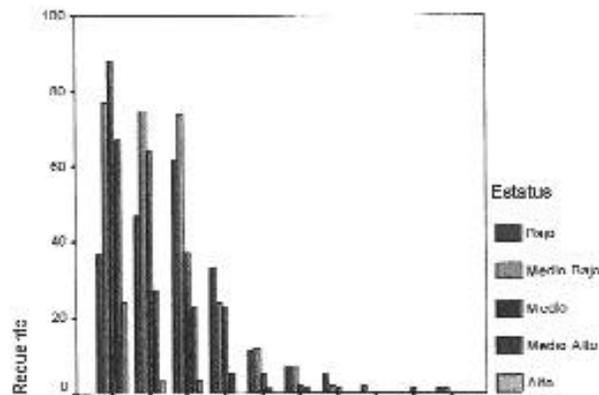
la Tabla 8 y Figura 6, se presentan los porcentajes de sujetos de cada estatus en función del nº de errores cometidos. En dicha tabla se puede observar como el 80% de los sujetos de estatus alto no han cometido ningún error frente al 18% de los de estatus bajo. Además no hay nin-

TABLA 8

Tabla de contingencia. Nº de errores en el SPMSQ * Estatus del entrevistado

	Nº de errores	Estatus educacion*renta					Total
		Bajo	Medio Bajo	Medio	Medio Alto	Alto	
	0	18,0%	28,3%	39,8%	54,0%	80,0%	34,4%
	1	22,9%	27,6%	29,0%	21,8%	10,0%	25,4%
	2	30,2%	27,2%	18,7%	18,5%	10,0%	23,4%
	3	16,1%	8,8%	10,4%	4,0%		10,0%
	4	5,4%	4,4%	2,3%	,8%		3,4%
	5	3,4%	2,8%	,8%	,8%		2,0%
	6	2,4%	,7%	,5%			,9%
	7	1,0%					,2%
	8			,5%			,1%
	9	,5%	,4%				,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

FIGURA 6



gún sujeto perteneciente a estatus alto que haya cometido más de 2 errores.

Según esta última investigación, el SPMSQ es un instrumento sensible que permite diferenciar a las personas mayores en función de su estado intelectual. Este instrumento es muy sensible al nivel de educación de los sujetos, por tanto, y como ya manifestó Pfeiffer (1975), la puntuación se debe ponderar en función de dicho nivel. Así, para puntuar a los sujetos que solo han alcanzado la educación primaria, se les resta 1 error en el total y los que han alcanzado un nivel universitario, deben sumar 1 error al total. Además, el instrumento diferencia a las personas mayores según la edad de las mismas, sobre todo cuando esta edad supera los 79 años. También para estas personas habría que ponderar sus resultados restando 1 error del total que hayan obtenido. Lamentablemente, no contamos con un criterio o el necesario diagnóstico previo como para presentar datos españoles sobre este importante aspecto.

En resumen, pensamos que el SPMSQ es un instrumento de discriminación, adecuado para alertar sobre un probable deterioro

nar sujetos intactos (por ejemplo, con objetivos de asignación a un tratamiento) así como sirve también para alertar sobre condiciones demenciales con el fin de proceder a más rigurosas evaluaciones.

Afectividad

Las formas en que las personas experimentan afectivamente condiciones vitales (su vida, su salud, etc.) se han mostrado como excelentes predictores de longevidad y envejecimiento satisfactorio de entre ellas cabe destacar, la satisfacción con la vida. (Freund y Baltes, 1998, Fernández-Ballesteros, 1996).

La satisfacción con la vida, la felicidad, el bienestar, son constructos íntimamente relacionados que implican *la experiencia interna de un estado positivo, más o menos duradero, referido a condiciones vitales actuales*. Muchas son las relaciones encontradas entre la satisfacción con la vida y otras características de personalidad como la extraversión o el optimismo (Emmons y Diener, 1983; Costa y McCrae 1980; Gorman, 1972; Avia, 1998) así como con condiciones vitales reales (el estatus socio-económico, la educación,

Sandvik, Seidlitz y Diener, 1993; para una revisión, ver Zamarrón, 1999).

Son muchos los instrumentos utilizados para intentar medir la satisfacción con la vida y el bienestar subjetivo; sin embargo, en ausencia de criterios verdaderos, la validación de estos instrumentos se hace francamente difícil y ha de echarse mano de formas de validación con un alto nivel de abstracción. Además, los cambios que este constructo parece experimentar a lo largo del ciclo vital aconsejan la utilización de instrumentos diseñados específicamente para distintos grupos etarios. Así, existen distintos instrumentos para evaluar la satisfacción con la vida en personas mayores; las diferencias sustanciales con los instrumentos preparados para otras edades de la vida estriban en la inclusión de elementos de comparación entre condiciones anteriores y actuales (ver, por ejemplo, George, 1979; Larson, 1978). De entre todos estos instrumentos destaca la Escala de Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS) de Lawton (1972). Su alta fiabilidad test-retest, e índices de validez convergente y de constructo parecen avalar su utilización.

Philalelfia Geriatric Center

ton, 1972)

La escala original contenía 22 ítems, todos ellos dicotómicos (si-no) que, en sucesivas re-adaptaciones han sido reducidos a 17 y a 15. El instrumento puede ser auto-administrado así como puede serlo mediante entrevista. Presenta un lenguaje de fácil comprensión incluso para las personas de edad muy avanzada. Además, al contar con un número muy reducido de elementos, no suele provocar cansancio ni falta de atención en los sujetos.

La muestra empleada por Lawton en la elaboración de la escala fue de 300 personas mayores de 65 años que vivían en residencias de ancianos. Posteriormente, Morris y Sherwood (1975) y Lawton (1975) redujeron la escala a dos nuevas versiones de 15 y 17 ítems respectivamente. La muestra utilizada en la versión de 17 ítems de Lawton fue de 1086 personas mayores que vivían tanto en residencias de ancianos como en la comunidad.

Los elementos que componen la versión original, se distribuyen según 6 factores bien diferenciados: «urgencia», «actitud hacia el propio envejecimiento»,

quo», «agitación», «optimismo» e «insatisfacción con la soledad». Sin embargo esta versión original se ha utilizado muy poco, prefiriéndose utilizar alguna de las dos versiones derivadas de trabajos posteriores de Morris y Sherwood (1975) y Lawton (1975). Los análisis factoriales realizados con la versión de Morris y Sherwood dieron lugar a 3 factores: «agitación», «actitud hacia el propio envejecimiento» e «insatisfacción con la soledad», llegando a la conclusión de reducir la escala original a 15 ítems. Con posterioridad, Lawton (1975) revisó su escala original encontrando los tres primeros factores señalados por Morris y Sherwood, al mismo tiempo que reincorporó dos de los ítems eliminados por estos autores. En nuestro país, Montorio (1994) y Zamarrón (1999), utilizando la adaptación española de la escala (16 y 15 ítems respectivamente) obtuvieron una estructura factorial muy similar a la de Morris y Sherwood. En la Tabla 9 se presenta la distribución factorial obtenida en la investigación de Zamarrón (1999) en la que, como puede observarse, saturan tres factores claramente diferenciados. El primer factor, *envejecimiento satisfactorio*, explica un 17.09 % de la varianza total. El factor 2,

ca un 16.72% de la varianza total y el tercer factor, *equilibrio emocional* explica un 15.43% de la varianza total. Los nombres de los factores obtenidos no coinciden exactamente con los de Morris y Sherwood porque al ser una escala sobre satisfacción se quiso dar un carácter más positivo a los factores que la componían. Así, se sustituyó «agitación», por «equilibrio emocional», «actitud ante el propio envejecimiento» por «envejecimiento satisfactorio» e «insatisfacción ante la soledad» por «estado de ánimo positivo».

La fiabilidad dos mitades obtenida por Lawton con la versión original de 22 ítems y una muestra de 300 personas mayores institucionalizadas fue de 0,79. La consistencia interna (Kuder-Richardson 20) fue de 0,81, y la fiabilidad test-retest fue de 0,80. Con respecto a la fiabilidad de la versión española de la escala, Montorio (1994) obtuvo un índice de consistencia interna =0,79, una fiabilidad dos mitades, $r_{xy}=0,78$, y una fiabilidad test retest, con un intervalo de un mes (N=100), de $r_{xx}=0,85$. Asimismo, recientemente, Zamarrón (1999) analizó la escala con dos muestras de personas mayores, de las cuales 507 vivían en la comunidad y 507 lo hacían en

niendo una fiabilidad, a través de la prueba de consistencia interna, de 0,83 y 0,84 respectivamente.

Con respecto a la validez, Lawton correlacionó la escala original con evaluaciones de jueces expertos familiarizados con los ancianos; obteniéndose unos coeficientes de 0,43 y 0,53. Asimismo, Lawton obtuvo una validez convergente con la Life Satisfaction Rating Scale (Neugarten, Havighurst, y Tobin, 1961) de 0,57. También Lawton estudió la

posible validez predictiva de la escala y encontró que los que tenían puntuaciones altas correlacionaban fuertemente con variables que podrían ser predictoras de satisfacción (por ejemplo: salud física, realización de actividades, satisfacción con relaciones sociales, movilidad, etc). Por otra parte, Lohmann (1977) obtuvo correlaciones de un rango comprendido entre 0,47 y 0,80 con otras nueve medidas de bienestar subjetivo con la versión original; y de 0,38 y 0,81 con la ver-

TABLA 9

	Componentes		
	1	2	3
1.- A medida que me voy haciendo mayor, se ponen las cosas peor para mí.....	.684	-.009	.250
2.- Tengo tanta energía como el año pasado.....	.596	.212	-.003
3.- Ahora me molestan más las cosas pequeñas que antes.....	.442	-.007	.856
4.- Siento que según me voy haciendo mayor voy siendo más feliz.....	.661	.184	.268
5.- A veces estoy tan preocupado que no puedo dormir.....	-.007	.408	.495
6.- A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida.....	.124	.747	.145
7.- Ahora soy tan feliz como cuando era joven.....	.468	.458	-.009
8.- Tengo muchas cosas por las que estar triste.....	.175	.742	.147
9.- Me siento más irritable que antes.....	.352	.144	.515
10.- La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil.....	.235	.321	.324
11.- Me siento las cosas a punto.....	-.808	.138	.789
12.- Me siento o dispuesto o desahogado.....	-.067	.137	.768
13.- Según me voy haciendo mayor, me siento más alica.....	.265	.898	.269
14.- ¿Cómo está de satisfecho con su vida ahora?.....	.406	.622	-.009
15.- Según se va haciendo mayor las cosas son peor Va.....	.694	.231	-.007
AUTOVALOR.....	2.56	2.50	2.31
% VARIANZA EXPLICADA.....	17.09	16.72	15.43

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

sión de Morris y Sherwood. Por último, la correlación entre la versión original y la de Morris y Sherwood fue de 0,95.

En la investigación llevada a cabo por Zamarrón (1999), se analizó la escala de satisfacción de Filadelfia en función de las variables sociodemográficas implicadas en el estudio (edad, género, estado civil y estatus socioeconómico), los resultados obtenidos se resumen en las Tablas 10 y 11. Como se puede observar, existen diferencias significativas en los niveles de satisfacción entre las personas mayores que viven en sus domicilios en función del género y el grupo de edad al que pertenecen, sin embargo, dichas diferencias desaparecieron cuando se controló el estado civil y el estatus

socioeconómico de los sujetos. Por otra parte, sí se encontraron diferencias significativas en esta variable en función del estado civil y del estatus socioeconómico, incluso tras controlar el género y la edad de los sujetos. Dichas diferencias, en el caso de los mayores que vivían en sus domicilios, fueron significativas entre los solteros y todos los demás ($F=9,9$; $p < .001$), manifestando los solteros estar más insatisfechos que el resto y, en el caso del estatus socioeconómico las diferencias fueron en el sentido esperado, es decir, la satisfacción era mayor conforme el estatus aumentaba ($F=15,9$; $p < .000$). Sin embargo, cuando analizamos a los sujetos que vivían en residencias, pudimos observar que, aunque también existían diferencias significativas en función del

TABLA 10

Escala de satisfacción de Filadelfia en función de la edad y el género (muestra domicilio y residencia). Zamarrón (1999)

		TOTAL	EDAD				GÉNERO	
			65-69	70-74	75-79	80 & +	Hombre	Mujer
Escala de satisfacción de Filadelfia (PGCMS) (muestra domicilio)	N	464	163	115	82	84	192	262
	DT	0,38	0,38	0,38	0,38	0,38	0,38	0,37
	ME	1,51	1,57	1,48	1,48	1,48	1,58	1,45
Escala de satisfacción de Filadelfia (PGCMS) (muestra residencia)	N	437	116	120	90	81	171	207
	DT	0,38	0,38	0,38	0,38	0,38	0,38	0,38
	ME	1,52	1,57	1,5	1,51	1,5	1,56	1,48

* Diferencias significativas a nivel de $p < 0,05$ según prueba de Fisher.

TABLA 11

Escala de satisfacción de Filadelfia en función del estado civil y el estatus socioeconómico. (muestra domicilio y residencia). Zamarrón (1999)

	TOTAL	ESTADO CIVIL					ESTATUS				
		CONYUGADO	VIUDO	VIUVA	SEPARADO	VIUVO	Mejor	Medio	Peor	Medio	Peor
POCSB (Domicilio)	N 454	24	203	4	63	84	122	120	79	16	
	DT	0,05	0,45	0,11	0,14	0,19	0,27	0,37	0,27	0,17	
	ME	1,51	1,57	1,57	1,53	1,4	1,3	1,47	1,5	1,5	
POCSB (Residencia)	N 427	141	85	29	203	112	117	75	39	11	
	DT	0,33	0,2	0,08	0,48	0,26	0,28	0,27	0,27	0,08	
	ME	1,53	1,57	1,59	1,54	1,48	1,43	1,5	1,5	1,5	

* Diferencia significativa a nivel de $p < 0,05$ según análisis de varianzas.
 ** Diferencia significativa a nivel de $p < 0,01$ según análisis de varianzas.
 *** Diferencia significativa a nivel de $p < 0,001$ según análisis de varianzas.

estado civil y del estatus socioeconómico, dichas diferencias no apuntaban en la misma dirección. Eran los viudos los más insatisfechos ($F=2,96$; $p < .05$) y, con respecto al estatus socioeconómico, fueron los de estatus medios los que mostraron mayores niveles de satisfacción ($F=4,9$; $p < .001$). Esto puede explicarse debido a que en la residencia el tipo de vida (comidas, atenciones, etc.) que se lleva es similar para todo el mundo, por lo que, el tener un estatus mejor o peor no hace que la calidad de vida, dentro de la residencia, varíe. Parece, que al ingresar en una residencia, variables tan relevantes, durante toda la vida de los individuos, como el disfrutar de un elevado estatus, perdieran su importancia.

delfia parece ser un instrumento de evaluación de la satisfacción con la vida que reúne una serie de garantías psicométricas aceptables como para poder ser utilizada con fines no solo de investigación sino también clínicos, esencialmente, en diseños intrasujeto cuando se pretenda conocer los efectos de intervenciones sobre el bienestar subjetivo.

Ambiente

El creciente número de personas que viven en ambientes residenciales y las previsiones de aumento en el futuro, hace que sea de inexcusable cumplimiento tanto la investigación de las influencias que este tipo de

portamiento adaptativo durante la vejez, como la construcción de instrumentos que permitan dar cuenta, en la práctica, de tales relaciones con objetivos de descripción, orientación e intervención. Por todo ello, tras una revisión exhaustiva sobre procedimientos de evaluación de residencias de ancianos (Fernández-Ballesteros, 1982; Izal, 1990), y tras seleccionar el *Multiphase Environmental Assessment Procedure* (MEAP), diseñado por Moos y Lemke (1979, 1984, 1996) como el más completo, se procedió a la realización de una serie de estudios preliminares con el objetivo de poner a punto los materiales. En el primero de ellos, Fernández-Ballesteros, Izal, Díaz, González, Vila y Juan-Espinosa (1982) presentaron una primera versión del MEAP. Posteriormente, los instrumentos que integran el MEAP fueron completados con otros con el fin de dar cuenta de la amplia diversidad ambiental realizándose una serie de investigaciones para concluir con la estandarización y validación del *Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos* (SERA).

Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos (SERA) (Fernández-Ballesteros y colaboradores, 1996)

El SERA pretende evaluar de una forma comprensiva y multidimensional residencias para personas mayores. Todos los instrumentos que conforman el SERA han sido elaborados con el fin de tener en cuenta los distintos aspectos contextuales, personales e interactivos considerados relevantes en centros residenciales para sujetos mayores. Los instrumentos que componen el SERA son los siguientes:

- Inventario de Características Arquitectónicas y Físicas (ICAF)
- Inventario de Características de Organización y Funcionamiento (ICOF)
- Inventario de Características de Personal y Residentes (ICPR)
- Escala de Valoración (EV)
- Escala de Clima Social (ECS)
- Listado de Necesidades (LN)
- Cuestionario de Información Personal (CIP)
- Cuestionario de Satisfacción (CS)
- Mapas de Interacción Conducta-Ambiente (MICA)

Procedimientos de administración

El SERA requiere de evalua-

con conocimiento, además de en psicología general, ambiental y evaluación psicológica, en observación sistemática y en técnicas de entrevista.

Con respecto al procedimiento de administración, será necesaria la realización de las siguientes actividades:

1. Visita al centro acompañado por un miembro del personal conocedor de las distintas dependencias. El instrumento a cumplimentar: *Inventario de características Arquitectónicas y Físicas* (ICAF).
2. Entrevista con el director/a. Instrumento a cumplimentar: *Inventario de características de Organización y Funcionamiento* (ICOF).
3. Entrevista con Trabajador Social. Instrumento a cumplimentar: *Inventario de características de Organización y Funcionamiento* (ICOF).
4. Consulta con gobernante. Instrumento a cumplimentar: *Inventario de características de Organización y Funcionamiento* (ICOF).
5. Consulta con jefe de Servicios Técnicos. El instrumento a cumplimentar: *Inventario de características Arquitectónicas y Físicas*

6. Consulta con administrador/a. Instrumento a cumplimentar: *Inventario de características de Organización y Funcionamiento* (ICOF).
7. Consulta de archivos de personal y residentes. Instrumento a cumplimentar: *Inventario de Características de Personal y Residentes* (ICPR).
8. Cumplimentación de formularios diferentes por asistente social y médico o coordinador sanitario. Instrumento a cumplimentar: *Inventario de Características de Personal y Residentes* (ICPR).

En cuanto a la administración de los instrumentos individualizados a residentes y personal, se aplican según se describe seguidamente:

- Administración de instrumentos de aplicación a residentes: Escala de Clima Social (ECS), Cuestionario de Información Personal (CIP), Cuestionario de Satisfacción (CS) y Listado de Necesidades (LN).
- Administración de instrumentos de aplicación a personal: Escala de Clima Social (FCS) y Listado de

El procedimiento empleado para la administración de estos instrumentos difiere según se trate de residentes o personal. Para su administración al personal, se puede proceder, bien reuniendo al personal y exponiéndole el objetivo del estudio y entregando en dicha reunión los cuestionarios o, bien entregando los cuestionarios a los jefes de departamento para que los hagan llegar al personal a su cargo. En ambos casos, se ha de garantizar el anonimato.

Para su administración a los residentes, se reunirá a los residentes y se les explicará el objetivo y utilidad del estudio, así como también la forma de cumplimentar los cuestionarios. En el caso de aquellos residentes que son considerados incapaces de completar los cuestionarios por sí mismo –lo que ocurre con frecuencia– la cumplimentación se efectúa mediante una entrevista personal con cada uno de ellos. Dicha entrevista dura aproximadamente entre 45-90 minutos.

Breve descripción y garantías psicométricas de los instrumentos que componen el SERA

El estudio de estandarización

teros y cols., 1995; Izal, 1992), fué realizado en treinta y dos centros residenciales (todos ellos para personas mayores válidas), con una media de 175 residentes (rango entre 40-289). En la cumplimentación de los instrumentos individualizados (ECS, LN, CS, CIP) participaron 1143 residentes y 320 miembros del personal. A continuación, se va a presentar una breve descripción de cada uno de los instrumentos del SERA así como de sus garantías psicométricas.

El *Inventario de Características Arquitectónicas y Físicas (ICAF)*: Supone la adaptación del «Physical and Architectural Features Checklist, 1979» incluido en el MEAP (Moos y Lemke, 1979, 1984, 1996), evalúa las características arquitectónicas y físicas de centros residenciales para ancianos a través de ocho dimensiones: Accesibilidad a la comunidad, Confort físico, Ayudas socio-recreativas, Ayudas protésicas, Ayudas a la orientación, Características de seguridad, Areas de personal, y Disponibilidad de espacio.

La fiabilidad de las escalas que componen el ICAF, medida a través del índice de consistencia interna de Cronbach, es bastante variable va que oscila

según las correlaciones efectuadas entre las escalas que componen el ICAF, puede decirse que en conjunto el ICAF evalúa aspectos bastante diferenciados de las características físicas y arquitectónicas de las residencias. La fiabilidad interjueces de todas las escalas que forman el ICAF resultó muy elevada ya que los valores oscilaron entre 0,96 y 1,00

El Inventario de Características Organizativas y de Funcionamiento (ICOF): Es una adaptación del «Policy and Organizational Characteristics», incluido en el MEAP, evalúa las características de la organización y funcionamiento de centros residenciales para ancianos. Contiene nueve subescalas: Expectativas de funcionamiento, Tolerancia, Elección organizativa, Control por los residentes, Claridad organizativa, Intimidad, Disponibilidad de servicios de salud, Disponibilidad de asistencia en la vida diaria, Disponibilidad de actividades socio-recreativas.

La fiabilidad medida a través de la consistencia interna de las subescalas que conforman el ICOF oscila entre valores moderados entre 0,45-0,71. La fiabilidad interjueces ha sido muy elevada en todas las subescalas va

ron entre 0,88 y 0,98.

El Inventario de Características de Personal y Residentes (ICPR): Este instrumento es una adaptación del «Resident and Staff Resources Inventory Features», incluido en el MEAP, evalúa las características de los habitantes de un centro de este tipo, entendidas como características «suprapersonales» o definitorias de los grupos humanos (personal y residentes), a través de dimensiones relativas a características del personal, así como a características socio-demográficas de los residentes, su nivel de actividad y funcionamiento y la utilización de los servicios y actividades ofrecidos por la residencia, considerando todos estos aspectos como variables contextuales. El ICPR está formado por siete subescalas: Características del personal, Habilidades funcionales de los residentes, Nivel de actividad de los residentes, Integración de los residentes en la comunidad, Utilización de los servicios de salud, Utilización de asistencia en la vida diaria y Utilización de actividades socio-recreativas.

Los valores obtenidos al hallar la consistencia interna de las subescalas son, en general moderados a excepción de la

nal» y «Utilización de asistencia en la vida diaria» que han obtenido muy poca consistencia interna, 0,20 y 0,22 respectivamente. Por otra parte, se ha podido comprobar que las subescalas son independientes entre sí ya que no existe ninguna correlación significativa entre ellas.

La Escala de Valoración (EV) es el resultado de la adaptación española de la «Rating Scale» incluida en el MEAP. La escala de valoración, no evalúa características ambientales o personales diferentes a las contempladas en el ICAF, ICOF e ICPR, si no que da cuenta de aspectos físicos, organizativos y de personal o residentes a través de un procedimiento diferente a los utilizados en los inventarios. La EV incluye cuatro amplias dimensiones, dos de ellas hacen referencia a características ambientales (Atractivo físico y Diversidad ambiental), y las otras dos tienen que ver con aspectos organizativos de residentes y/o personal (Funcionamiento de los residentes y Funcionamiento del personal).

La consistencia interna medida por el alpha de Cronbach de las subescalas contenidas en la Escala de Valoración, han sido moderadamente altas. Asimismo,

los valores obtenidos por distintos evaluadores con objeto de hallar la fiabilidad interjueces, dichos valores se situaron entre 0,69 y 0,77. Por otra parte, se ha podido comprobar que las subescalas que forman la Escala de Valoración no son independientes entre sí, ya que existen relaciones significativas entre la subescala sobre «Diversidad ambiental» y la de «Atractivo físico».

La Escala de Clima Social (ECS): es una adaptación de la «Sheltered Care Environmental Scale», incluida en el MEAP. El objetivo de esta escala es el de evaluar el ambiente psico-social de una residencia. Más específicamente, se trata de dar cuenta del «clima social» de las residencias de ancianos. La ECS consta de 63 ítems de doble alternativa de respuesta (sí/no) referidos a aspectos múltiples del funcionamiento y estructura de este tipo de institución. Las siete subescalas que integran este instrumento pueden agruparse en tres dimensiones básicas de clima social: las relacionales (cohesión y conflicto), de desarrollo personal (independencia y expresividad) y, por último, de mantenimiento y cambio del sistema (organización, influencia de los residentes y confort físico).

Los valores obtenidos a través del alpha de Cronbach, indican que la fiabilidad de las subescalas es alta, ya que oscilan entre 0,74 y 0,91. Por otra parte, se pudo comprobar como las subescalas que integran la ECS no son independientes entre sí ya que existen correlaciones significativas entre las mismas. Con respecto a la validez cruzada tomando los resultados de la muestra de residentes y la del personal los valores son muy altos, oscilando entre 0,94 y 0,82. La conclusión es que la percepción que los habitantes de una residencia tienen sobre ella es generalizable a través de distintos grupos de sujetos.

El Listado de Necesidades (LN). El concepto de necesidad es evaluado a través de las posibilidades de mejoras manifestadas por los habitantes de una residencia. Así, consta de doce elementos que hacen referencia a los servicios más importantes de los ofertados por la residencia. En tal listado, se pregunta sobre la posibilidad de mejora de dichos servicios. Los servicios listados hacen referencia a las relaciones entre residentes/residentes, relaciones entre personal/residentes, características físicas y arquitectónicas de la residencia, organización de la

actividades de tiempo libre, culturales y sociales, horarios, servicio de comida, limpieza de las instalaciones, normas para las visitas, actividades programadas por la residencia y otros posibles servicios no listados. Este instrumento puede ser aplicado tanto a residentes como a miembros del personal mediante dos formas: autoaplicación y mediante entrevista.

Con el fin de analizar la información proveniente de este instrumento, se ha establecido una categorización de las respuestas dadas por los residentes y los miembros del personal. Así, se han establecido 21 categorías de respuesta en las cuales se engloban todas las mejoras expresadas por ambos colectivos. Mediante el índice Kappa (Cohen, 1968) se ha establecido una fiabilidad interjueces en la clasificación de las respuestas de 0,69 ($p < 0,01$) (Hernández, 1990).

El Cuestionario de Satisfacción (CS): La satisfacción es evaluada mediante auto-informe a través de un cuestionario en el que se interroga a los residentes sobre distintos aspectos de la residencia, abarcando desde características arquitectónicas y físicas de la propia residencia hasta las relaciones internerso-

Consta de siete elementos.

Con el fin de comprobar la consistencia interna de la escala se halló el coeficiente alpha de Cronbach, obteniendo un índice de 0,88 lo cual habla de una elevada consistencia interna del cuestionario.

El Cuestionario de Información Personal (CIP): El CIP tiene como objetivo evaluar variables personales potencialmente relevantes en las residencias de ancianos. El CIP consta de 44 elementos y recoge información acerca de cuatro aspectos que se han considerado importantes en población institucionalizada en edad avanzada: habilidades funcionales, actividad personal, integración en la comunidad y salud. También se incluyen cuestiones relativas a información sociodemográfica de carácter general sobre el residente, tales como sexo, edad, estado civil, nivel de educación, ocupación anterior, antigüedad en el centro y motivos por los que ingresó.

Los valores de consistencia interna obtenidos en las subescalas han sido moderadamente altos ya que oscilan entre un alpha de 0,57 en salud y un 0,70 en habilidades funcionales. La fiabilidad test-retest de la escala,

las aplicaciones, muestra una buena estabilidad temporal para las cuatro dimensiones: Habilidades funcionales (0,94). Actividad Personal (0,82). Actividad en la Comunidad (0,85). Salud (0,95).

Los Mapas de Interacción Conducta Ambiente (MICA): suponen un método de recogida de información no estructurado y, por tanto, se diferencia de los demás elementos del SERA, ya que no puede considerarse como un dispositivo estándar sino como una procedimiento abierto de recogida de información. Sin embargo, pareció importante que fuera integrado en el SERA ya que permite la recogida de datos interactivos entre aspectos ambientales de una residencia y el comportamiento de sus habitantes. Además, el MICA se ha mostrado particularmente sensible a tratamientos ambientales, por lo que se recomienda sea utilizado como medida de variables dependientes interactivas cuando vayan a realizarse intervenciones que comprometan las relaciones entre el comportamiento de los residentes y aspectos o variables del ambiente.

Con respecto a sus garantías psicométricas, dos han sido las investigadas: de una parte, el

nos da una medida de la objetividad de las representaciones y cuantificaciones procedentes de este procedimiento y, de otra, la demostración de su sensibilidad a la hora de ser utilizado como medida de variable dependiente en intervenciones ambientales. Con respecto al acuerdo interobservadores, éste ha obtenido valores entre 0,90 y 1 (Fernández-Ballesteros, Izal, Díaz, González, Vila y Espinosa, 1982). Por lo que se refiere a la sensibilidad de las mediciones procedentes del MICA ante manipulaciones ambientales éste parece ser adecuado, siendo el índice numérico procedente de la categoría «interacción» uno de los que se vieron más fuertemente influidos en el sentido esperado, tras un programa de intervención, tal y como se recoge en el último de los trabajos anteriormente citados. Así, tal indicador pasó de un 16% de interacciones anteriores a la intervención a un 52% tras la implantación de la misma. Tal diferencia fue significativa al nivel de probabilidad establecido.

Utilidad y aplicaciones:

1. *Descripción del medio ambiental.* El SERA permite obtener descripciones detalladas sobre características físicas del centro.

organizativas, los grupos humanos, el clima social, satisfacción y necesidades manifestadas por residentes y personal. Esta información puede ser útil tanto para los responsables de los organismos de los que dependen estos centros como para el propio personal que trabaja en la residencia, ya que proporciona una descripción comprehensiva del funcionamiento del centro en un momento determinado.

2. *Comparaciones entre residencias.* Lo que permite no sólo establecer las diferencias en cuanto al nivel de calidad de los servicios ofrecidos por cada una de ellas, sino también comprobar las relaciones entre distintas características. Por ejemplo, contrastar en un conjunto de residencias si determinados aspectos de funcionamiento (tales como una alta claridad organizativa, una buena organización y una influencia notable por parte de los residentes en la toma de decisiones) se ven acompañadas de otras características positivas (por ejemplo, de un buen clima social).

3. *Valoración de cambios ambientales.* El SERA puede ser administrado en distintos momentos de la vida de una residencia para comprobar si se han producido cambios debidos a la implantación de algún programa de intervención o debidos a algún otro tipo de modificación y/o cambio. Por ejemplo, verificar en qué medida se modifican los procedimientos de organización o el clima social de una residencia después de que el personal haya seguido un curso de formación.

4. *Identificación de determinantes del clima social.* Este instrumento puede ayudar a explicar la relación entre variables arquitectónicas, organizativas y de los grupos humanos, y criterios observables específicos. Algunos estudios indican que un tamaño grande y/o una baja tasa de personas/residentes en residencias tienen importantes efectos negativos (por ejemplo, las tasas de absentismo y accidentes tienen a elevarse en función del tamaño de la residencia), así como en la configuración del clima social. Sin embargo, estos

te no tienen un impacto directo sobre el comportamiento, sino que su influencia es indirecta. Por tanto, son importantes porque afectan a las percepciones, actitudes y valores, modificando, de esta forma, las características del medio social que, a su vez, influyen directamente sobre el comportamiento.

5. *Proporcionar información y facilitar el cambio.* En una residencia de ancianos es difícil mantener un tipo de comunicación abierta que permita contrastar opiniones e identificar problemas antes de que éstos lleguen a alcanzar proporciones críticas. La información sobre los resultados de la evaluación puede favorecer la comunicación entre el personal de la residencia y motivarle a buscar soluciones a los problemas que puedan haberse detectado. Además la utilización de la escala de Clima Social (ECS), dando información sobre los resultados obtenidos a residentes y personal, puede servir para aumentar la comunicación entre estos colectivos.

6. *Proporcionar información a*

nal. La dificultad que supone para un nuevo residente o miembro del personal adaptarse a un medio nuevo se ve aumentada por el desconocimiento de este medio. Por este motivo, los resultados obtenidos con el SERA pueden emplearse para proporcionar información a nuevos residentes sobre el medio del que van a formar parte y servir de guía y orientación.

7. *Comparaciones inter-culturales.* Este instrumento permite establecer comparaciones entre instituciones para ancianos a través de distintas regiones, culturas y países.

Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto de enorme trascendencia social y ello por cuanto los objetivos últimos de la gran mayoría de los programas de acción social y sanitaria se refieren al incremento de la calidad de vida en los colectivos atendidos. Por tanto, a la hora de valorar programas y servicios en estos ámbitos se requerirá la utilización de indicadores, estimaciones o instrumentos de medida de tal concepto.

Partiendo de un concepto multidimensional de calidad de vida y centrándose en las personas mayores de 65 años, a lo largo de una serie de estudios conceptuales y metodológicos (Fernández-Ballesteros y Maciá, 1993; Fernández-Ballesteros, y cols., 1996), se construyó un instrumento de evaluación que llamamos *Cuestionario Breve de Calidad de Vida* (CUBRECAVI).

Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)
(Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996)

La construcción del CUBRECAVI llevó consigo los siguientes pasos:

1. En primer lugar se investigó el concepto popular y experto (teórico) de calidad de vida. Tal investigación se realizó mediante entrevista estructurada aplicada a una muestra representativa de población española (de 18 años en adelante; N=1200). Los resultados permitieron establecer los componentes esenciales de la calidad de vida (Fernández-Ballesteros y Maciá, 1993). Así, los ingredientes o áreas de la calidad de vida fueron

social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad social, satisfacción

con la vida, educación, ingresos y servicios sociales.

2. En segundo lugar se construyó un extenso cuestionario en el que recogían todos los componentes o áreas detectadas como importantes en el concepto de calidad de vida formulado. Dicho cuestionario, se administró a 1014 sujetos mayores de 65 años de los cuales la mitad vivían en sus domicilios y la otra mitad lo hacían en residencias de ancianos, tanto públicas como privadas (Fernández-Ballesteros y cols., 1996).
3. Con base en los resultados procedentes del estudio anterior, los ítems fueron reducidos realizándose nuevos análisis con el fin de establecer algunas de las garantías psicométricas de esta última versión: fiabilidad en el sentido de consistencia interna, validez criterial y validez de constructo. Finalmente se desarrollaron baremos para todas las áreas y para la puntuación total del CUBRECAVI.

Áreas y preguntas que contiene

El CUBRECAVI contiene 17 elementos agrupados en 9 áreas: Salud (salud subjetiva, objetiva y psíquica), Integración social, Habilidades funcionales, Actividad y ocio, Calidad ambiental, Satisfacción con la vida, Educación, Ingresos, y Servicios sociales y sanitarios. Con el fin de poder ponderar la importancia subjetiva e idiográfica de cada uno de los componentes, el CUBRECAVI contiene también una pregunta en la que se interroga sobre el orden de importancia que el sujeto atribuye a los distintos determinantes de la calidad de vida.

Garantías psicométricas

Por lo que se refiere a la fiabilidad, se halló el alpha de Cronbach de cinco de las áreas que componen el CUBRECAVI: salud, integración social, actividad y ocio, habilidades funcionales y ambiente. Los índices de consistencia interna fueron moderadamente altos (entre 0,92 y 0,70) para todas las áreas excepción hecha de integración social.

Por su carácter multidimensional, gran parte de nuestros análisis sobre la calidad de vida se

mientos factoriales. En este caso, sometimos a los elementos del CUBRECAVI a un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax. El análisis dio lugar a 8 factores que corresponden muy ajustadamente a las áreas teóricamente consideradas como componentes de la calidad de vida: Salud, Habilidades funcionales, Actividad y ocio, Calidad ambiental, Calidad de vida objetiva (ingresos y estudios) y Subjetiva (satisfacción con la vida y salud subje-

tiva) y Relaciones interpersonales. Dichos factores explican el 78,2% de la varianza. Por tanto, los análisis factoriales realizados pusieron de manifiesto la validez del constructo formulado de calidad de vida.

Por último, se realizó un análisis de regresión en el que se introdujeron como predictores los 19 elementos del CUBRECAVI (a excepción hecha de «satisfacción con la vida») y como criterio subjetivo de la cali-

TABLA 12

Análisis de regresión por elementos (variable criterial, la satisfacción con la vida)
(Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996)

ELEMENTOS	BETA	T	SEGT
INGRESOS	-.02	-.29	.76
VALERSE POR SI MISMO	.15	1.33	.17
FRECUENCIA RELACIONES SOCIALES	-.06	-.90	.37
SATISFAC. VIVIENDA/RESIDENCIA	.39	3.637	.0004
NEUROTIICISMO	.14	1.51	.13
ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR	.02	.346	.72
SATISFAC. RELACIONES SOCIALES	.05	.685	.49
CUIDAR DE SU ASPECTO FÍSICO	.10	.547	.51
SATISFAC. CON SU ESTADO DE SALUD	.31	3.64	.0004
NIVEL DE ESTUDIOS	-.02	-.314	.73
SATISF. ACTIVIDADES VIDA DIARIA	.60	.64	.0005
MEMORIA	-.11	-1.201	.23
ORIENTACIÓN	.06	.639	.52
DOLORES	-.02	-.25	.80
CAMINAR	.02	.175	.86
SATISF. ASPECTOS VIV/RESIDENCIA	-.19	-1.76	.08
TAREAS CASERAS	.02	.193	.84
FRECUENCIA ACT. VIDA DIARIA	-.48	-2.605	.0104
TAREAS FUERA DE CASA	-.01	-.057	.95
REGRESIÓN MÚLTIPLE R = .66			

dad de vida se utilizó la pregunta sobre «satisfacción con la vida». La correlación múltiple obtenida fue de .66. (Tabla 12)

Administración

El CUBRECAVI fue concebido para ser administrado mediante entrevista (con tarjetas) o autoadministrado a personas mayores. La versión mediante entrevista, debe ser aplicada por un entrevistador que haga las preguntas a los sujetos y les muestre, al mismo tiempo, las correspondientes tarjetas ampliadas de cada pregunta (tarjetas A-Q). El instrumento puede ser también autoaplicado utilizando un protocolo elaborado ad-hoc en el que hemos aumentado el tamaño de la letra del cuestionario original (cuestionario para el entrevistador). Este autoinforme sólo se podrá utilizar en el caso de que el entrevistado esté capacitado tanto sensorial como culturalmente. Consideramos que está capacitado sensorialmente si puede leer el texto. Es exigible el dominio de la lectura a nivel de graduado escolar para que el cuestionario se pueda autoadministrar.

Aplicaciones

El CUBRECAVI ha sido cons-

medida de la calidad de vida a un nivel de primera discriminación. Presenta tres esenciales áreas de aplicación:

- 1) En primer lugar permite la posibilidad de comparar, mediante baremos, a un determinado sujeto con un grupo normativo (la muestra de estandarización). Así, por ejemplo, pretendemos comparar a un determinado anciano residente en una determinada residencia con lo que ocurre en una muestra representativa de población española mayor.
- 2) En segundo lugar nos permitirá comparar -en términos de puntuaciones directas o normativas- a una persona mayor antes y después de un determinado evento. Así, por ejemplo, podemos examinar la calidad de vida de un sujeto antes de que le sea enviada la ayuda domiciliaria y después de un tiempo de recibir esta ayuda.
- 3) En tercer lugar, en diseños de grupo, permite la comparación de sujetos que habitan en distintas residencias o que reciben distintos pro-

tos tipos de pensiones, etc.

En resumen, El CUBRECAVI parece ser útil a la hora de evaluar calidad de vida desde una perspectiva multidimensional, sobre todo cuando se pretenda realizar comparaciones inter e intraindividuales y valorar programas de intervención con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Conviene concluir diciendo que el CUBRECAVI se halla en fase

experimental y que nuevas investigaciones podrán matizar y/o complementar lo hasta aquí dicho.

Hasta aquí la presentación de cuatro instrumentos adaptados y/o contruidos para la evaluación de cuatro importantes áreas en la consideración psicológica de esta etapa del ciclo de la vida: el funcionamiento intelectual y afectivo, el ambiente y la calidad de vida. Por supuesto, ni que decir tiene que, en la prácti-

REFERENCIAS

- Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza.
- Cohen, J. (1968). Weighted Kappa: nominal scale agreement with provision of scales disagreement or partial credit, *Psychology Bulletin*, 70, 213-220.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective wellbeing: Happy and unhappy people, *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Diener, E., Sandvik, E., Seidlitz, L., & Diener, M. (1993). The relationship between income and subjective well-being: Relative or absolute? *Social Indicators Research*, 28, 195-223.
- Emmons, R.A. & Diener, E. (1983). Influence of impulsivity and sociability on positive and negative affect. Manuscript submitted for publication. University of Illinois at Urbana, Champaign.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). El contexto en evaluación psicológica. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.): *Evaluación de contextos*, 9-49. Murcia: Universidad de Murcia.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (1992). *Introducción a la evaluación psicológica*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (1995). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive*. Lección inaugural del curso académico 1996-1997. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Díaz, P., González, J.L., Vila, E., y Espinosa, J.M. (1982). Estudio psicopsicológico de una residencia de ancianos. En R. Fernández-Ballesteros. *Evaluación de contextos*. Murcia: Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J.L. y Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.
- Fernández-Ballesteros, R. y cols. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Barcelona: SG Editores-Fundación Caja Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. y Staats, W. (1992). Paradigmatic behavioral assessment, treatment, and evaluation: answering the crisis in behavioral assessment. *Advances in Behavioral Research and*

- Fernández-Ballesteros, R., y Maciá, A. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Intervención social*, 5, 77-94.
- Fernández-Ballesteros, R. y cols. (1995). *Sistema de evaluación de residencias de ancianos SERA*. Madrid: Inerser.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D. y Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: Inerser.
- Fernández-Ballesteros, R. y Zamarrón, M.D. (1996). New findings on social desirability and faking. *Psychological Reports*, 79, 612-614.
- Fernández-Ballesteros, R., Iñiguez, J. y López, M.D. (1998). Trastornos asociados a la vejez. En M.A. Vallejo Pareja (Eds): *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dikinson.
- Freund, A.M. y Baltes, P.B. (1998). Selection, Optimization, and Compensation as Strategies of Life Management: Correlations With Subjective Indicators of Successful Aging. *Psychology and Aging*, 13, (4), 531-543.
- Gallo, J.J., Reichel, W., y Andersen, L. (1988). *Handbook of Geriatric Assessment*. Rockville, MD: Aspen Publications.
- Gorman, B.S. (1972). A multivariate study of the relationships of cognitive control and cognitive style principles to reported daily mood experiences. (Doctoral dissertation, City University of New York, 1971). *Dissertation Abstract International*, 32, 4211B. (University Microfilms, N.º 72-5071).
- Hernández, J.M. (1990). *Evaluación de Programas de Acción social: una propuesta metodológica sobre programas para la tercera edad*. Tesis Doctoral.
- Izal, M (1990). *Evaluación de contextos. Una metodología para la evaluación ambiental de Centros residenciales para ancianos*. Tesis doctoral
- Izal, M. (1992). Residential facilities for older adults: Cross-cultural environmental assessment. *European Journal of Psychological Assessment*, 8, 118-134.
- Lawton, M.P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.
- Lohmann, N.L.P. (1977). *Comparison of life satisfaction, morale and adjustments scales on an elderly population* (Doctoral Dissertation, Brandeis University).
- Montorio, I. (1994). *La persona mayor, guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid: Inerser.
- Moos, R.H., y Lemke, S. (1979). *The Multiphasic Environmental Assessment Procedure (MEAP)*. Palo Alto, California: *Data Collection Forms*. Social Ecology Laboratory, VA and Stanford University Medical Center.
- Moos, R.H., y Lemke, S. (1984). *Multiphasic Environmental Assessment Procedure (MEAP)*. Palo Alto, California: Manual, Social Ecology Laboratory, VA and Stanford University Medical Center.
- Moos, R.H., y Lemke, S. (1996). *Evaluating Residential Facilities*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Moriwaki, S.Y. (1974). The Affect Balance Scale: A validity study with aged samples. *Journal of Gerontology*, 29, 73-78.
- Morris, J.N. y Sherwood, S. (1975). A retesting and modification of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. *Journal of Gerontology*, 30, 77-84.
- Neugarten, B.L., Havinghurst, R.J., & Tobin, S.S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- Patie, A.H., y Gilleard, C. (1976). The Clifton Assessment Schedule-further validation of a psychogeriatric assessment schedule. *British Journal of Psychiatry*, 129, 68-72
- Patie, A.H., y Gilleard, C. (1999). *Clifton. Procedimientos de Evaluación de Ancianos de Clifton (B)*. Tea. Madrid.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23.
- Reig, A. y Fernández-Ballesteros, R. (1994) *Evaluación en la vejez*. En R. Fernández-Ballesteros (Dir): *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Wechsler, D. (1999). *WAIS III, Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos III*. Madrid: TEA Ediciones
- Zamarrón, M.D. (1999). *Bienestar subjetivo en la vejez*. Tesis Doctoral