



Universidad de Santiago de Compostela, Facultad de  
Psicología

**Trabajo Fin de Máster**

**Modalidad 4**

**“Diseño de un proyecto de  
investigación”**

**Autora del TFM**

**Tutor**

**Evaluación de la Calidad de  
Vida en Mayores  
Institucionalizados**

**Ingri Sandoval García**

**David Facal Mayo**

**Máster Interuniversitario en Psicogerontología**

**Curso 2021-2022**

**Convocatoria de Julio**

AVALIACIÓN DA CALIDADE  
DE VIDA EN MAIORES  
INSTITUCIONALIZADOS

EVALUATION OF QUIALITY  
OF LIFE IN INSTITUTIONALIZED  
ELDERS

EVALUACIÓN DE LA  
CALIDAD DE VIDA EN  
MAYORES  
INSTITUCIONALIZADOS

# Resumo

A calidade de vida (CV) fai referencia a como percibe o individuo a súa propia vida tendo en conta o contexto e o sistema de valores nos que vive, ademais da relación cos seus obxectivos, normas e preocupacións. Este termo relacionado coas persoas maiores resultou de gran relevancia desde hai anos debido entre outros aspectos ao envellecemento poboacional, aumento da esperanza de vida e incremento da institucionalización. Ante este último aspecto e reflectíndose en numerosas investigacións que a CV reduciuse nos maiores institucionalizados, a avaliación da CV e as residencias convertéronse nun aspecto e espazo de interese. A avaliación da CV require dunha operativización rigorosa que debido ao seu carácter multidimensional en ocasións é complexa. Con todo, resulta imprescindible para as residencias de maiores contar con instrumentos fiables e válidos que permitan realizar unha avaliación da CV o máis rigorosa posible e que permita coñecer os aspectos dignos de mellorar para lograr un incremento nesta ou al menos evitar un empeoramento. Co obxectivo de coñecer cales aspectos se relacionan ou inciden na CV proponse unha investigación na que se realice unha avaliación da CV que aborde de maneira completa os distintos aspectos que a conforman (obxectivos e subxectivos), abarcando as variables relacionadas con esta (xénero, idade, tempo e motivo de institucionalización, dependencia, rendemento cognitivo, síntomas de soidade e depresivos, risco de caída e estado nutricional) e que foron sinaladas en numerosas investigación como relevantes á hora de avaliar a CV. Para iso e co fin de poder extrapolar os resultados e replicar a proposta de investigación, seleccionáronse o WHOQOL- BREF e o CASP-12 como os dous instrumentos máis adecuados para abordar a CV e tivéronse en conta as variables mencionadas.

**Palabras chave:** maiores, calidade de vida, residencias, institucionalización, avaliación da calidade de vida

# Abstract

Quality of life (QOL) refers to how the individual perceives his or her own life, taking into account the context and value system in which he or she lives, as well as the relationship with his or her goals, norms and concerns. This term related to the elderly has been of great relevance for years due, among other aspects, to population aging, increased life expectancy and increased institutionalization. Given this last aspect and reflecting in numerous investigations that QOL has been reduced in institutionalized elderly, QOL assessment and residences have become an aspect and space of interest. The assessment of QOL requires a rigorous operationalization that, due to its multidimensional nature, is sometimes complex. However, it is essential for nursing homes to have reliable and valid instruments that allow the most rigorous possible evaluation of QOL to be carried out in order to know which aspects need to be improved in order to achieve an improvement in QOL or at least avoid a worsening. With the aim of finding out which aspects are related to or have an impact on QOL, a research study is proposed in which an evaluation of QOL is carried out that comprehensively addresses the different aspects that make it up (objective and subjective), covering the variables related to it (gender, age, time and reason for institutionalization, dependence, cognitive performance, loneliness and depressive symptoms, risk of falling and nutritional status) and which have been pointed out in numerous studies. In order to extrapolate the results and replicate the research proposal, the WHOQOL-BREF and the CASP-12 have been selected as the two most appropriate instruments to address QOL and the aforementioned variables have been taken into account.

**Keywords:** elders, quality of life, nursing homes, institutionalization, quality of life assessment

# Resumen

La calidad de vida (CV) hace referencia a cómo percibe el individuo su propia vida teniendo en cuenta el contexto y el sistema de valores en los que vive, además de la relación con sus objetivos, normas y preocupaciones. Este término relacionado con las personas mayores ha resultado de gran relevancia desde hace años debido entre otros aspectos al envejecimiento poblacional, aumento de la esperanza de vida e incremento de la institucionalización. Ante este último aspecto y reflejándose en numerosas investigaciones que la CV se ha visto reducida en los mayores institucionalizados, la evaluación de la CV y las residencias se han convertido en un aspecto y espacio de interés. La evaluación de la CV requiere de una operativización rigurosa que debido a su carácter multidimensional en ocasiones resulta compleja. No obstante, resulta imprescindible para las residencias de mayores contar con instrumentos fiables y válidos que permitan realizar una evaluación de la CV lo más rigurosa posible que permita conocer los aspectos dignos de mejorar para lograr una mejora en esta o al menos evitar un empeoramiento. Con el objetivo de conocer cuáles aspectos se relacionan o inciden en la CV se propone una investigación en la que se realice una evaluación de la CV que aborde de manera completa los distintos aspectos que la conforman (objetivos y subjetivos), abarcando las variables relacionadas con esta (género, edad, tiempo y motivo de institucionalización, dependencia, rendimiento cognitivo, síntomas de soledad y depresivos, riesgo de caída y estado nutricional) y que han sido señaladas en numerosas investigaciones. Para ello y con el fin de poder extrapolar los resultados y replicar la propuesta de investigación, se han seleccionado el WHOQOL-BREF y el CASP-12 como los dos instrumentos más adecuados para abordar la CV y se han tenido en cuenta las variables mencionadas.

**Palabras clave:** mayores, calidad de vida, residencias, institucionalización, evaluación de la calidad de vida

# Índice

Introducción.....	1
Justificación .....	2
Fundamentación Teórica.....	3
Residencias e Institucionalización.....	3
Calidad de Vida (CV).....	7
Calidad de Vida en Mayores Institucionalizados .....	10
Evaluación de la Calidad de Vida (CV) .....	13
Objetivos.....	21
Metodología.....	22
Diseño .....	22
Criterios de Selección de Participantes.....	23
Materiales e Instrumentos de la Investigación.....	24
Procedimiento de la Investigación .....	29
Desarrollo y Descripción De Las Tareas y Sesiones.....	30
Estimación de los Resultados y Discusión .....	33
Referencias .....	37
Anexos.....	48

# Introducción

En la actualidad y desde hace unas décadas asistimos a un cambio demográfico que afecta a la distribución por edades, observándose un envejecimiento poblacional no solo a nivel mundial sino también a nivel europeo, nacional y autonómico. Desde hace años, en España, el fenómeno de envejecimiento se observa especialmente acelerado, como consecuencia de una mayor longevidad, ya que en menos de 30 años se ha duplicado el número de personas mayores de 65 años y, se prevé que para el año 2050, las personas mayores de 65 años representarán más del 30% del total de la población (Fernández et al., 2010). En estos momentos, el 19,77% de la población española es mayor de 65 años (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2021), y en el caso concreto de Galicia, es una de las Comunidades Autónomas con mayor proporción de personas mayores (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2018). En la misma línea, el Instituto Galego de Estadística (IGE, 2021) indica que el 25,7% de la población gallega es mayor de 65 años y, que en 2035 será un 30,1%.

Este fenómeno influye directamente en la asistencia sanitaria y social a los adultos mayores, condicionando una atención gerontológica que incluye desde las dificultades propias de estas edades hasta la asistencia al final de la vida. Además, el proceso de envejecimiento conlleva una serie de cambios a distintos niveles (fisiológicos, morfológicos, sociales, funcionales y psicológicos) que tienen repercusiones en la autonomía e independencia funcional, así como en la calidad de vida de las personas mayores. Por lo tanto, vivir más no está necesariamente asociado con una mejor calidad de vida (Marventano et al., 2014). A medida que las personas envejecen, su calidad de vida se ve determinada en gran medida por su capacidad para mantener la autonomía y la independencia (Herazo-Beltrán et al., 2018).

Una de las consecuencias de este proceso de envejecimiento es la mayor susceptibilidad de las personas mayores a problemas físicos y cognitivos, existiendo un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, como síntomas depresivos, polifarmacia y la presencia de síndromes geriátricos, como inmovilidad, caídas o incontinencia urinaria, deterioro cognitivo y, en general una mayor dependencia de las actividades de la vida diaria, aspectos que están fuertemente asociados con el aumento de la tasa de institucionalización (Silva et al., 2020). Esta mayor presencia de enfermedades físicas y mentales, deterioro cognitivo, cronicidad, discapacidad

funcional y dependencia se asociada al proceso de institucionalización (Acevedo, 2014; Belleau, 2007; Böckerman et al., 2011; De Almeida et al., 2012; Fernández-Ballesteros et al., 2001; Nihtilä y Martikainen, 2008) es decir, al ingreso de la persona mayor en un centro gerontológico residencial.

En este contexto de envejecimiento e institucionalización ha de considerarse el riesgo de verse reducida la calidad de vida para aquellas personas mayores que viven en entornos gerontológicos como son las residencias, en comparación con las que viven en la comunidad (Carcavilla et al., 2021). La institucionalización contribuye a la aparición de pensamientos, sentimientos, actitudes negativas y al rechazo, que compromete el estado emocional del anciano, sus condiciones mentales y su la calidad de vida (Malaquias et al., 2015). Frente al aumento de la demanda y la ocupación de centros residenciales (Envejecimiento en Red [EnR], 2020; Salvà et al., 2014) el impacto de la institucionalización pone en riesgo la calidad de vida de las personas mayores dependientes y subraya la necesidad de nuevos modelos de cuidado.

## **1.1. Justificación**

La situación de envejecimiento poblacional a distintos niveles (IMSERSO, 2018, INE, 2021; OMS, 2015), el aumento de la esperanza de vida a nivel mundial (OMS, 2015), las posibles consecuencias de la institucionalización (Baldwin et al, 1993; Guevara-Peña, 2016; Leturia, 1999; Ludi, 2011; Muñoz, 2015), la necesidad de aumentar CV a los años y no solo años de vida (Gómez et al., 2008 ) la importancia de la evaluación de la CV que permita diseñar actuaciones que fomenten la salud, bienestar, así como acciones para mejorarla (Carcavilla et al., 2021; Pérez-Rojo et al., 2017) el incremento considerable de la utilización de los centros residenciales, especialmente en personas de más de 80 años (EnR, 2020) se convierten en un conjunto de razones que reflejan que el abordaje de la CV de las personas mayores es una necesidad emergente, especialmente en los entornos residenciales. Además, dada la problemática de la aproximación conceptual de CV, debido a su naturaleza múltiple y compleja, y la coexistencia de enfoques (objetiva, subjetiva o ambas) se requiere de una operativización rigurosa de la misma (Molero et al., 2012). Por todo ello, se propone el presente trabajo, cuyo objetivo principal es el de proponer una evaluación de la CV en mayores institucionalizados que contemple tanto factores objetivos y subjetivos de la

CV, y que los relacione con variables relevantes en el contexto de los centros gerontológicos residenciales.

Para desarrollarla se ha tomado como punto de partida, por un lado, el abordaje teórico expuesto a continuación, así como el análisis de las principales escalas de evaluación disponibles en nuestro país, y por otro, la experiencia en las Prácticas Externas en el centro gerontológico residencial DomusVi de Oleiros.

Para plantear la propuesta de investigación, en primer lugar, se realizará una descripción teórica de los aspectos más relevantes de la población mayor institucionalizada, en la que se justificará la necesidad de la propuesta, así como los objetivos que se persiguen. Después se describirá la metodología a seguir y por último se expondrán los resultados estimados.

## **Fundamentación Teórica**

### ***Residencias e Institucionalización***

El envejecimiento de la población es uno de los muchos cambios que han ido ocurriendo en nuestra sociedad, pues la transformación en los modelos de familia (dificultad de conciliación de la vida familiar y laboral, mayor número de familias monoparentales) también está patente, dejándose atrás las visiones más tradicionales que incluían el cuidado de las personas mayores en el núcleo de la familia extensa, y cediendo esta responsabilidad, ante la situación social actual de necesidad de atención a mayores, a los centros residenciales, que han ido cobrando gran importancia (Domínguez-Fernández, 2014).

La concepción tradicional de los centros residenciales está ligada a la época de la beneficencia, en la que estaban destinados a personas sin recursos o sin familiares cercanos que pudieran hacerse cargo. Hoy en día, aunque esta concepción se ha superado a nivel teórico, a nivel cultural y social siguen existiendo estereotipos negativos con respecto a estos centros, que generan, por un lado, sentimientos de frustración y culpabilidad en los familiares de personas mayores dependientes que optan por recurrir a estos recursos y, por otro lado, repercusiones físicas, sociales y psicológicas en las personas mayores (Domínguez-Fernández, 2014).

Las residencias se definen como establecimientos destinados al alojamiento, ya sea permanente o temporal, que cuentan con servicios y programas de intervención

según las necesidades individuales de las personas residentes, y cuyo fin es el de proporcionar una mejor calidad de vida y promover la autonomía personal del mayor (IMSERSO, 2018). Se busca en ellas, por lo tanto, ofrecer una atención integral a la persona mayor en distintas áreas: médica, enfermería, terapia ocupacional, psicológica, educativa y social y de recuperación funcional.

El ingreso en este tipo de centros implica lo que se denomina institucionalización. Entre los factores que propician y predicen tal acto Nihtilä y Martikainen (2008) en sus investigaciones hacen referencia a que vivir solo, la pérdida del cónyuge, presentar enfermedades neurológicas o sufrir accidente cerebrovascular, se convierten en los principales motivos de institucionalización. En concreto, indican que entre los hombres, los que viven solos tienen un 70% más de probabilidades de ser institucionalizados, independientemente de la edad o de la zona de residencia. El menor riesgo de institucionalización se explica por un mayor nivel educativo, altos ingresos económicos, menor probabilidad de tener síntomas depresivos y por mejores condiciones de vivienda. Además, el hecho de tener un conyugue tenía un papel importante en la prevención y el retraso de institucionalización tanto entre los hombres como entre las mujeres. Goodwin et al. (2011) sin embargo, indica como variable predominante la hospitalización. En su investigación, en la que se compara mayores institucionalizados que previamente han sido o no hospitalizados, señala que el 75% de los ingresos en residencias fueron precedidos por una hospitalización en los 120 días anteriores. Además, el riesgo de hospitalización variaba según el diagnóstico, siendo los trastornos del sistema nervioso central los que presentaban mayor riesgo. También la probabilidad era de 6 veces mayor en los mayores con diagnóstico de demencia. La relación entre la hospitalización y la posterior institucionalización puede explicarse debido a que ante un acontecimiento grave como un ictus que precipita una hospitalización, cambia permanentemente el estado funcional del mayor y se requiere de una atención a largo plazo. Pynnönen et al. (2012) señala la escasa implicación en actividades sociales. Además, indican que participar en actividades sociales colectivas (visitar el teatro, ir a conciertos, ver películas, cantar en un coro, tocar un instrumento musical, pintar, actuar en organizaciones o ir a misa) reduce en un 30% el riesgo de institucionalización y que los mayores que participan en actividades físicas tienen menos probabilidad de ser institucionalizados. Para Belleau (2007) el factor central es presentar deterioro cognitivo. A través de la entrevista a personas mayores y familiares,

indica que estos últimos señalaban que las razones que motivaban a la decisión de institucionalización es la aparición de comportamientos perturbadores (alteraciones conductuales) relacionados con su deterioro cognitivo. Acevedo (2014) al comparar mayores institucionalizados y aquellos que viven con sus familias indica que el grado de dependencia física y/o psicopatológica es uno de los factores determinante para el ingreso en residencias. Además, refiere que los mayores que viven en residencias tienen un mayor grado de dependencia física, mayor deterioro cognitivo, síntomas depresivos más frecuentes y mayores necesidades de atención física.

Ludi (2011) hace hincapié en la necesidad de tener en cuenta y diferenciar entre los factores que predicen la institucionalización y los que predicen la autoinstitucionalización. En referencia a los primeros, enumera la discapacidad física y/o psicopatológica que requiere de cuidados permanentes, la situación de abandono social, familiar, psicológico y/o maltrato y el abuso. Entre los segundos, señala motivos de tipo psicológico/emocional, como soledad, relaciones familiares negativas, vínculos dañados, miedo a morir abandonado, sentimiento de representar una carga, y motivos de tipo sociológico, como falta de vivienda, falta de servicios médicos o escasos ingresos.

Existen por lo tanto diversos factores que actúan como predictores del ingreso en residencias de los mayores. De hecho, son varios los estudios que hacen referencia a la existencia de un perfil predominante en este tipo de centros: Existe mayor presencia del género femenino. Los porcentajes reportados por diferentes estudios varían entre un 60% y un 80% (Bahia et al., 2015; Fernández-Mayoralas et al., 2015; Firpo et al., 2011; Jerez-Roig et al., 2017; Mota et al., 2013; Salvà et al., 2014). El estado civil predominante es viudo (Da Silva y Donadone, 2017; Hajek et al., 2015; Imaginário et al., 2018; Jerez-Roig et al., 2017; Meléndez et al., 2012). La edad media se sitúa en aproximadamente 80 años (De la Rica-Escuín et al., 2014; Firpo et al., 2011; Murakami y Scattolin, 2010). El nivel educativo más presente es bajo/primario (Fernández-Mayoralas et al., 2015; Firpo et al., 2011; Hajek et al., 2015; Imaginário et al., 2018; Jerez-Roig et al., 2017). El motivo de entrada en el centro varía, pero en la mayoría de los casos es por soledad, imposibilidad de ser cuidado por personas cercanas, deterioro funcional o deterioro cognitivo (Hajek et al., 2015; Meléndez et al., 2012; Olsen et al., 2016).

No se trata de un perfil lejano o ajeno a nuestra realidad próxima, pues cada uno de ellos han sido corroborados por una investigación reciente, realizada en el área de

Coruña y Lugo, donde el perfil sociodemográfico de los mayores que ingresan en Centros Residenciales de esta zona es similar al presentado por las investigaciones previas. Así, el perfil de la zona norte de Galicia sería: mujer mayor, viuda, con estudios básicos (primarios no acabados) y de profesión ama de casa. En dicho estudio, se observó un mayor porcentaje de mujeres, un porcentaje elevado eran de viudas o solteras y un alto porcentaje con estudios primarios (Dosil et al., 2017). Vaca et al. (2015) hacen referencia a la presencia de otra característica predominante en los mayores que ingresan en las residencias. Así, indica que el estado nutricional es una variable destacable, señalando la presencia de desnutrición en un 30,4% de los mayores institucionalizados y riesgo de desnutrición en un 49,4% de los mayores.

No cabe duda de que la institucionalización influye y modifica inevitablemente la vida de quién ingresa (Gutiérrez et al., 2019). Aunque el ingreso en residencia en algunos casos puede ser la mejor opción, por ejemplo, en casos de emergencia social, imposibilidad de cuidarse o ser cuidado (Navarro, 2019), la institucionalización es un proceso que lleva consigo una serie de cambios en el individuo (a nivel físico, psicológico y social) debido, entre otros aspectos, a los desafíos que se presentan en el proceso de adaptación a la residencia. En este sentido, Guevara-Peña (2016) señala que el proceso de adaptación es en muchas ocasiones dificultoso, ya sea por las percepciones que se tiene de estos lugares, generalmente negativa, de abandono, o por el cambio que implica aislarse de la familia. Baldwin et al. (1993) refiere que no existe un único proceso de adaptación a la institución. Señala la existencia de diferencias entre los mayores en función de su capacidad psicofísica y nivel de autonomía, de si deterioro cognitivo o alguna otra patología. Además, hace hincapié en la influencia de determinadas características propias del individuo: capacidad de afrontamiento a situaciones nuevas, personalidad o el estado de salud. El grado de aceptación variará en función de estas. Ludi (2011) refiere que algunas personas mayores viven la institucionalización como un encierro, convirtiéndose en un cumplimiento rígido de normas, con pérdida de autonomía y estancamiento de la realización personal, lo que convierte el proceso de adaptación en un reto. Otros la viven según Leturia (1999) como una mejoría en su estado, en sus relaciones familiares o como una nueva oportunidad. Muñoz (2015) afirma que la institucionalización supone un impacto psicológico, ya que la residencia es diana de connotaciones subjetivas que van más allá del espacio físico,

debido a que dejar el lugar de la familia implica abandonar el espacio en el que se experimentaron partes esenciales de su historia de vida.

### ***Calidad de Vida (CV)***

El concepto de calidad de vida (CV) se refiere al impacto que tienen diferentes factores sobre el bienestar, la satisfacción y la valoración global que se hace sobre la propia vida. Es un concepto que comenzó a emplearse de manera creciente desde los años 60 y, en los últimos años se ha observado un importante incremento de investigaciones en diversos campos, tales como la salud mental, educación, laboral y servicios. Además, se ha convertido en uno de los conceptos más utilizados por los distintos profesionales en el ámbito de la gerontología (Fernández-Ballesteros, 2011; Teyssier, 2015).

Existen diferentes definiciones del concepto de calidad de vida en función de si es definida mediante aspectos objetivos o subjetivos, o ambos. Algunos autores abogan por aspectos puramente subjetivos como es el caso de Ferrans (1990), quien define CV centrado en la insatisfacción o satisfacción de las áreas del bienestar personal o, Calman (1987) que la define como la medición de la diferencia entre la esperanza y las expectativas de una persona con su experiencia individual presente.

Hollandsworth (1988) entiende la CV desde aspectos puramente objetivos y, la define como la suma de las condiciones de vida objetivamente medibles de una persona, incluyendo salud física, actividades funcionales y ocupación. Herazo-Beltrán et al. (2017) indica que poner el foco en aspectos objetivos, como la salud, puede transmitir una visión de vejez como etapa caracterizada por el declive. Realizar un abordaje desde aspectos puramente objetivos contradeciría a la perspectiva del ciclo vital, según la cual en el proceso de envejecimiento el desarrollo también está presente en la vida de las personas (Teyssier, 2015). Sin embargo, y, debido a los cambios asociados al envejecimiento, es cierto que la salud se convierte en una de las dimensiones más importantes para las personas mayores (Rodríguez-Artalejo, 2011). En este sentido, en la vejez la CV relacionada con la Salud (CVRS) es resultado de la vida que asumieron y siguieron las personas mayores, influenciadas por el contexto físico, social y económico en el que interactúan (Salgado et al., 2016).

Entre aquellos autores que optan por incluir aspectos tanto objetivos como subjetivos cabe mencionar a Ardila (2003), quién define CV como un estado de

satisfacción general proveniente de la realización de las potencialidades de la persona a nivel tanto subjetivo como objetivos. Así, indica que los aspectos objetivos hacen referencia al bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y la salud objetivamente medida. Los aspectos subjetivos harían referencia a la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, y la salud percibida. En la misma línea, Fernández-Ballesteros (2011) señala que los aspectos objetivos se refieren principalmente a la evaluación de las condiciones de vida, incluyendo la nutrición, movilidad y las condiciones de vivienda. Los aspectos subjetivos se refieren a las características de la experiencia de vida (la satisfacción en las condiciones afectivas, el sentido del bienestar, etc.) y son, por definición, evaluados en relación con las normas individuales que desarrolla la propia persona.

Lawton (1991) entiende que la CV refleja el impacto que tienen diferentes factores objetivos (salud, deficiencias sensoriales y funcionales, pérdida del cónyuge, riqueza de las redes sociales, jubilación...) y subjetivos (valores, necesidades e intereses, aspiraciones personales, autoestima, soledad...) sobre bienestar, satisfacción y valoración global sobre la propia vida. De hecho, el bienestar es considerado como el componente más destacable de la CV, medido a través de juicios de satisfacción y felicidad (Amérigo, 1993). Tanto es así, que se han organizado grandes tradiciones de investigación entorno a este término, diferenciando entre el bienestar subjetivo o hedónico (felicidad, paz, plenitud y satisfacción con la vida) y el bienestar psicológico o bienestar eudaimónico (encontrar significado a la vida) (Villar et al., 2003).

Hoy en día, la definición más aceptada a nivel mundial es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) definiéndola como la percepción que tiene el individuo sobre su propia vida, en función del contexto y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, normas y preocupaciones. Se trata por lo tanto de un concepto en el que influyen diferentes aspectos, tales como la salud física del sujeto, su estado psicológico, su relación con el entorno, su nivel de independencia y sus relaciones sociales (Robles-Espinoza et al., 2016). Se entiende por lo tanto que la CV es un concepto amplio, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, la salud psicológica, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características de su entorno (Lawton, 1991). La CV es resultado de una compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos. Los primeros constituyen una serie de condiciones externas como las económicas,

personales, culturales y ambientales. Los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace acerca de su propia vida (García, 2008). Por último, es importante tener en cuenta que, en torno a este concepto de CV, existen diversos componentes sobre los que se puede intervenir para ofrecer una mejora: relaciones sociales y familiares, independencia en las actividades de la vida diaria, calidad ambiental, actividad y ocio (Low y Molzahn, 2007). En este sentido, Cam et al. (2021) indican que la soledad es una variable a tener en cuenta en las intervenciones destinadas a aumentar la CV debido a la relación existente entre ambas. En este sentido, indica que la soledad tiene un impacto negativo en la CV y que, además, de entre todas las variables predictoras de una peor CV (género, estado civil, nivel de educación, ingresos, estado de salud general) la soledad es la variable que tiene un mayor impacto negativo. En la misma línea, Gerino et al. (2017) indican que la reducción de la soledad podría ser un factor importante en la prevención primaria para aumentar los niveles de CV. En concreto, pone de manifiesto que la soledad influye en la CV de los mayores a través de dos vías, la salud mental y la resiliencia. Además, un alto grado de resiliencia contribuye a aumentar la CV percibida a nivel físico y psicológico y, al mismo tiempo, a reducir la ansiedad y los síntomas depresivos. En la misma línea, Singh y Srivastava (2014) indican la existencia de una relación significativa entre la soledad y la CV de las personas mayores y diferencias en función del género. En concreto, las mujeres sienten más soledad que los hombres y estos tienen una mejor CV. Thomopoulou et al. (2010) indica que los hombres que tienen mejor CV tienen menos sentimientos de soledad que las mujeres. Además, las personas de edad comprendida entre 60 - 74 años tienen una mejor CV y menor soledad que los mayores de 75 o más años. También el estado civil parece tener un gran efecto sobre la CV y la soledad de los ancianos. Se observó que tanto las mujeres viudas como los mayores divorciados tenían una menor CV y una mayor soledad que las mujeres casadas. No obstante, la relación más destacable se encuentra al comparar el estado de viudedad frente al del divorcio. Por su parte, Acosta et al. (2017) señala que puntuaciones bajas en soledad, así como la edad y la ausencia de pareja, predicen el deterioro en la CV de los mayores. Vivir solo tiene un escaso efecto predictivo en la CV de los mayores, pero en conjunto con la soledad empeora los efectos en la CV. Ekwall et al. (2005) encontraron que la soledad y una reducida red social se asocian significativamente con una baja CV en los adultos mayores, apuntando

a la necesidad de reforzar las redes de apoyo en la población mayor para fomentar su CV.

No solo la soledad parece ser una variable cuya intervención permita una mejora de la CV de los mayores. Gokkaya et al. (2012) sugieren que una reducción de los síntomas depresivos contribuirá a una mejora y un aumento en la CV del mayor. En su investigación indica que puntuaciones más altas de síntomas depresivos se asocia negativamente con la CV de los mayores y, que además estos síntomas depresivos venían determinados en gran parte por la presencia de dolor crónico en mayores hospitalizados. En la misma línea, Wada et al. (2004) indica que la depresión en mayores está asociada tanto con una menor CV como con una menor independencia funcional. Por su parte Park et al. (2010) indican que al comparar mayores que presentan depresión con aquellos que no, el grupo de personas con depresión presentan a su vez una CV más baja, en concreto en el dominio físico de la CV.

### ***Calidad de Vida en Mayores Institucionalizados***

Teniendo en cuenta la gran preocupación por la CV de esta población y los desafíos para brindar una oportunidad a los mayores de vivir con dignidad, la CV en los entornos gerontológicos se ha consolidado como un aspecto importante a medida que aumenta la esperanza de vida (Carcavilla et al., 2021). Así, en la CV de las personas mayores, es importante tener en cuenta la influencia no solo de los cambios experimentados por la edad, sino también de los entornos en los que se encuentran. Ha de considerarse por lo tanto el riesgo de ver reducida la CV de aquellas personas mayores que viven en entornos gerontológicos, no solo por las características de salud y autonomía que llevan a la institucionalización, sino también por las propias características del contexto.

Si comparamos la CV de los mayores que viven en residencias frente a los que viven en la comunidad, los resultados son un tanto reveladores. Varias son las investigaciones que señalan la existencia de una peor CV de los mayores que viven en residencias frente a los que viven en la comunidad. Así, Acevedo (2014) en su investigación en la que compara a mayores institucionalizados y mayores que viven en residencias, encontró que existe una reducción significativa en la CV de los primeros frente a los segundos. En la misma línea, De Medeiros et al. (2020) y Drageset et al. (2008) demostraron que presentan peor CV los mayores institucionalizados frente a los

que no. Si nos centramos en los diferentes dominios que se tienen en cuenta en la evaluación de la CV, las investigaciones indican que los mayores institucionalizados presentan peor CV en el dominio físico que los mayores que viven en la comunidad (Nodehi et al., 2019; Scocco y Nassuato, 2017). En este sentido, las investigaciones de Grizzo et al. (2016) han reportado además diferencias en función del género y de la presencia o no de institucionalización. Así, los hombres mayores institucionalizados presentan puntuaciones más altas de CV en dominios físicos y también psicológicos, en comparación con los que viven solos, pero en el caso de las mujeres no parecen observarse diferencias. En la investigación de Scocco y Nassuato (2017) al comparar mayores institucionalizados y mayores que viven en su casa, indican que la variable que más influye en el dominio físico de la CV son los síntomas depresivos. No obstante, se ve afectada positivamente por el hecho de no estar institucionalizado y ser hombre. El dominio psicológico de la CV se ve afectado negativamente por variables como estar casado y tener una puntuación alta en síntomas depresivos, mientras que ser hombre se relaciona con puntuaciones altas en este dominio. En lo que concierne al dominio social, el hecho de tener estudios superiores influye positivamente, y sin embargo ser hombre y tener puntuaciones altas en síntomas depresivos, se relaciona con puntuaciones bajas.

Diferentes factores parecen estar asociados con el empeoramiento de la CV de los mayores institucionalizados incluyendo: pérdida de libertad y privacidad, ausencia de familiares y amigos y sentimiento de abandono, declive e incluso deterioro de las capacidades cognitivas (Silva et al., 2020). En esta línea, se ha demostrado que la institucionalización parece estar relacionada con una peor CV, es decir, que esta provoca un empeoramiento. Scocco (2006) en su investigación realizada en mayores institucionalizados observó que 6 semanas después de esta, la CV empeoró sobre todo en mujeres además de empeorar los síntomas psiquiátricos de los mayores. En la misma línea Herazo-Beltrán et al. (2017) señaló que la institucionalización se relacionó con peores puntuaciones en la CV y con mayor riesgo de caídas. Esta disminución en la CV puede venir determinada por una disminución en la autonomía personal y mantenimiento de la propia identidad, apoyada por una disminución de la participación social (Acevedo, 2014). No obstante, las investigaciones de Rodrigues et al. (2021) han demostrado que es posible una mejora de la CV, en concreto en los dominios físico y psicológico, así como en la CV autoevaluada y general, cuando los mayores reciben un entrenamiento consistente en mejorar la marcha. En esta línea Tütüm et al. (2011) han

señalado que la CV aumenta y es mejor con respecto a los no institucionalizados cuando los primeros son sometidos a programas de rehabilitación en los que mejora su autonomía.

También distintos aspectos de la institucionalización parecen incidir en la CV de los residentes. Marventano et al. (2014) indica que la disminución de la CV está relacionada con el tiempo de la institucionalización, de manera que a mayor tiempo de institucionalización peor es la CV, concretamente en aquellos residentes que presentan niveles más altos de demencia y depresión. Malaquias et al. (2015) afirman que otro aspecto para tener en cuenta es el motivo de la institucionalización, ya que al contrario de lo que se cabe esperar, aquellos que ingresan por su cuenta tienen menor CV que los que ingresan por sus familiares o por abandono. Esto puede explicarse, debido a que aquellos que ingresan por iniciativa propia pueden enfrentarse a un proceso de adaptación que incide en su vida y permanecen en la institución por necesidades de salud, mientras que aquellos ingresados por sus familiares o por abandono, ven en la institucionalización una nueva oportunidad de vida, un nuevo comienzo.

En lo referente a los aspectos subjetivos de la Calidad de Vida, el estudio de Schenk et al. (2013) señala que son diez las variables que influyen en la CV subjetiva de los mayores institucionalizados: número de contactos sociales, autodeterminación y autonomía, privacidad, paz y tranquilidad, variedad de estímulos y actividades, sentirse como en casa, seguridad, salud, mantenerse informado, actividades agradables y significativas. En la línea de la necesidad de una CV subjetiva en residencias, la necesidad de CV subjetiva parece estar más valorada de manera positiva por los residentes que por los familiares o los propios trabajadores (Carcavilla et al., 2021).

En relación con las variables que pueden incidir en CV de las personas mayores institucionalizadas, Acevedo (2014) y Grizzo et al. (2016) señalan que los mayores que viven en residencias y que presentan peor CV son aquellos que presentan un mayor grado de dependencia física, mayor deterioro cognitivo, síntomas depresivos más frecuentes, sentimientos de soledad y relaciones sociales y familiares menores. En la misma línea Bech et al. (2003) señala que aquellos mayores que presentan síntomas depresivos significativos y depresión son los que presentan peor CV. También la fragilidad es una variable que parece incidir negativamente en la CV, aunque no de manera directa (Malaquias et al., 2015).

Haciendo referencia a CVRS existe una mayor probabilidad de presentar peor CVRS cuando además de presentar fragilidad se añaden otras condiciones como el de la jubilación y la presencia de síntomas depresivos y, además, la menor CVRS de los mayores institucionalizados se asocia con deterioro físico y psíquico (Silva et al., 2020). En esta línea, Almomani et al. (2014) encontraron que, con la institucionalización, se produce un aumento del deterioro cognitivo, físico y psicológico que repercute de manera significativa en la CVRS, es decir que aquellos que ingresan en residencias sufren un empeoramiento en estas esferas que repercute negativamente en la CVRS.

Por último, es importante señalar que determinadas características de las residencias inciden en la CV de los mayores institucionalizados. Así, Marventano et al. (2014) señalan que características del centro como la mayor disponibilidad de geriatras inciden en una mejor CV de los mayores y, además, hacen referencia a la existencia de diferencias en la CV de los mayores institucionalizados que residen en centros público o privados, denotándose mejor CV en los públicos.

### ***Evaluación de la Calidad de Vida (CV)***

La CV es un constructo ampliamente utilizado en el entorno gerontológico y su evaluación es un tema importante (Pérez-Rojo et al., 2017) ya que, por un lado, a partir de ella se pueden diseñar políticas y actuaciones que permitan y se centren en fomentar la salud, bienestar en la vejez, creación de entornos favorables y promoción de envejecimiento activo (Benavides et al., 2020) y, por otro lado, su evaluación nos permite conocer los aspectos que más afectan a la CV y qué acciones deben implementarse para mejorarla (Carcavilla et al., 2021) con el fin de aumentar CV a los años (Gómez et al., 2008). De hecho, las políticas de envejecimiento activo tienen como objetivo promover estilos de vida saludables para aumentar años de vida con calidad (Limón y Ortega, 2011).

La naturaleza multidimensional de este concepto, así como los efectos del proceso de envejecimiento han propiciado un interés internacional sobre su evaluación en personas mayores (Lucas-Carrasco et al., 2011). Estos aspectos junto con la dificultad de la cuantificación de algunos de los componentes de la CV hacen que su evaluación sea una tarea compleja (Molero et al., 2012). No obstante, existen diferentes instrumentos en la evaluación de la CV de las personas mayores que cuentan con características aceptables y que están adaptadas a la población española (Ver tabla 1).

*Instrumentos de Evaluación de CV Validados en Población Española*

Nombre Escala	Nº Ítems	Dimensiones	Propiedades Psicométricas	Fortalezas	Limitaciones
WHOQOL-BREF (Lucas-Carrasco et al., 2011)	26	4 dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud física</li> <li>• Salud Psicológica</li> <li>• Relaciones sociales</li> <li>• Ambiente</li> <li>• 2 preguntas generales sobre: Calidad de vida general y satisfacción con la salud.</li> </ul>	Fiabilidad: $\alpha = 0.90$ Validez: correlaciones altas y significativas entre todos los dominios del WHOQOL-BREF y el WHOQOL-OLD y con puntuación total del WHOQOL-OLD y con el dominio físico del SF-12.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traducido a 19 idiomas (Transcultural).</li> <li>• Basado en el concepto de CV como constructo multidimensional.</li> <li>• Forma rápida de evaluar CV.</li> <li>• Aplicable a sujetos sanos y enfermos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de transformar las puntuaciones para obtener las puntuaciones de cada dominio.</li> <li>• No permite obtener puntuaciones de las facetas que forman cada dominio</li> </ul>
QoL-AD (Gómez- Gallego et al., 2012)	13	4 dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Competencia conductual</li> <li>• Estado Psicológico</li> <li>• Funcionamiento físico</li> <li>• Entorno interpersonal</li> </ul>	Fiabilidad: $\alpha = 0.88$ Validez Criterio: Correlación significativa de las puntuaciones QoL-AD con HUI-3 y el ítem global de QoL-AD.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Punto de vista del mayor, cuidador y profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo mayores que presenten deterioro cognitivo.</li> <li>• Cuestionable la validez de las valoraciones por parte de los mayores.</li> </ul>
WHOQL-OLD (Lucas-Carrasco et al., 2011)	24	6 dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades sensoriales</li> <li>• Auntonomía</li> <li>• Actividades pasadas, presentes y futuras</li> <li>• Participación social</li> <li>• Muerte</li> <li>• Intimidad</li> </ul>	Fiabilidad: $\alpha = 0.80$ Validez: correlaciones positivas significativas entre la dimensión psicológica del WHOQOL-BREF y el dominio mental del SF-12 y correlaciones negativas con el GDS-30.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Específico para personas mayores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pocas traducciones y existen diferentes versiones y validaciones del español que reportan 4 dimensiones o 6. No hay consenso.</li> </ul>
SF-36 (Vilagut et al., 2005)	36	8 dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Función física</li> <li>• Rol físico</li> </ul>	Fiabilidad: $\alpha = 0,70$ Validez: teórica: 5 de las 8 escalas muestran	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento genérico utilizado en distintas poblaciones de pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No incluye algunos conceptos de salud importantes en el</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor corporal</li> <li>• Salud general</li> <li>• Vitalidad</li> <li>• Función social</li> <li>• Rol emocional</li> <li>• Salud mental</li> </ul> <p>1 ítem de transición</p>	correspondencias precisas entre los factores.	<p>Utilizado en investigación como en práctica clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite obtener un perfil general sobre la opinión percibida acerca de la calidad de vida.</li> <li>• Detecta estados positivos y negativos centrados en el estado funcional y el bienestar emocional.</li> </ul>	<p>envejecimiento (Trastornos del sueño, función cognitiva, función familiar)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad de cumplimentación en personas de edad muy avanzada.</li> </ul>
CASP-12 (Pérez-Rojo et al., 20187)	12	<p>3 dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control y Autonomía</li> <li>• Placer</li> <li>• Autorrealización</li> </ul>	<p>Fiabilidad: <math>\alpha = 0.86</math>          Validez: CFI= 0.93</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validación realizada en una gran muestra.</li> <li>• Muy usado en estudios longitudinales europeos.</li> <li>• Se centra en características favorables del envejecimiento.</li> <li>• Mide CV incluyendo aspectos eudamónicos y hedónicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validada en personas no institucionalizadas y de una región concreta de España (País Vasco).</li> </ul>
CVS-R (Carcavilla et al., 2021)	27	<p>9 dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoaceptación</li> <li>• Relaciones positivas</li> <li>• Autonomía</li> <li>• Dominio del entorno</li> <li>• Crecimiento personal, motivacional y emocional</li> <li>• Bienestar físico</li> <li>• Propósito en la vida</li> <li>• Recursos humanos</li> <li>• Familia</li> </ul>	<p>Fiabilidad: <math>\alpha = 0.97</math>          Validez: Un solo factor que explica el 62,35% de la varianza total. Validez de contenido mediante valoración por expertos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluye indicadores objetivos y también subjetivos.</li> <li>• Se tiene en cuenta punto de vista de familiares, residentes y trabajadores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendencia a contestar positivamente.</li> <li>• Utilizado en estudios nacionales.</li> </ul>
FUMAT (Gómez et al., 2008)	57	<p>8 dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienestar Físico</li> <li>• Bienestar Emocional</li> <li>• Relaciones Interpersonales</li> <li>• Inclusión Social</li> </ul>	<p>Fiabilidad: <math>\alpha = 0,96</math>          Validez: teórico, mediante la revisión de la literatura y mediante consulta a jueces expertos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evalúa en pocos minutos y de forma rápida en mayores usuarios de servicios sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muestras muy pequeñas y específica de poblaciones con discapacidad.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo Personal</li> <li>• Bienestar Material</li> <li>• Autodeterminación</li> <li>• Derechos</li> </ul>			
CUBRECAVI (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1996)	21 (ítems principales, cada uno con varias subpreguntas).	<p>9 dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud</li> <li>• Integración social</li> <li>• Habilidades funcionales</li> <li>• Actividad y ocio</li> <li>• Calidad ambiental</li> <li>• Satisfacción con la vida</li> <li>• Educación</li> <li>• Ingresos</li> <li>• Servicios sociales y sanitarios</li> </ul>	<p>Fiabilidad: para 5 subescalas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud: <math>\alpha = 0.70</math></li> <li>• Integración social: <math>\alpha = 0.31</math></li> <li>• Actividad y ocio: <math>\alpha = 0.74</math></li> <li>• Habilidades Funcionales: <math>\alpha = 0.92</math></li> <li>• Calidad ambiental: <math>\alpha = 0.78</math></li> </ul> <p>Validez: Análisis factorial (8 factores): Explican el 78,2% de la varianza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploración rápida de los componentes subjetivos más relevantes de la CV en las personas mayores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy extenso</li> <li>• No se reporta fiabilidad para todo el cuestionario.</li> <li>• Utilizado en estudios nacionales.</li> </ul>
CECAVIR (Molero et al., 2012)	48	<p>5 dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud</li> <li>• Relaciones sociales y familia</li> <li>• Actividad y Ocio</li> <li>• Calidad Ambiental</li> <li>• Capacidad Funcional</li> </ul>	<p>Fiabilidad: <math>\alpha = 0.94</math></p> <p>Validez: Capacidad Funcional explica un 44%, Relaciones sociales y Familia un 9%, Calidad Ambiental un 5% y Salud un 2 % de la Calidad de Vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atiende a la multidimensionalidad del concepto de Calidad de Vida, las características de la población mayor e influencia del contexto residencial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validado en muestras muy pequeñas</li> <li>• Utilizado en estudios nacionales.</li> </ul>
SyCV-FSAR (Literas et al., 2010)	23	<p>4 dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio residencial</li> <li>• Atención personal</li> <li>• Actividades</li> <li>• Integración social</li> </ul>	<p>Fiabilidad: <math>\alpha = 0,82</math></p> <p>Validez: Preguntando a expertos y análisis factorial entre 0,76-0,67.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rápida aplicación</li> <li>• Buenas propiedades</li> <li>• Aborda la percepción del usuario de centros residenciales y sociosanitarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para personas sin deterioro o con DCL.</li> <li>• Utilizado en estudios nacionales.</li> </ul>

Encontramos diferentes instrumentos que evalúan la CV. Se distinguen instrumentos más empleados a nivel mundial, como lo son los desarrollados por la OMS, otros centrados en la evaluación de la CV relacionada con la salud, como el SF-36, los más utilizados en estudios longitudinales europeos, como lo es el CASP-12, frente a instrumentos desarrollados propiamente en el contexto español (CECAVIR, CUBRECAVI, FUMAT, entre otros).

Entre los desarrollados por la OMS, el WHOQOL-BREF (World Health Organization [WHOQOL] The Group, 1998) es la versión corta del WHOQOL-100 (World Health Organization [WHOQOL] The Group, 1993) instrumento que consta de 100 ítems, evaluando 6 dominios y 24 facetas. El WHOQOL-BREF cuenta con validación en el contexto español (Lucas-Carrasco et al., 2011). Consta de 26 ítems, que fueron escogidos seleccionando la mejor pregunta de cada una de las facetas que evalúa el WHOQOL-100. Los 26 ítems evalúan 4 dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Las puntuaciones oscilan entre 26 y 130 puntos y las más altas indican mejor CV. Cuenta con muy buenas propiedades psicométricas. Además, está traducido a 19 idiomas. También permite una evaluación relativamente rápida de la CV y es aplicable tanto a personas sanas como aquellas que presentan alguna enfermedad. Una de sus limitaciones es la necesidad de transformar las puntuaciones utilizando una fórmula específica para obtener la puntuación de cada uno de los dominios y no permite obtener puntuación para cada una de las facetas que evalúa el WHOQOL-100.

El QoI-AD (Logsdon et al., 2002) con validación española (Gómez-Gallego et al., 2012) es un instrumento que consta de 13 ítems que evalúa 4 dimensiones de CV: competencia conductual, estado psicológico, funcionamiento físico y entorno interpersonal. Cada ítem es respondido según una escala tipo Likert de 1 (malo/a) a 4 (excelente) y está diseñado para proporcionar información tanto del mayor como del cuidador sobre la CV del primero. La puntuación oscila entre 13 y 52 puntos. Cuenta con muy buenas propiedades psicométricas. Una de las limitaciones de este instrumento es la cuestionable validez de las valoraciones de los mayores debido a su capacidad cognitiva.

Por su parte, el WHOQOL-OLD (Power et al., 2005) es un instrumento específico para personas mayores validado en el contexto español por Lucas-Carrasco et

al. (2011). Fue creado a partir del WHOQOL-100 y adaptado a población mayor (Queirolo et al., 2020). Consta de 24 ítems, con formato de respuesta de tipo Likert de cinco puntos que abarca seis dimensiones: habilidades sensoriales, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte e intimidad. Al igual que el anterior, las puntuaciones más altas indican CV alta. Cada una de las áreas contiene cuatro ítems. Los ítems 1, 2, 10 y 20 corresponden al área de habilidades sensoriales, los ítems 3,4,5, 11 corresponden a la escala de “autonomía”, los ítems 12,13,15 y 19, corresponden a la escala “actividades pasadas, presentes y futuras”, los ítems 14,16,17 y 18 a la escala de “participación social”, los ítems 6, 7, 8 y 9 a la dimensión de “muerte” y los ítems 21,22,23 y 24 a la dimensión de “intimidad”. Se obtiene una puntuación para cada dominio y una general o global de la CV de las personas mayores, que se designa como la puntuación global del test, a partir de la suma de los 24 ítems, y que oscila entre 24 y 120. Cuenta con buenas propiedades psicométricas y es específico para la población mayor. Una de sus limitaciones es la existencia de pocas traducciones y la ausencia de consenso en cuanto a las dimensiones que lo conforman. Además, se ha desarrollado como un módulo complementario a los instrumentos existentes de la CV propuestos por la OMS, ya que aborda en su mayoría aspectos psicosociales.

El SF-36 (Ware y Scherbourne, 1992) cuenta con validación española (Vilagut et al., 2005) y es un instrumento que evalúa aspectos de CV relacionada con salud. Consta de 36 ítems y evalúa aspectos de CV relacionada con la salud en poblaciones adultas mayores de 16 años. Está conformado por ocho dimensiones de salud: Funcionamiento físico, limitaciones en el desempeño de sus roles debido a problemas físicos, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. 10 de los ítems evalúan función física, 4 el rol específico, 2 el dolor corporal, 5 la salud general, 4, la vitalidad, 2 la función social, 3 el rol emocional y 5 la salud mental. Adicionalmente incluye un ítem de transición sobre el cambio en el estado de salud general con respecto al año anterior. La puntuación oscila entre 0 y 100 puntos, de manera que, a mayor puntuación, mejor estado de salud. Una de las ventajas de este instrumento es que cuenta con buenas propiedades psicométricas y permite obtener un perfil general sobre la opinión percibida acerca de la CV relacionada con la salud, detectando estados positivos y negativos centrados en el estado funcional y el bienestar emocional y, es un instrumento genérico muy utilizado tanto en investigación como en

la práctica clínica. Además, el tiempo de cumplimentación es de 5 a 10 minutos. No obstante, este cuestionario no incluye conceptos de salud importantes y presentes en mayores como trastornos del sueño o función cognitiva, relevantes para personas de avanzada edad que presenten deterioro.

El CASP-12 (Börsch-Supan et al., 2013) es la versión reducida del CASP19 (Hyde et al., 2003). La escala original evalúa 4 dimensiones (control, autonomía, placer y autorrealización) y consta de 19 ítems que se centran en el grado en el que las necesidades del nivel superior de la jerarquía de Maslow se alcanzan y satisfacen, sin embargo, no cuenta con validación en el contexto español. Por su parte, el CASP-12, validada en el contexto español por Pérez-Rojo et al. (2017) es un instrumento que consta de 12 ítems y que evalúa 3 dimensiones. Presenta respuesta en escala Likert de 1 a 4, donde 1 significa “A menudo” y 4 “Nunca”. Cada dimensión es evaluada por 3 ítems. La puntuación oscila entre 1 y 48 puntos y a mayor puntuación, mejor CV. Entre sus ventajas cabe señalar que mide CV incluyendo aspectos de bienestar eudaimónico y hedónico, además de ser uno de los instrumentos más usados en estudios longitudinales europeos sobre CV, contando con traducción a 12 idiomas y con buenas propiedades psicométricas. Entre las limitaciones que presenta cabría señalar que la muestra en la validación está compuesta por personas no institucionalizadas y de una región concreta de España (País Vasco).

CVS-R (Calidad de Vida Subjetiva en Residencias de Personas Mayores) es un instrumento creado y validado por Carcavilla et al. (2021) que consta de 27 ítems. Está basado en el modelo de CV de Ryff y ofrece cinco alternativas de respuesta de tipo Likert donde 0 significaba “nada importante” y 4 “imprescindible”. Evalúa la CV subjetiva en personas mayores que viven en residencias y consta de 9 dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal, motivacional y emocional. Las puntuaciones oscilan entre 27 y 135 puntos, por lo que, puntuaciones mayores indicaría mayor CV subjetiva. Permite obtener el punto de vista no solo de residentes, sino también de familiares y trabajadores. Entre sus limitaciones destaca la tendencia a la respuesta positiva en los ítems en las personas mayores.

La escala FUMAT, creada y validada en España por Gómez et al. (2008) es un instrumento que consta de 57 ítems y que evalúa aspectos objetivos de CV de personas mayores (más de 50 años) y personas con discapacidad (edad mínima de 18 años), que

acuden a algún tipo de servicio social. Se construyó para ser aplicada a personas mayores con discapacidad y personas con discapacidad física grave. Consta de 8 dimensiones tales como: bienestar físico, bienestar emocional, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, bienestar material, autodeterminación y derechos. Todos los ítems están enunciados en tercera persona, y consta de preguntas de repuesta de tipo Likert desde el 1 “totalmente en desacuerdo”, 2 “en desacuerdo”, 3 “acuerdo” hasta el 4 “totalmente de acuerdo”. Cuenta con buena fiabilidad en la mayoría de las dimensiones a excepción de la relativa a bienestar material.

El CUBRECAVI, creado y validado en España por Fernández-Ballesteros y Zamarrón (1996) es un cuestionario para adultos mayores de 65 años, compuesto por 21 subescalas agrupadas en nueve escalas; salud, integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, ingresos y servicios sociales y sanitarios. Las opciones de respuesta para cada componente varían, aunque la tendencia general es buscar su presencia o frecuencia. Parte de los supuestos de que la CV es un constructo multidimensional, que incluye aspectos objetivos y subjetivos y que presenta especificidad propia, es decir, debe definirse en función del propio sujeto. Por lo tanto, cada uno de los componentes se mide y evalúa en el cuestionario objetiva y subjetivamente. La parte objetiva se mide a través de referentes que identifican las condiciones materiales en las que se encuentran los mayores o que presentan como condiciones de vida. La parte subjetiva se mide a través de preguntas sobre su percepción con respecto a cada uno de los componentes antes señalado. En relación con sus propiedades psicométricas, presenta buena validez y consistencia interna alta para las distintas dimensiones, a excepción de integración social. No obstante, no se reporta la consistencia interna para el total del cuestionario. Entre sus fortalezas es necesario indicar que permite una exploración de los componentes subjetivos más relevantes de la CV en las personas mayores, sin embargo, se trata de un cuestionario muy extenso.

CECAVIR (Cuestionario de Evaluación de Calidad de Vida en Contexto Residencial), creado y validado en España por Molero et al. (2012) es un instrumento que consta de 48 ítems de los cuáles 7 están destinados a la recogida de datos personales y, el resto evalúan 5 dimensiones; 9 ítems evalúan salud relaciones sociales, 13 evalúan dimensión de familia, 9 la de actividad y ocio, 12 la calidad ambiental, y 5 la capacidad

funcional. Cuenta con una alta fiabilidad. Además, atiende a la multidimensionalidad del concepto de CV y la población a la que va dirigida, así como la influencia del contexto residencial.

El SyCV-FSAR (Escala de Satisfacción y Calidad de Vida Percibida) creada y validada en España por Literas et al. (2010) es un instrumento desarrollado por la Fundación SAR, para centros residenciales y sociosanitarios, que recoge la percepción de los mayores sobre aspectos claves de la CV. Consta de 23 ítems y evalúa 4 dimensiones: servicio residencial, atención personal, actividades e integración social. Entre sus ventajas destaca que es un instrumento de rápida aplicación que aborda la percepción del mayor en centros residenciales y sociosanitarios. Además, recoge información sobre las relaciones interpersonales en el centro, la organización, el confort, la intimidad, la alimentación, las actividades y el tiempo dedicado por los profesionales a la atención personal. Entre las limitaciones podemos señalar que va dirigido a personas que no presentan deterioro o que presentan DCL (Deterioro Cognitivo Leve). Su creación y validación fue realizada a partir de un modelo asistencial y estructura funcional determinada, lo que limita su transferencia a otros contextos o modelos residenciales.

## **Objetivos**

El objetivo del trabajo es desarrollar un proyecto de investigación que permita conocer los factores que inciden en la CV de mayores institucionalizados en residencias.

Los objetivos específicos que se pretende alcanzar en el proyecto de investigación son:

- Estudiar si los instrumentos de CV seleccionados por sus propiedades y posibilidades de generalización son aplicables en residencias.
- Estudiar la relación entre aspectos objetivos y subjetivos de la CV en personas mayores institucionalizadas.
- Analizar diferencias en la CV objetiva y subjetiva en función del género y del grupo de edad.
- Analizar diferencias en la CV objetiva y subjetiva en función del tiempo y del motivo de institucionalización.
- Estudiar el valor predictivo de variables que habitualmente se registran en residencias de mayores (capacidad para actividades básicas de la vida diaria,

estatus cognitivo, síntomas depresivos, estado nutricional, riesgo de caídas) en la CV objetiva y subjetiva.

- Estudiar el valor predictivo de la soledad en la CV objetiva y subjetiva.

Teniendo en cuenta que la presente propuesta de investigación se centra en población mayor institucionalizada se plantean las siguientes hipótesis: (i) que el WHOQOL-BREF y el CASP-12 son aplicables en población mayor institucionalizada; (ii) se espera que existan correlaciones medias entre los aspectos objetivos (WHOQOL-BREF) y subjetivos (CASP-12) de la CV; (iii) que la edad y el género afecte a la CV, es decir, los grupos de edad más mayores tendrán peor CV y que las mujeres presentarán peor CV que los hombres; (v) que el tiempo y el motivo de institucionalización afectarán a la CV, de manera que los grupos con mayor tiempo de institucionalización y los mayores autoinstitucionalizados presenten peor CV; (vi) que la capacidad para las actividades básicas de la vida diaria, el estatus cognitivo, la ausencia de síntomas depresivos, el estado nutricional, la ausencia de riesgo de caídas y la ausencia de soledad serán predictores significativos de una buena CV.

## **Metodología**

### **Diseño**

La presente propuesta se trata de una evaluación multicentro, que se ha diseñado para implantar en 4 residencias del grupo DomusVi. El desarrollo de la evaluación se realizaría a lo largo de tres fases y durante un período total de 9 meses.

El profesional para llevar a cabo la evaluación es imprescindible que cuente con formación en el grado de psicología, que esté especializado en el ámbito de la psicogerontología y con perfil de investigador. Esto es así por el valor central de los aspectos psicológicos, subjetivos, en la evaluación de la CV, además de porque esta formación permite tener los conocimientos necesarios para realizar la evaluación en distintos contextos y dispositivos residenciales de atención a personas mayores, así como los correspondientes análisis y resultados de la evaluación y elaboración de informes. En referencia al espacio en el que se llevará a cabo la evaluación, será necesario un lugar que proporcione comodidad al mayor. Por lo tanto, será

imprescindible un espacio físico amplio, en el que haya una buena iluminación, sin obstáculos de tipo visual (excesiva decoración), auditivo (ruido) o físico (muebles).

## **Criterios de Selección de Participantes**

Los participantes que formarán parte de esta propuesta de evaluación se tratan de mayores institucionalizados de 4 centros gerontológicos residenciales DomusVi del área de A Coruña, concretamente: Oleiros, Matogrande, Concepción Arenal y Laraxe. El motivo de elección de estos centros es el poder contar con centros residenciales que posean características tanto físicas como de tipo organizacional, lo más parecidas posibles. En relación con las características físicas, estos centros cuentan con un elevado número de plazas (entre 135 y 172) y se encuentren en la misma área (A Coruña). En relación con el funcionamiento, los centros pertenecen al mismo grupo, disponen de servicio de psicología y miden de forma rutinaria la mayoría de las variables incluidas en la investigación. Además, con el fin de lograr una muestra representativa de aproximadamente 150 personas que cumplan con el perfil de participantes que se tendrán en cuenta en la propuesta de investigación, será necesario contar con la participación de cuatro centros, teniendo en cuenta que en cada uno de los centros, alrededor de 35 mayores cumplirán con el perfil necesario para llevar a cabo la investigación, en concreto un estatus cognitivo suficiente para contestar de forma fiable a los aspectos objetivos y subjetivos de los cuestionarios.

En relación al perfil de los participantes será necesario tener 60 o más años, estar viviendo en la residencia de forma permanente y llevar al menos 3 meses institucionalizado. Esto es así porque los propios centros DomusVi indican como tiempo medio para la adaptación al centro 3 meses. Se considera necesario tenerlo en cuenta dado que la evaluación de la CV se puede ver afectada si la persona mayor todavía no se ha adaptado lo mejor posible al centro. Se excluirán aquellas personas que tengan un diagnóstico previo a la evaluación de demencia, alteraciones psiquiátricas, deficiencia mental o una lesión cerebral traumática o que hayan obtenido en las evaluaciones realizadas en los centros un rendimiento cognitivo en el MMSE de 2 o más desviaciones típicas por debajo de la media según criterios de Lobo et al. (1999) para edad y nivel educativo.

## **Materiales e Instrumentos de la Investigación**

A continuación, se describirán los instrumentos que serán utilizados para realizar tanto la evaluación de la CV, como la medición de las distintas variables incluidas en el estudio. Es importante saber que cada centro gerontológico cuenta con un sistema informatizado en el que se registran las valoraciones de los diferentes departamentos en relación con cada mayor. En el caso de los centros DomusVI cuentan con el denominada GCR (Sistema informatizado de Gestión de Centros sociosanitarios y Residenciales). En él se registran las siguientes variables: MMSE, GDS, Índice de Barthel, Tinetti, MNA y Escala de Yesavage. Por lo tanto, la gran mayoría de las variables necesarias para la propuesta de investigación están recogidas en los propios centros. Otras, como la CV y la soledad necesitarán de la administración de un instrumento por parte de la psicóloga investigadora.

Para la CV, una vez analizados los distintos instrumentos, con sus fortalezas y limitaciones, y el cumplimiento de los objetivos, los instrumentos que se utilizarán serán el **WHOQOL-BREF** y el **CASP-12** que serán administrados por la psicóloga investigadora. El motivo de elección de ambos instrumentos es el poder realizar una evaluación de CV lo más completa posible, con instrumentos que permitan extrapolar los resultados y que, a la vez, abarque de la manera completa factores objetivos y subjetivos. Así, tanto el WHOQOL-BREF como el CASP-12 ofrecen la posibilidad de generalización de los resultados, permitiendo la posibilidad de que la evaluación sea replicada en otros países gracias a que se cuenta con una variedad de traducciones de ambos instrumentos. Además, con el objetivo de evaluar factores tanto objetivos como subjetivos de la CV, el instrumento de la OMS permite evaluar aspectos más objetivos, centrados en la salud (dominio muy importante para los mayores) y, por su parte el CASP-12 permite contemplar aspectos como lo es el bienestar eudaimónica y hedónico, que como se ha señalado en la parte introductoria, es otro de los componentes más importantes de la CV en el proceso de envejecimiento.

**El WHOQOL-BREF** (WHOQOL Group, 1998) ha sido desarrollado a partir del WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1993) de manera que es la forma abreviada de este. Para su elaboración, se han seleccionado al menos una pregunta de cada una de las 24 facetas relacionadas con la CV que evalúa el original. Para ello, han seleccionado el ítem que se correlacionaba más con la puntuación total, calculada como la media de todas las facetas. Aquellos dominios que quedaban formados por un solo ítem fueron

eliminados, por ello, mientras la versión original evalúa seis dimensiones (Físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente y entorno y espiritualidad/religión/creencias personales) el WHOQOL-BREF evalúa 4 (físico, psicológico, entorno y relaciones personales), ya que al calcular el CFI (índice de análisis confirmatorio), se logró un índice aceptable cuando se aplicaron a la estructura de cuatro dominios (CFI=0,906). Para su proceso de validación en España (Lucas-Carrasco et al., 2011) se tuvieron en cuenta a participantes de tres residencias, entre otros y, se utilizaron otras medidas de CV como el WHOQOL-OLD y el SF-12 (versión abreviada del SF-36). Se trata de una escala que además de tener como finalidad medir la percepción de la persona, sobre su CV general y sobre las diferentes dimensiones de la salud, se ha evidenciado su utilidad y eficacia en centros de atención sanitaria, así como instituciones relacionadas con el cuidado del adulto mayor (Orellana et al., 2020) y es recomendable su uso en los estudios multicéntricos que pretenden investigar sobre la CV (WHOQOL Group, 1998). Como se ha especificado previamente, es un cuestionario relativamente breve, de 26 ítems. Dos de los ítems evalúan cuestiones globales sobre la CV general y la satisfacción con la salud. Todos los ítems se responden en una escala de tipo Likert que va desde 1 a 5, pero el significado de estos varía en función de la dimensión/pregunta. En el primer ítem, 1 indica “muy mal” y 5 “muy bien”. El segundo ítem y del 16 al 25, evalúan satisfacción y 1 significa “muy insatisfecho” y 5 “muy satisfecho”. Del ítem 3 al 9, y el 15, el 1 indica “nada” y el 5 “extremadamente”, del ítem 10 al 14, el 1 indica “nada” y 5 “totalmente”. El último ítem, evalúa la frecuencia con la se han experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas, y se responde en una escala Likert de 1 a 5, donde 1 es “nunca” y 5 “siempre”. Los ítems 3 al 26, evalúan las cuatro dimensiones de CV; psicológico (ítems 5,6,11,19,26), físico (ítems 3,4,10,15,16,17,18), relaciones sociales (ítems 20,21,22) y ambiente (8,9,12,13,23,24,25). Proporciona puntuaciones para cada uno de los dominios y una puntuación de CV general y salud, obtenida a partir de los ítems 1 y 2 respectivamente. Así, se obtiene un perfil del mayor para cada dominio y una puntuación sobre la CV global y salud general. No se recomienda una puntuación total de la CV a partir de la suma de todos los ítems, sino que la puntuación de los ítems que evalúan CV global y salud general se presentan como parte de un perfil. Las puntuaciones de los dominios se puntúan en dirección positiva (a excepción de los ítems 3,4 y 26 para los que es necesario invertir las puntuaciones). Puntuaciones más altas

indican mayor CV. Para obtener las puntuaciones de dominio es necesario realizar una transformación de estas, dada la desigualdad en el número de los ítems para cada dominio. Así, las puntuaciones de los ítems de cada dominio se utilizan para calcular la puntuación del dominio, utilizando la siguiente fórmula, donde Q= Puntuación en el ítem:

- Dominio de salud física=  $((6 - Q3) + (6-Q4) + Q10+Q15+Q17+Q18) \times 4$
- Dominio de salud psicológica=  $(Q5 + Q6+Q7+Q11+Q9+ (6-Q26)) \times 4$
- Dominio de relaciones sociales =  $(Q20+Q21+Q22) \times 4$
- Dominio ambiental =  $(Q8+Q9+Q12+Q13+Q14+Q23+Q23+Q25) \times 4$ .

Finalmente, la puntuación de los dominios ha de transformarse en una escala de 0 a 100 utilizando la siguiente la fórmula:  $(\text{puntuación}-4) \times (100/16)$ .

Es un cuestionario que puede ser autoadministrado, en función de si el encuestado tiene las capacidades sensoriales y cognitivas pertinentes para hacerlo. El cuestionario que se utilizará en la investigación se puede ver en el Anexo 1.

**El CASP-12** (Börsch-Supan et al., 2013) es un cuestionario breve, que puede ser autoadministrado y mide el grado en que los adultos mayores tienen cubiertas sus necesidades. Consta de 12 ítems que se responden en función de la frecuencia con la que la persona piensa la frase planteada. La puntuación oscila entre 12 y 48 puntos, indicando una mayor puntuación una mayor CV. En la validación española (Pérez-Rojo et al., 2017) se observó que la estructura factorial formada por 3 factores reportaba mejores propiedades psicométricas que la propuesta en el cuestionario original (CASP 19) en el que se diferenciaban 4 dimensiones. En este cuestionario una puntuación inferior a 35 es indicativa de baja CV, puntuación entre 35-37 indica una moderada CV, una puntuación entre 38y 39 puntos indicaría una alta CV y una puntuación mayor de 39 puntos sería indicativa de una muy alta CV. Las opciones para cada uno de los ítems son: “a menudo”, “a veces”, “raramente” y “nunca”, que se puntúan en una escala Likert de 1 a 4. Los seis primeros ítems evalúan la dimensión de control y autonomía: En concreto, los tres primeros evaluarían control “Mi edad me impide hacer las cosas que me gustaría hacer”, “Siento que lo que me ocurre está fuera de control”, “me siento excluido/a de lo que ocurre”. Los 3 siguientes evalúan la autonomía: “Puedo hacer las cosas que quiero hacer”, “Mis responsabilidades familiares me impiden hacer lo que quiero hacer”, “la falta de dinero me impide hacer las cosas que quiero hacer”. Los ítems 7, 8, y 9 evalúan la dimensión de placer: “Espero con ilusión cada día”, “Creo que

mi vida tiene sentido”, “haciendo balance, miro hacia atrás en mi vida con una sensación de felicidad”. Los 3 últimos ítems evalúan la dimensión de Autorrealización: “Me siento lleno/a de energía últimamente”, “Creo que la vida está llena de oportunidades”, “Creo que mi futuro se presenta con buenas perspectivas”. El cuestionario CASP-12 puede verse en el Anexo 2.

Para la evaluación del resto de variables incluidas en la investigación, se emplearán los siguientes instrumentos en función de si están disponibles en los centros o no.

- **Variables recogidas a partir de la información disponible en los centros:**

-Variables sociodemográficas y otras de interés: Serán recogidas mediante una hoja de registro (Ver Anexo 3) que cubrirá la psicóloga del centro. En ella se recogerá información relacionada con la edad, nivel educativo, profesión, centro de residencia, tiempo y motivo de institucionalización. El motivo de institucionalización será configurado teniendo en cuenta las aportaciones de Ludi (2011) según se trate de una autoinstitucionalización o una institucionalización. En relación con el tiempo de institucionalización, será codificado como variable continua, en concreto años (de 0 a 2, de 2 a 4 o 5 o más años). En esta hoja de registro además se cubrirá la puntuación obtenida en el resto de las variables medidas en el centro. A cada uno de los participantes se les asignará un código para mantener el anonimato que será cubierto en esta hoja de registro y en las correspondientes pruebas administradas.

-Marcha y deambulación: se evalúa mediante la Escala de Tinetti (Tinetti, 1986). Se trata de una escala que es administrada mediante observación directa. Presenta una elevada capacidad predictiva de riesgo de caída. Requiere de aproximadamente 10 minutos para administrarse y se realiza mediante observación directa. Consta de dos escalas, una de marcha, cuya puntuación máxima es 12, y para la de equilibrio 16. La puntuación total indicaría el riesgo de caída y se obtiene sumando la puntuación en ambas escalas. Carece de puntos de corte, pero se sabe que a mayor puntuación menor riesgo de caída.

- MNA (Mini Nutritional Assessment; Guigoz y Vellas, 1999): es una herramienta que permite realizar una evaluación del estado nutricional. Es utilizada para la detección de malnutrición en residencias. Requiere de 10 o 15 minutos para completarse. Consta de dos partes, una es un cribado y otra la evaluación del estado nutricional. Así del ítem A al F, es un cribado, donde la puntuación máxima puede ser 14, siendo igual o menor a

12 indicativo de “normal” y no sería necesario seguir con el test, y menor o igual a 11, indicativo de posible malnutrición, y sería necesario continuar con la parte de evaluación, que comprende los ítems desde el G hasta el R. En esta parte, la puntuación máxima es de 16. Consta por lo tanto en su totalidad de 18 ítems y su puntuación oscila entre 0 y 30, siendo una puntuación menor de 17 indicativo de mal estado nutricional, entre 17 y 23,5, indicativo de riesgo de malnutrición y mayor o igual a 24, estado nutricional satisfactorio.

- Síntomas depresivos: GDS (Geriatric Depression Scale; Brink et al., 1982): es una de las escalas de depresión más ampliamente utilizadas de las construidas para población mayor. Se trata de una escala de cribado, es decir, de detección de la posible presencia de depresión. Consta de 30 ítems, formulados como preguntas y con respuesta dicotómica si/no. Una respuesta afirmativa en los ítems 2-4-6-8-10-14-16-18-20-22-26-28 equivale a un punto, mientras que una respuesta positiva en el resto de los ítems equivale a 0 y en caso de ser negativa a 1. La puntuación total oscila entre 0 y 30, considerándose una puntuación igual o inferior a 10 como normal, entre 11 y 20, depresión leve y entre 21 y 30 depresión grave.

- Estatus cognitivo: a través del MMSE (Lobo et al., 1995). Se trata de un instrumento de cribado de deterioro cognitivo que incluye ítems de diferentes funciones: memoria de fijación y reciente, atención, habilidades constructivas, lenguaje y orientación temporo-espacial. Consta de 30 ítems y la puntuación máxima es de 30, de manera que, a menor puntuación, mayor será la alteración. y se administra en un tiempo breve, entre 10, 15 minutos. El punto de corte indicativo de deterioro cognitivo dependerá de los criterios de Lobo et al. (1999) según la edad y el nivel educativo.

- Nivel de dependencia o autonomía: a través del Índice de Barthel (Baztán et al., 1993). Es una escala que valora la autonomía respecto a la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Se trata de una escala que consta de 10 ítems que refieren la capacidad para realizar una actividad (comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse, disposición, micción, uso de retrete, deambulación y escaleras). Para los ítems de micción y deposición es necesario valorarse sobre la semana previa. La puntuación total oscila entre 0 y 100 (90 para personas en sillas de ruedas), siendo 0 indicativo de dependencia total y 100 de independencia. Cada ítem describe entre 2 (5 o 0), 3 (10, 5, 0) o 4 (15, 10, 5, 0) niveles de dependencia, en función del tiempo que se emplea para realizar las actividades o de la ayuda que se necesita. Los rangos de

puntuación son los siguientes: 0-20 (dependencia total), 21-60 (dependencia severa), 61-90 (dependencia moderada), 91-99 (dependencia escasa) y 100 (independencia).

- **Variable no recogida en los centros y para la que se necesitará de la administración por parte de la investigadora:**

-Soledad: a través de la Escala de Soledad De Jong Gierveld (De Jong Gierveld y Van Tilburg, 1999): Se trata de una escala basada en su modelo cognitivo, según el cuál, cuanto mayor es la diferencia entre las relaciones sociales deseadas y las que realmente se establecen, mayor es la experiencia de soledad. Consta de 11 ítems, con tres opciones de respuesta (sí, más o menos o no). La puntuación de soledad se obtiene dicotomizando las respuestas. Así, si hay una respuesta negativa o “más o menos” en los ítems 1,4,7,8 y 11, se obtiene un punto. En los restantes ítems, se obtendrá un punto si se responde sí o “más o menos”. La puntuación final oscila entre 0 y 11, siendo 0 indicativo de “No soledad” y 11 de “Soledad extrema”. Se puede ver el cuestionario en el Anexo 4.

## **Procedimiento de la Investigación**

Para llevar a cabo la presente propuesta de evaluación será necesario, como se ha explicado anteriormente, contar con la participación de los mayores institucionalizados de cuatro centros DomusVi que cumplan con las características indicadas en los criterios de inclusión y de exclusión.

El desarrollo de todo el proceso de evaluación constará de tres fases. La primera fase abarcará los 4 primeros meses y medio de la investigación, la segunda fase 2 meses y medio y la tercera fase 2 meses. El desarrollo de la investigación en total supondrá 9 meses.

La temporalización de la evaluación se explica de manera más detallada en el calendario recogido en la tabla 2. Cada una de las sesiones señaladas en este, serán descritas en el siguiente apartado.

**Tabla 2**

*Temporalización del Proceso de Evaluación de CV en los Centros DomusVi*

		MESES																																																
		1				2				3				4				5				6				7				8				9																
		SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS																				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4													
1º F A S E	E V A L U A C I O N E S	Contacto Departamento I+D y Directoras Centros	█																																															
		Reunión Centros	█																																															
		Charla informativa													█																																			
		Confirmación participación residentes													█																																			
		Establecimiento y planificación cronograma													█																																			
		Evaluaciones 1º centro																	█																															
		Evaluaciones 2º centro																					█																											
2º F A S E	E V A L U A C I O N E S	Evaluaciones 3º centro																	█																															
		Evaluaciones 4º centro																					█																											
		Evaluaciones pendientes																					█																											
		Análisis datos y realización informes																									█																							
3º F A S E	E V A L U A C I O N E S	Comunicación resultados y entrega de informes																									█																							

### **Desarrollo y Descripción de las Tareas y Sesiones**

A continuación, se describen cada una de las tareas y sesiones necesarias para implantar la evaluación de la CV en los centros DomusVi. Su implantación se realizará en tres fases diferenciadas y durante un período de nueve meses. Así, en la **primera fase** se desarrollarán las siguientes tareas:

En primer lugar, se contactará con el **departamento de I+D** para obtener la aprobación de la propuesta de evaluación. Una vez obtenida la aprobación, se **contactará con las directoras** de cada uno de los centros para poder tener **una reunión** en la que se les explicará los distintos aspectos de la investigación: objetivos,

procedimiento, fines, duración, necesidad de conocer las variables medidas en el propio centro y las puntuaciones obtenidas en ellas por parte de los residentes, beneficios para la institución, explicación de la implicación de la psicóloga del centro para la selección de los posibles participantes y comunicación a estos de la opción de participar, así como la cumplimentación de las hojas de registro de cada participante con las puntuaciones en las distintas pruebas. Se hará saber la necesidad de impartir por parte de la investigadora en las dos primeras semanas del cuarto mes desde el inicio de la propuesta, una charla informativa a los mayores. El centro deberá enviar la planificación preferente (horarios en el día y semanas) para el desarrollo de las evaluaciones.

El contacto con el departamento de I+D y las responsables de los centros ha de iniciarse tres meses antes del inicio propiamente de las evaluaciones. Se emplearán por lo tanto 12 semanas para esta parte del programa con el fin de tener un tiempo amplio para programar las reuniones, obtener respuesta de las instituciones correspondientes y dejar margen a las psicólogas de los centros para la selección de los mayores idóneos que formarán parte de la evaluación.

Una vez se ha obtenido la aceptación por parte de los centros, de la psicóloga y de los mayores candidatos, y se conozca la fecha en la que se realizará la **charla informativa**, la investigadora se encargará de impartir la charla a los residentes. En ella, se le explicará a cada uno de los mayores los siguientes aspectos: objetivos, procedimiento, fines, duración de la evaluación, importancia de la evaluación, no solo para la institución quién posteriormente puede mejorar aquellos aspectos que dependen de esta y que pueden incidir negativamente en su CV, sino también para el área de la investigación, garantía de la confidencialidad de los datos y anonimato de la identidad, y en caso de participación, necesidad de firmar el consentimiento voluntario para la realización de la evaluación (ver Anexo 5) .

La charla informativa ha de realizarse en cada centro a lo largo de las primeras dos semanas del cuarto mes destinado para la evaluación y los mayores dispondrán de dos semanas para confirmar su **participación en la evaluación**.

A continuación, en función de los horarios de preferencia para realizar las evaluaciones y las fechas comunicadas por los centros, se establecerá **un cronograma de planificación** de las sesiones para cada una de las instituciones. Se estima que dicha planificación con acuerdo previo entre ambas partes (institución e investigadora)

supondrá dos semanas, es decir, las dos primeras semanas del quinto mes, se destinarán para esta tarea.

Una vez realizadas estas tareas de la primera fase, se procederá al inicio de las correspondientes a la **segunda fase**. En esta fase se realizan las **evaluaciones**. Se estima que el número de participantes de cada centro será más o menos de 35 personas y se prevé que cada una de las evaluaciones individuales supondrán una hora. Por lo tanto, realizando 4 evaluaciones al día (dos de mañana y dos de tarde) en cada uno de los centros, en dos semanas se obtendrán las evaluaciones de los 35 participantes de cada institución. Teniendo en cuenta que aproximadamente cada dos semanas se evaluarán los participantes de cada centro, se prevé que las evaluaciones supondrán un total de ocho semanas. No obstante, se destinarán dos semanas más para cubrir posibles cambios o retrasos en las evaluaciones. Esta segunda fase supondrá un total de 10 semanas (2 meses y medio aproximadamente).

En relación con el desarrollo y contenidos de las evaluaciones, se realizarán de manera individual. Teniendo en cuenta que las variables que van a ser medidas por la investigadora son CV y soledad, cada una de las sesiones se desarrollará de la siguiente manera: en primer lugar, se realizará una breve explicación de los pasos que se van a seguir para realizar la evaluación y en qué consistirá cada una de las evaluaciones. A continuación, se realizará la evaluación de la CV y de soledad siguiendo el siguiente orden: WHOQOL-BREF, Escala de Jong Gierveld y CASP-12. Finalmente, se agradecerá la participación al residente, así como en caso de querer conocer los resultados, la fecha aproximada de entrega de estos.

Al finalizar las evaluaciones en los cuatro centros DomusVi, se procederá a implantar la **tercera fase** de la propuesta de evaluación. En esta fase se realizará un **análisis de los datos y se comunicarán los resultados**. De mane que, una vez se dispongan de todas las evaluaciones de los cuatro centros, se procederá al análisis de los datos y de los resultados obtenidos en esta. Se realizará mediante la versión 22 del Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Para ello, en primer lugar, se categorizará la muestra en función de 3 grupos de edad (60 a 69 años, 70 a 79 y 80 años o más). Además, las variables motivo y tiempo de institucionalización también se categorizarán. En el caso de la primera se distinguirá entre autoinstitucionalización e institucionalización y en el caso de la segunda se distinguirá entre tres tiempos (de 0 a 2 años, de 2 a 4 y 5 o más años).

Con el fin de conocer si existe relación entre los aspectos objetivos y subjetivos de la CV, se realizará un análisis de correlación bivariada de tipo Pearson. Además, este tipo de análisis también permitirá explorar si existe relación entre CV y el resto de las variables continuas. Para comparar los subgrupos en función del género, el grupo de edad, el tiempo de institucionalización y el motivo de institucionalización, se realizarán comparaciones no paramétricas. Para comparar los grupos de género y de motivo de institucionalización (2 niveles), se utilizará U de Mann-Whitney. Para comparar los grupos de edad y de tiempo de institucionalización (3 niveles) se utilizará el test de Kruskal-Wallis. Finalmente, para estudiar el rol de la capacidad para actividades básicas de la vida diaria, el estatus cognitivo, los síntomas depresivos, el estado nutricional, el riesgo de caídas y el grado de soledad en la CV objetiva y subjetiva, se implementarán dos modelos de regresión lineal tomando como variable dependiente CV objetiva y subjetiva respectivamente, y el resto de variables como predictores.

Se dispondrá de aproximadamente un mes para el análisis de estos datos y elaboración de los informes. Finalmente, se realizará un **informe** por centro el que se recojan los resultados de la evaluación. En caso de que sea pedido explícitamente por los algunos residentes, se le hará entrega de una copia. Para ello, el profesional investigador encargado de llevar a cabo la evaluación hará entrega personalmente del informe para en caso de ser necesario, proporcionar una explicación de los resultados obtenidos.

## **Estimación de los Resultados y Discusión**

Teniendo en cuenta las evidencias científicas de los resultados obtenidos en la población de mayores institucionalizados, las variables medidas, los objetivos e hipótesis, con el desarrollo de la presente propuesta de investigación se espera obtener correlaciones medias entre los aspectos objetivos y subjetivos de la CV, así como diferencias en función del género, del grupo de edad, del tiempo y del motivo de institucionalización. En lo referente a la relación entre la CV y las variables habitualmente recogidas en residencias, se espera que la mayor dependencia, el menor rendimiento cognitivo, los síntomas depresivos y los síntomas de soledad predigan una menor CV tanto objetiva como subjetiva. En menor medida, el riesgo de caída y el

estado nutricional también podrían ser predictores significativos de CV objetiva y subjetiva.

La evaluación de la CV nos va a permitir a través de este diseño conocer los principales factores que afectan a la CV de las personas institucionalizadas. En la literatura, se han señalado variables como el género, la edad, el motivo de la institucionalización, el tiempo, el estado cognitivo, los síntomas depresivos, el riesgo de caída, presencia de síntomas de soledad, dependencia o autonomía de las ABVD y el estado nutricional, son factores que se relacionan o inciden en la CV.

En primer lugar, la edad es una variable que no se puede controlar o reducir y por lo tanto es de importancia tenerla en cuenta y más sabiéndose que a mayor edad peor es la CV y que según pasan las décadas, la esperanza de vida aumenta, viviéndose más años (OMS, 2015). De acuerdo con la investigación de Thomopoulou et al. (2010), la edad se relaciona con la CV, de manera que a mayor edad peor es la CV, en especial en los grupos de mayores de más de 75 años. Por otro lado, el hecho de que la institucionalización puede realizarse por decisión propia o por decisión de terceros y de acuerdo con Malaquias et al. (2015) que aquellos que lo realicen por decisión de terceros presentan peor CV, convierte esta variable en una de las principales a la hora de evaluar este concepto. En este sentido, pueden ser diversas las explicaciones. Una posible explicación es el hecho de que aquellos que son autoinstitucionalizados son más conscientes de su situación que los que ingresan por decisión de terceros. Otra posible explicación y de acuerdo con Malaquias et al. (2015) es que aquellos que son ingresados por sus familiares o por abandono perciben el ingreso de forma distinta a los que lo hacen por iniciativa propia.

En relación con el tiempo de la institucionalización, el hecho de que los mayores que lleven mayor tiempo institucionalizado presenten peor CV como refleja Marventano et al. (2014) puede venir explicado por la falta de adaptación plena al centro o por la pérdida de determinadas capacidades (cognitivas, físicas o sociales) con el tiempo.

De acuerdo con Scocco (2006) las mujeres por su parte parecen presentar peor CV frente a los hombres. Aquí, aspectos como los roles desempeñados a lo largo de la vida, pueden estar implicados en ese deterioro. Es decir, sabiéndose por ejemplo que las mujeres son las principales cuidadoras de personas dependientes y que estos cuidados a menudo repercuten de manera significativa en la vida física, social y psicológica de

estas, a la larga, el género femenino goza de menor CV, por lo tanto si desde antes de la institucionalización se presenta una peor CV existe una alta probabilidad de que una vez en la institucionalización se mantenga ese nivel o que empeore, entre otros aspectos porque diferentes son las investigaciones que han apuntado a la existencia de una peor CV en aquellos que están institucionalizados frente a los que no (Acevedo, 2014; De Medeiros et al., 2020; Dragesset et al., 2008).

Haciendo referencia a la relación entre la CV y las variables de dependencia, rendimiento cognitivo, presencia de síntomas de soledad y depresivos, en la línea de las investigaciones de Acevedo (2014) y Grizzo et al. (2016), aquellos que presentan peor CV también presentan peores puntuaciones en las variables indicadas. Una explicación a esta situación es la estrecha relación existente entre estas. La salud es una de las dimensiones a la que los mayores le otorgan mayor importancia (Rodríguez-Artalejo, 2011) de manera que cuando esta se ve en alguna de sus esferas afectada, inevitablemente la CV se ve disminuida y cuando son varias las casuísticas que están incidiendo, mayor afectación se podrá esperar. Es importante tener en cuenta llegados a este punto que, si se tiene en cuenta el perfil predominante en las instituciones, son más el número de mujeres ingresadas que de hombres y reflejan peores condiciones físicas y cognitivas que los hombres. Marventano et al. (2014) no solo apuntaba a la existencia de peor CV en los mayores institucionalizados, sino que además los que presentaban esa peor CV son aquellos que presentan niveles más altos de demencia y de depresión.

Por último, resulta evidente que teniendo en cuenta que una de las características que se han encontrado es una mayor puntuación en el riesgo de caídas de los mayores institucionalizados (Herazo-Beltrán et al., 2017), se espera que aquellos que presenten mayor riesgo de caída a su vez presenten peor CV, ya que el riesgo puede tener implicaciones a nivel anímico. Aquellos que presentan riesgo de caída, suelen ser candidatos de contenciones, que limitan su independencia, generando sentimientos negativos que pueden incidir en la CV.

Es importante resaltar que todo parece indicar que una intervención o políticas diseñadas a mejorar variables como la soledad, síntomas depresivos o la marcha, permitiría una posible mejora en la CV de los mayores institucionalizados (Cam et al., 2021; Rodrigues et al., 2021)

Por último, es esencial hacer referencia a la existencia de algunas limitaciones en la presente propuesta de investigación se haya la dificultad de abordar la CV debido a la

naturaleza compleja que implica el propio concepto. Abordar de manera estricta y exhaustiva es, sin ninguna duda, una tarea compleja que exige probablemente de la utilización de más instrumentos que aborden el concepto y contemplen los aspectos que lo conforman de forma más detallada. Además, sabiendo que cada persona presenta unas características individuales y particulares y que en muchas ocasiones es imposible abordar todas, es probable que algunos aspectos que estén incidiendo en la CV queden fuera del alcance de la investigación propuesta. Otra de las limitaciones hace referencia al contexto en el que se ha propuesto la investigación, ya que permitirá obtener conocimientos de la CV en personas institucionalizadas, pero en residencias que presentan determinadas características, dificultando la generalización de los resultados a aquellas en las que exista menor número de residentes y por lo tanto diferente funcionamiento del centro. Por último, otra de las limitaciones presentes es la posibilidad de verse reducido el número de la muestra debido a las características de los participantes, ya que se trata de mayores de edad avanzada con índice de mortandad elevado.

## Referencias

- Acevedo, E. (2014). Quality of life of Institutionalized elderly people in nursing homes: a quantitative analysis. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 225-234. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v4i3.70>
- Acosta, C.O., García, R., Tánori, J., & Echevarría, S. (2017). Loneliness, depression and quality of life in Mexican older adults. *Psicología y Salud*, 27(2), 179-188.
- Almomani, F. M., McDowd, J. M., Bani-Issa, W., & Almomani, M. (2014). Health-related quality of life and physical, mental and cognitive disabilities among nursing home residents in Jordan. *Quality of Life Research*, 23(1), 155-165. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0461-2>
- Amérigo, M. (1993). La calidad de vida. Juicios de satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de bienestar. *Revista de Psicología Social*, 8(1), 101-110. <https://doi.org/10.1080/02134748.1993.10821672>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Bahia, T., Colino, C. M., & Carvalho, D. C. (2015). Capacidade funcional de idosos acolhidos em instituições de longa permanência da rede pública em uma capital da região norte. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 20(2), 517-534. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.45506>
- Baldwin, N., Harris, J., & Kelly, D. (1993). Institutionalisation: why blame the institution?. *Ageing & Society*, 3(1), 69-81. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00000659>
- Baztán, J. J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristóbal, E., & Izquierdo, G. (1993). Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 28(1), 32-40.
- Bech, P., Lucas, R., Amir, M., Bushnell, D., Martin, M., & Buesching, D. (2003). Association between clinically depressed subgroups, type of treatment and patient retention in the LIDO study. *Psychological Medicine*, 33(6), 1051-1059. <https://doi.org/10.1017/s0033291703008249>

- Belleau, H. (2007). L'hébergement institutionnel d'un parent âgé ayant des pertes cognitives. *Canadian Journal on Aging*, 26(4), 329-342.  
<https://doi.org/10.3138/cja.26.4.329>
- Benavides, H. M., Fallas, P., Guzmán, A., Cyrus, E., & Roselló-Araya, M. (2020). Quality of life and active aging, its influence on the index of life expectancy. *Revista Terapéutica*, 14(2), 10-21.
- Böckerman, P., Johansson, E., & Saarni, S. (2011). Institutionalization and quality of life for elderly people in Finland. *European Network of Economic Policy*, 92, 16.
- Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmarcher, J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S., & Zuber, S. (2013). Data Resource Profile: the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 992-1001. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt088>
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, M. D., Adey, M., & Rose, T. L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 1(1), 37-43.  
[https://doi.org/10.1300/J018v01n01\\_06](https://doi.org/10.1300/J018v01n01_06)
- Calman, K. C. (1987). Definitions and dimensions of quality of life. En Aaronson, N. K. & Beckmann, I. M. (Eds.), *The quality of life in cancer patients* (pp. 21-44). Raven Press.
- Cam, C., Atay, E., Öcal, E., Önsüz, M., Isikli, B., & Metintas, S. (2021). Elderly people's quality of life in rural areas of Turkey and its relationship with loneliness and sociodemographic characteristics. *Psychogeriatrics*, 21(5), 795-804. <https://doi.org/10.1111/psyg.12741>
- Carcavilla, N., García, J. J., Carro, J., Martínez, I., & Llorente, T. E. (2021). Desarrollo de una escala de vida subjetiva en residencia de personas mayores (CVS-R). *Revista Española Salud Pública*, 95(5).
- Da Silva, A., & Donadone, J. C. (2017). Políticas públicas e asilos de velhos: grau de dependência em idosos institucionalizados. *Revista Kairós Gerontología*, 20(1), 299-309. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p299-309>
- De Almeida, J., Van Durme, T., Macq, J., & Declercq, A. (2012). Interventions to delay institutionalization of frail older persons: design of a longitudinal study in the home care setting. *BMC Public Health* 12, 615. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-615>

- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (1999). *Manual of the loneliness scale 1999*. Vrije Universiteit.
- De la Rica-Escuín, M., González-Vaca, J., Varela-Pérez, R., Arjonilla-García, M. D., Silva-Iglesias, M., Oliver-Carbonell, J. L., & Abizanda, P. (2014). Frailty and mortality or incident disability in institutionalized older adults: the final study. *Maturitas*, 78(4), 329-334. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.022>
- De Medeiros, M., Malini, T., Baraúna, M., Cople, L., Wanderley., & Rodrigues-Garcia, R. (2020). Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1-25. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1452-0>
- Domínguez-Fernández, C. (2014). Institucionalización de mayores: ingreso y adaptación desde la óptica de los familiares. [Tesis de doctorado, Universidad Internacional de la Rioja].
- Dosil, C., Juncos-Rabadán, O., Mouriz, R., & Facal, D. (2017). Perfil sociodemográfico, cognitivo y de salud de las personas que ingresan en centros residenciales de las provincias de A Coruña y Lugo. *Psicogeriatría*, 7(2), 75-80.
- Drageset, J., Natvig, G.K., Eide, G.E., Clipp, E.C., Bondevik, M., Nortvedt, M.W., & Nygaard, H.A. (2008). Differences in health-related quality of life between older nursing home residents without cognitive impairment and the general population of Norway. *Journal of Clinical Nursing*, 17(9), 1227–1236. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02132.x>
- Ekwall, A. K., Sivberg, B., & Hallberg, I. R. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 23-32. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03260.x>
- Envejecimiento en Red (24 de abril de 2020). *Una estimación de la población que vive en residencias de mayores*. <https://envejecimientoenred.es/una-estimacion-de-la-poblacion-que-vive-en-residencias-de-mayores/>
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Quality of life in old age: Problematic issues. *Applied Research in Quality Life*, 6(1) 21-40. <https://doi.org/10.1007/s11482-010-9110-x>
- Fernández-Ballesteros, R., & Zamarrón, M. D. (1996). *Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)*. TEA.

- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., & Ruiz, M. A. (2001). The contribution of socio-demographic and psychosocial factors to life satisfaction. *Ageing Society*, *21*, 25-43. <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X01008078>
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Martínez-Martín, P., Prieto-Flores, M. E., Rodríguez-Blázquez, C., Martín-García, S., Rojo-Abuín, J. M., & Forjaz, M. (2015). *Aging & Mental Health*, *19*(11), 1031-1041. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.996734>
- Fernández, J. L., Parapar, C., & Ruíz, M. (2010). El envejecimiento de la población. *Cuadernos de la fundación General (CSIC)*, *2*, 6-11.
- Ferrans, C. E. (1990). Quality of life: conceptual issues. *Seminars in Oncology Nursing*, *6*(4), 248-254. [https://doi.org/10.1016/0749-2081\(90\)90026-2](https://doi.org/10.1016/0749-2081(90)90026-2)
- Firpo, G., Cozzensa, M., Ginas, S., Vinicius, M., & Curi, P. (2011). Incapacidade funcional em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Actividade Física & Saúde*, *6*(2), 120-124. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.16n2p120-124>
- García, V. V. (2008). Calidad de Vida: *Aspectos teóricos y metodológicos*. Paidós.
- Gerino, E., Rollè, L., Sechi, C., & Brustia, P. (2017). Loneliness, resilience, mental health, and quality of life in old age: a structural equation model. *Frontiers in Psychology*, *14*(8), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02003>
- Gokkaya, N., Kutsal, Y., Borman, P., Ceceli, E., Dogan, A., Eyigor, S., & Karapolat, H. (2012). Pain and quality of life (QoL) in elderly: the turkish experience. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *55*(2), 357-362. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.10.019>
- Gómez-Gallego, M., Gómez-Amor, J., & Gómez-García, J. (2012). Validación de la versión española de la escala QoL-AD en pacientes con enfermedad de Alzheimer, cuidadores y profesionales sanitarios. *Neurología*, *27*(1), 4-10. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2011.03.006>
- Gómez, L. E., Verdugo, M. A., Arias, B., & Navas, P. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala Fumat. *Psychosocial Intervention*, *17*(2), 189-199. <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179814018007.pdf>
- Goodwin, J. S., Howrey, B., Zhang, D. D., & Kuo, Y. F. (2011). Risk of continued institutionalization after hospitalization in older adults. *The Journals of*

- Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 66(12), 1321-1327. <https://doi.org/10.1093/gerona/qlr171>
- Grizzo, G., Mendes, R., Seabra, M., Maluf, J. M., Nasri, F., Monteiro, M. L., Nagem, L. D., & Gazelato, F. (2016). Health-related quality of life in Brazilian community-dwelling and institutionalized elderly: comparison between genders. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 62(9), 848-852. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.09.848>
- Guevara-Peña, N. L. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Unilibre Cali*, 12(1), 138-151. <http://www.scielo.org.co/pdf/entra/v12n1/v12n1a10.pdf>
- Guigoz, T., & Vellas, B. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA) for grading the nutritional state of elderly patients: presentation of the MNA, history and validation. *Nestlé Nutrition Workshop Series Clinical & Performance Programme*, 1, 3-12. <https://doi.org/10.1159/000062967>
- Gutiérrez, P., Acosta, R., Angulo, M. A., Álvarez, P., Casado, M., Coca, D., Oliver, C., Sánchez, M., Del Sol, M., & Seco, L. (2019). Institucionalización: abandono o la mejor opción. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(2), 183-194. [https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/14279/1/0214-9877\\_2019\\_2\\_3\\_183.pdf](https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/14279/1/0214-9877_2019_2_3_183.pdf)
- Hajek, A., Brettschneider, C., Lange, C., Posselt, T., Wiese, B., Steinmann, S., Weyerer, S., Werle, J., Pentzek, M., Fuchs, A., Stein, J., Luck, T., Bickel, H., Mösch, E., Wagner, M., Jessen, F., Maier, W., Scherer, M., Riedel-Heller, S., & König, H. (2015). Longitudinal predictors of institutionalization in old age. *Plos One*, 10(12), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144203>
- Herazo-Beltrán, Y., Quintero-Cruz, M. V., Pinillos-Patiño, Y., García-Puello, F., Núñez-Bravo, N., & Suárez-Palacio, D. (2017). Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 12(5), 174-181.
- Hollandsworth, J. G. (1988). Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life: a 5-year update. *Social Science & Medicine*, 26(4), 425-434. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90311-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90311-5)
- Hyde, M., Wiggins, R. D., Higgs, P., & 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 & Mental Health*, 7(3), 186-194.  
<https://doi.org/10.1080/1360786031000101157>
- Imaginário, C., Machado, P., Antunes, C., & Martins, T. (2018). Perfil funcional de los ancianos institucionalizados en residencias: estudio piloto. *Gerokomos*, 29(2), 259-264.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2018). *Guía de prestaciones para personas mayores, personas con discapacidad y personas en situación de dependencia. Recursos estatales y autonómico*. IMSERSO
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2018). *Informe 2018. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas*. IMSERSO
- Instituto Galego de Estadística (IGE, 2021). *Porcentaje de población de 65 años o más años sobre el total de la población*. Recuperado de  
[https://www.ige.eu/igebdt/indige.jsp?idioma=gl&codigo=0609&foper=xml/mini\\_lonx\\_1](https://www.ige.eu/igebdt/indige.jsp?idioma=gl&codigo=0609&foper=xml/mini_lonx_1)
- Instituto Nacional de Estadística (INE, 2021). *Datos demográficos*. Recuperado de  
<https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1488#!tabs-grafico>
- Jerez-Roig, J., De Brito, L. M., Torres, J.R., & Costa, K. (2017). Dynamics of activities of daily living performance in institutionalized older adults: a two-year longitudinal study. *Disability and Health Journal*, 10(2), 279-285.  
<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.12.001>
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. En *The concept of life in the frail elderly* (pp. 3-27). Academic Press.
- Leturia, F. J. (1999). El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Revista española de Geriatria y Gerontología*, 34(2), 105-112.
- Limón, M. R., & Ortega, M. C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, 6(1), 225-238.  
<https://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/68.pdf>
- Literas, L., Navarro, A., & Fontanals, M. D. (2010). 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.  
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.04.008>

- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J., De la Cámara, C., Ventura, T., Morales, F., Fernando, L., Montañés, J., & Aznar, S. (1995). Revalidación y estandarización del cognition mini-exam (first spanish version of the Mini-Mental Status Examination) en población geriátrica. *Medicina Clínica*, *112*(20), 767-774.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J.L., De la Cámara, C., Ventura, T., Morales Asín, F., Fernando Pascual, L., Montañés, J.A., & Aznar, S. (1999). Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population. *Medicina Clínica*, *112*(20), 767-774.
- Logsdon, R., Gibbons, L., McCurry, S., & Teri, L. (2002). Assessing quality of Life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, *64*(3), 510-519. <https://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00016>
- Low, G., & Molzahn, A. E. (2007). Predictors of quality of life old age: A cross-validation study. *Research in Nursing & Health*, *30*(2), 141-150. <https://doi.org/10.1002/nur.20178>
- Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K., & Power, J. M. (2011). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging & Mental Health*, *15*(5), 595-604. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.548054>
- Ludi, M. C. (2011). Envejecer en el actual contexto. Problemáticas y desafíos. *Revista Cátedra Paralela*, *8*(1), 33-47.
- Malaquias, L., De Lima, J., Peixoto, M. E., Lira, C., & Pedrosa, S. F. (2015). Quality of life of frail and institutionalized elderly. *Acta Paulista de Enfermagem*, *4*(2), 51-60. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500061>
- Marventano, S., Prieto, M. E., Sanz-Barbero, B., Martín-García, S., Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Martínez-Martín, P., & Joao, M. (2014). Quality of life in older people with dementia: a multilevel study of individual attributes and residential care center characteristic. *Geriatrics & Gerontology International*, *15*(1), 104-110. <https://doi.org/10.1111/ggi.12238>
- Meléndez, J. C., Navarro-Pardo, E., Soles, A., & Mayordomo, T. (2012). Efecto moderador de la institucionalización en las actividades de la vida diaria y bienestar en el envejecimiento. *Revista Brasileira de Geriatria y Gerontología*, *15*(4), 671-680.

- Molero, M., Pérez-Fuentes, M., Gázquez, J., & Mercader, I. (2012). Construction and initial validation of a questionnaire to assess quality of life in older institutionalized. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 2(2), 53-65. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v2i2.14>
- Mota, L., Aparecida, M., De Melo, S., & Oliveira, J. M. (2013). Degree of dependence of elderly residents in geriatric long-term care facilities in Montes Claros, MG. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 104-110. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472013000100013>
- Muñoz, R. (2015). Diferencias en la autopercepción entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Gerokomos*, 26(2), 43-47.
- Murakami, L., & Scattolin, F. (2010). Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. Evaluation of functional Independence and quality of life in institutionalized elderly. *Revista Medica Herediana*, 21(1), 18-26. <https://doi.org/10.20453/rmh.v21i1.1141>
- Navarro, M. (2019). El ingreso involuntario en residencia geriátrica y la autorización judicial. *Revista de Bioética y Derecho*, 45, 231-251.
- Nihtilä, E., & Martikainen, P. (2008). Why older people living with a spouse are less likely to be institutionalized: the role of socioeconomic factors and health characteristics. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(1), 35-43. <https://doi.org/10.1177/1403494807086421>
- Nodehi, M. A., Rashid, N., Hosseini, A. S., & Hosseinzadeh, S. (2019). Evaluation of quality of life and its related factors in elderly in mashhad in 2017. *Journal of Ageing*, 14(3), 310-319. <https://doi.org/10.32598/sija.13.10.160>
- Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders-Slegers, M. J., Jørgensen, N., Calogiuri, G., & 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(137), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0312-4>
- Orellana, K., Manthorpe, J., & Tinker, A. (2020). Day centres for older people: a systematically conducted scoping review of literature about their benefits, purposes and how they are perceived. *Ageing & Society*, 40(1), 73-104. doi: <https://doi.org/10.1017/s0144686x18000843>
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. OMS.

- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002). Programa envejecimiento y ciclo vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(2), 74-105.
- Park, J., Lee, J., Lee, S., Huh, Y., Choi, E., Youn, J., Jhoo, J., Kim, J., Woo, J. y Kim, K. (2010). Prevalence of major depressive disorder and minor depressive disorder in a elderly Korean population: results from the Korean Longitudinal Study on Health and Aging (KLoSHA). *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3) 234-240. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.02.109>
- Pérez-Rojo, G., Martín, N., Noriega, C., & López, J. (2017). Psychometric properties of the CASP-12 in a Spanish older community dwelling sample. *Aging & Mental Health*, 22(5), 700-708. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1292208>
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & WHOQOL-OLD Group. (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14, 2197–2214. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-7380-9>
- Pynnönen, K., Törmäkangas, T., Heikkinen, R., Rantanen, T., & Lyyra, T. (2012). Does social activity decrease risk for institutionalization and mortality in older people?. *The Journals of Gerontology: Series B*, 67(6), 765-774. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs076>
- Queirolo, S. A., Barboza-Palomino, M., & Ventura-León, J. (2020). Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú). *Enfermería global*, 19(4), 259-273. <https://doi.org/10.6018/eglobal.420681>
- Robles-Espinoza, A. I., Rubio-Jurado, B., De la Rosa-Galván, E. V., & Nava-Zavala, A. H. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Residente*, 11(3), 120-125.
- Rodrigues, N., Pierre, M., & Schecher, M. E. (2021). Improvement of quality of life and postural balance of institutionalized elderly people undergoing to a treadmill walking training. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 28, 172-179. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2021.07.043>
- Rodríguez-Artalejo, F. (2011). Envejecer satisfactoriamente. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(1), 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.09.003>
- Salgado, M., Legrá, M. N., Matos, D., Cardero, D., & Castillo, Y. (2016). Influencia de algunos factores biopsicosociales en el bienestar subjetivo de adultos mayores institucionalizados. *Medisan*, 20(10), 4045-4051.

- Salvà, A., Roqué, M., Vallès, E., Bustins, M., Rodó, M., & Sánchez, P. (2014). Description of the clinical complexity of patients admitted to long term care hospitals in Catalonia during 2003 y 2009. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 49(2), 59-64. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.07.006>
- Schenk, L., Meyer, R., Behr, A., Kuhlmeier, A., & Holzhausen, M. (2013). Quality of life in nursing homes: results of a qualitative resident survey. *Quality of Life Research*, 22(10), 2929-2938. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0400-2>
- Scocco, P., & 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. <https://doi.org/10.1111/psyg.12219>
- Scocco, P., Rapattoni, M., & Fantoni, G. (2006). Nursing home institutionalization: a source of eustress or distress for the elderly?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(3), 281-287. <https://doi.org/10.1002/gps.1453>
- Silva, I. P., Souto, L., Lucena, R., De Pontes, J. C., Pereira, A. C., Dantas de Almeida, L., & Cavalcanti, Y. W. (2020). Physical and psychological states interfere with health-related quality of life of institutionalized elderly: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 20, 386. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01791-6>
- Singh, K., & Srivastava, S. K. (2014). Loneliness and quality of life among elderly people. *Journal of Psychosocial Research*, 9(1), 11-18.
- Teyssier, L. M. (2015). *Estudio de la calidad de vida de las personas mayores en la ciudad de Puebla México* [Tesis de doctorado, Universidad de Santiago de Compostela]. <http://hdl.handle.net/10347/13936>
- Thomopoulou, I., Thomopoulou, D., & Koutsouki, D. (2010). The differences at quality of life and loneliness between elderly people. *Biology of Exercise*, 6(2), 13-28. <http://doi.org/10.4127/jbe.2010.0037>
- Tinetti, M. E., Williams, T., & Mayewski, R. (1986). "Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities". *American Journal of Medicine*, 80(3), 429-434. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(86\)90717-5](https://doi.org/10.1016/0002-9343(86)90717-5)
- Tütüm, E., Tarsuslu, T., Sertel, M., Öztrürk, A., & Yümin, M. (2011). The effect of functional mobility and balance on health-related quality of life (HRQoL) among elderly people living at home and those living in nursing home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(3), 180-184. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.10.027>

- Vaca, R., Ancizu, I., Moya, D., De las Heras, M., & Pascual, J. (2015). Prevalencia de desnutrición en personas mayores institucionalizadas en España: un análisis multicéntrico nacional. *Nutrición Hospitalaria*, 31(3), 1205-1216. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.3.8082>
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permnyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Santed, R., Valderas, J. M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., & Alonso, J. (2005). El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2).
- Villar, F., Triadó, C., Resano, C. S., & Osuna, M. J. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar Gerontológica*, 13(3), 152-162.
- Wada, T., Ishine, M., Sakagami, T., Okumiya, K., Fujisawa, M., Murakami, S., Otsuka, K., Yano, S., Kita, T., & Matsubayashi, K. (2004). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39(1), 15-23. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2003.12.003>
- Ware, J. E., & Scherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
- World Health Organization (1993). Study protocol for the World Health Organization project the develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159. <https://doi.org/10.1007/BF00435734>
- World Health Organization (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>

# Anexos

## Anexo 1. Cuestionario WHOQOL-BREF

Código participante

CV.....

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de la calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Si no está seguro de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces esta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

### 1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?

Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

### 2. ¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?

Muy Insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

### 3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

### 4. ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

### 5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
------	---------	-----------	----------	----------------

(1)                      (2)                      (3)                      (4)                      (5)

**6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?**

Nada                      Un poco                      Lo normal                      Bastante                      Extremadamente  
(1)                      (2)                      (3)                      (4)                      (5)

**7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?**

Nada                      Un poco                      Lo normal                      Bastante                      Extremadamente  
(1)                      (2)                      (3)                      (4)                      (5)

**8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?**

Nada                      Un poco                      Lo normal                      Bastante                      Extremadamente  
(1)                      (2)                      (3)                      (4)                      (5)

**9. ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?**

Nada                      Un poco                      Lo normal                      Bastante                      Extremadamente  
(1)                      (2)                      (3)                      (4)                      (5)

**10. ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?**

Nada                      Un poco                      Lo normal                      Bastante                      Totalmente  
(1)                      (2)                      (3)                      (4)                      (5)

**11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?**

Nada                      Un poco                      Lo normal                      Bastante                      Totalmente  
(1)                      (2)                      (3)                      (4)                      (5)

**12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?**

Nada                      Un poco                      Lo normal                      Bastante                      Totalmente  
(1)                      (2)                      (3)                      (4)                      (5)

**13. ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?**

Nada                      Un poco                      Lo normal                      Bastante                      Totalmente  
(1)                      (2)                      (3)                      (4)                      (5)

**14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?**

Nada                      Un poco                      Lo normal                      Bastante                      Totalmente  
(1)                      (2)                      (3)                      (4)                      (5)

**15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?**

Nada (1)	Un poco (2)	Lo normal (3)	Bastante (4)	Totalmente (5)
-------------	----------------	------------------	-----------------	-------------------

**16. ¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?**

Muy Insatisfecho (1)	Poco insatisfecho/a (2)	Lo Normal (3)	Bastante satisfecho/a (4)	Muy satisfecho/a (5)
----------------------------	-------------------------------	---------------------	---------------------------------	----------------------------

**17. ¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?**

Muy Insatisfecho (1)	Poco insatisfecho/a (2)	Lo Normal (3)	Bastante satisfecho/a (4)	Muy satisfecho/a (5)
----------------------------	-------------------------------	---------------------	---------------------------------	----------------------------

**18. ¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?**

Muy Insatisfecho (1)	Poco insatisfecho/a (2)	Lo Normal (3)	Bastante satisfecho/a (4)	Muy satisfecho/a (5)
----------------------------	-------------------------------	---------------------	---------------------------------	----------------------------

**19. ¿Cómo de satisfecho/a está de si mismo?**

Muy Insatisfecho (1)	Poco insatisfecho/a (2)	Lo Normal (3)	Bastante satisfecho/a (4)	Muy satisfecho/a (5)
----------------------------	-------------------------------	---------------------	---------------------------------	----------------------------

**20. ¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?**

Muy Insatisfecho (1)	Poco insatisfecho/a (2)	Lo Normal (3)	Bastante satisfecho/a (4)	Muy satisfecho/a (5)
----------------------------	-------------------------------	---------------------	---------------------------------	----------------------------

**21. ¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?**

Muy Insatisfecho (1)	Poco insatisfecho/a (2)	Lo Normal (3)	Bastante satisfecho/a (4)	Muy satisfecho/a (5)
----------------------------	-------------------------------	---------------------	---------------------------------	----------------------------

**22. ¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?**

Muy Insatisfecho (1)	Poco insatisfecho/a (2)	Lo Normal (3)	Bastante satisfecho/a (4)	Muy satisfecho/a (5)
----------------------------	-------------------------------	---------------------	---------------------------------	----------------------------

**23. ¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?**

Muy Insatisfecho (1)	Poco insatisfecho/a (2)	Lo Normal (3)	Bastante satisfecho/a (4)	Muy satisfecho/a (5)
----------------------------	-------------------------------	---------------------	---------------------------------	----------------------------

**24. ¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?**

Muy Insatisfecho (1)	Poco insatisfecho/a (2)	Lo Normal (3)	Bastante satisfecho/a (4)	Muy satisfecho/a (5)
----------------------------	-------------------------------	---------------------	---------------------------------	----------------------------

**25. ¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?**

Muy Insatisfecho (1)	Poco insatisfecho/a (2)	Lo Normal (3)	Bastante satisfecho/a (4)	Muy satisfecho/a (5)
----------------------------	-------------------------------	---------------------	---------------------------------	----------------------------

**26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?**

Nunca (1)	Raramente (2)	Moderadamente (3)	Frecuentemente (4)	Siempre (5)
--------------	------------------	----------------------	-----------------------	----------------

**Anexo 2. Cuestionario CASP-12**

Código participante

CV.....

**A continuación le presentamos una lista de frases que la gente suele utilizar para describir sus vidas y como se sienten. Nos gustaría saber la frecuencia con la que usted piensa que estas frases pueden aplicarse a usted.**

	A menudo	A veces	Raramente	Nunca
	▼	▼	▼	▼
a) Mi edad me impide hacer las cosas que me gustaría hacer	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
b) Siento que lo que me ocurre esta fuera de mi control	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
c) Me siento excluido/a de lo que ocurre	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
d) Puedo hacer las cosas que quiero hacer	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
e) Mis responsabilidades familiares me impiden hacer lo que quiero hacer	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
f) La falta de dinero me impide hacer las cosas que quiero hacer	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
g) Espero con ilusión cada día	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
h) Creo que mi vida tiene sentido	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
i) Haciendo balance, miro hacia atrás en mi vida con una sensación de felicidad	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
j) Me siento lleno/a de energía últimamente	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
k) Creo que la vida esta llena de oportunidades	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
l) Creo que mi futuro se presenta con buenas perspectivas	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

### Anexo 3. Escala de soledad De Jong Gierveld

Código participante

CV.....

**NO      MÁS O MENOS      SI**

Siempre hay alguien con el que puede hablar de sus problemas diarios

Echa de menos tener un buen amigo de verdad

Siente una sensación de vacío al su alrededor

Hay suficientes personas a las que podría recurrir en caso de ser necesario

Echa de menos la compañía de otras personas

Piensa que su círculo de amistades es demasiado limitado

Tiene mucha gente en la que confiar plenamente

Hay suficientes personas con las que tiene una amistad muy estrecha

Echa de menos tener gente a su alrededor

Se siente abandonado a menudo

Puede contar con sus amigos siempre que lo necesita

**Anexo 4. Hoja de registro**

Código Participante

CV.....
---------

Centro DomusVi .....

Nombre.....

Apellidos .....

Fecha de nacimiento.....

Profesión .....

Nivel Educativo (Marcar con cruz)

Sin estudios	<input type="checkbox"/>
Primarios	<input type="checkbox"/>
Bachillerato	<input type="checkbox"/>
Universitarios	<input type="checkbox"/>

Motivo de la institucionalización (Marcar con cruz)

Autoinstitucionalización	<input type="checkbox"/>
Institucionalización	<input type="checkbox"/>

Fecha de ingreso (Tiempo de institucionalización)

0-2 años	<input type="checkbox"/>
2- 4 años	<input type="checkbox"/>
5 o más años	<input type="checkbox"/>

Puntuaciones en:

MMSE	<input type="text"/>
Barthel	<input type="text"/>
GDS	<input type="text"/>
Tinetti	<input type="text"/>
MNA	<input type="text"/>
WHOQOL-BREF	<input type="text"/>
Escala de Soledad	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

**Anexo 5. Consentimiento informado**

**CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CONSISTENTE EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**

D/Dña.....

Con DNI nº.....

Con fecha de nacimiento.....

Residente en DomusVi (Marcar con una cruz)

Matogrande

Oleiros

Laraxe

Concepción Arenal

**DÁ SU CONSENTIMIENTO** para realizar una evaluación afectiva y de la Calidad de Vida en la que deberán cubrir unos cuestionarios y cuyos resultados serán utilizados única y exclusivamente para fines académicos y de investigación, garantizando que todos los datos serán tratados con la debida confidencialidad y el completo anonimato.

En..... el día.....de 20.....

Firma: