

## ORIGINAL BREVE

Recibido: 15 de enero de 2020  
Aceptado: 18 de diciembre de 2020  
Publicado: 5 de febrero de 2021

## DESARROLLO DE UNA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES (CVS-R)

Nuria Carcavilla González [https://orcid.org/0000-0003-4301-2514] (1), Juan J. García Meilán [https://orcid.org/0000-0002-8440-6272] (1,2), Juan Carro Ramos [https://orcid.org/0000-0002-7556-9782] (1,2), Israel Martínez Nicolás [https://orcid.org/0000-0003-2961-6311] (1,2) y Thide E. Llorente Llorente [https://orcid.org/0000-0001-6543-0026] (1,2)

(1) Instituto de Neurociencias de Castilla y León, INCYL. Salamanca. España.  
(2) Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca. Salamanca. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

### RESUMEN

**Fundamentos:** La calidad de vida en residencias de personas mayores es una preocupación creciente. Su evaluación requiere instrumentos que consideren las necesidades subjetivas de residentes, familias y profesionales, como el cuestionario (CVS-R) que se desarrolló y validó en el presente estudio.

**Métodos:** La versión original de 100 ítems fue aplicada a 99 personas procedentes de tres residencias (36,4% profesionales, 30,30% residentes y 33,33% familiares). Del análisis de los ítems se obtuvo un cuestionario de 27 preguntas y 9 dimensiones que, posteriormente, rellenaron de forma online 225 personas de otras residencias de España (62% profesionales, 23% residentes y 14% familiares). Se analizó la validez de contenido mediante valoración por expertos y la validez de constructo mediante análisis factorial. Se evaluó la fiabilidad analizando la consistencia interna con el alfa de Cronbach.

**Resultados:** El análisis factorial confirmó la existencia de un solo factor que explica el 62,35% de la varianza total del cuestionario. El alfa de Cronbach fue de 0,97. No se encontró relación entre el sexo y la puntuación final del cuestionario.

**Conclusiones:** Las propiedades psicométricas del CVS-R apoyan su uso para la evaluación de la CV subjetiva de residencias de personas mayores de España. El CVS-R recoge, por primera vez, la percepción de residentes, familias y profesionales.

**Palabras clave:** Calidad de vida, Bienestar, Evaluación, Residencias de personas mayores, Envejecimiento, Institucionalización, Estudios de validación, Escala.

### ABSTRACT

#### Development of a subjective quality of life scale in nursing homes for older people (CVS-R)

**Background:** The quality of life in nursing homes is a growing concern. Its assessment requires instruments that consider the subjective needs of residents, their families, and staff, such as the questionnaire (CVS-R) that has been developed and validated in the present study.

**Methods:** The original 100 items version was applied to 99 participants from three nursing homes (36,4% professionals, 30,30% residents and 33,33% family members). From the item analysis, a questionnaire with 27 questions and 9 dimensions was obtained, which, subsequently, 225 people from other nursing homes in Spain filled in online. Content validity was analyzed by expert judgment, and construct validity by factor analysis. Reliability was assessed by analyzing the internal consistency with Cronbach's alpha.

**Results:** The factorial analysis confirmed the existence of a single factor that explains 62.35% of the total variance of the questionnaire. Cronbach's alpha was 0.97. No relationship was found between sex and the final score of the questionnaire.

**Conclusions:** The psychometric properties of the CVS-R support its use for the assessment of the subjective quality of life of nursing homes in Spain. The CVS-R considers, for the first time, the perception of residents, families and staff.

**Key words:** Quality of life, Well-being, Evaluation, Nursing homes, Aging, Institutionalization, Validation studies, Scale.

## INTRODUCCIÓN

La Calidad de Vida (CV) en los entornos gerontológicos se consolida como un área importante de investigación, a medida que aumenta la esperanza de vida y se pone mayor énfasis en modelos de atención basados en la humanización de la salud<sup>(1)</sup>. Sin embargo, la evaluación y mejora de la CV de las personas mayores que viven en residencias no ha sido desarrollada debidamente como objeto de estudio, lo que provoca sucesos de alarma social y repercute de forma negativa en el bienestar de las personas mayores. Es habitual que las definiciones de CV en el ámbito sanitario y asistencial se hagan desde las instituciones u organizaciones sanitarias en base a normativas legales. Este proceder ignora la opinión de los usuarios, por lo que sería interesante incluir su perspectiva para un análisis conjunto del estado del bienestar en las personas mayores. La CV ha de contemplarse para diseñar políticas sociales, pero también como indicador para tomar decisiones sobre la salud y mejorar las prácticas psicosociales. En el caso de las personas mayores es fundamental tener en cuenta factores específicos. La pérdida de control funcional sobre la vida pone en relieve la importancia de controlar la influencia de estas pérdidas sobre su salud mental y física. Además, ha de considerarse el riesgo de ver reducida la CV para aquellas personas mayores que viven en entornos gerontológicos, en comparación con las que viven en su comunidad<sup>(2)</sup>.

La CV es un constructo multidimensional, integrador y global que se ha estudiado y definido desde disciplinas muy diversas. Desde una perspectiva psicológica, Ardila<sup>(3)</sup> define la CV como “*un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. [...] Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva.*”

*Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida”.*

En el campo de la gerontología, la medición de la CV se centra en el punto de vista del individuo sobre sus relaciones sociales, sus condiciones de salud y su entorno físico. Esta concepción tiene una doble vertiente –objetiva y subjetiva– que pone de manifiesto la importancia del bienestar psicológico como aspecto fundamental de la CV. Así, la persona mayor puede sentir malestar a pesar de que el contexto gerontológico ofrezca buenas condiciones de vida en cuanto a la calidad de vida objetiva<sup>(4,5)</sup>.

Existen numerosos cuestionarios disponibles para evaluar la CV de personas mayores ante diferentes condiciones específicas de salud. El EQ-5D<sup>(6)</sup> es un cuestionario breve que consta de un índice de salud autoadministrado y una escala analógica visual para evaluar la CV en personas con demencia que viven en la comunidad; el SarQoL (*Sarcopenia and Quality Of Life*)<sup>(7)</sup> evalúa la CV de personas mayores de 65 años con sarcopenia, y el cuestionario OQoL (*Overall Quality of Life*)<sup>(8)</sup> evalúa la calidad de vida general en personas mayores vulnerables.

En lo que concierne al ámbito de personas mayores que habitan en residencias, podemos encontrar algunos instrumentos como el cuestionario de satisfacción para residencias privadas de Galicia<sup>(9)</sup>, sobre indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente; el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)<sup>(10)</sup>, que permite realizar una exploración rápida de los componentes más relevantes de la CV en las personas mayores; la escala FUMAT<sup>(11)</sup>, para medir la CV en personas mayores con discapacidad y personas con discapacidad física grave; la Escala de Satisfacción y Calidad de Vida percibida (SyCV-FSAR)<sup>(12)</sup>, desarrollada por la

Fundación SAR para centros residenciales y sociosanitarios, que recoge la percepción de los usuarios sobre los aspectos claves de la CV; y el Cuestionario de Evaluación de Calidad de Vida en Contexto Residencial (CECAVIR)<sup>(13)</sup>, para evaluar la CV de la persona mayor en entornos gerontológicos en España. Estos instrumentos, si bien centrados en la CV de personas mayores residentes, tienen diferentes limitaciones, tales como un reducido tamaño de la muestra, el hecho de que funcionan como encuestas de satisfacción con las propias residencias, o que califican la CV por la adecuación de los servicios que ofrecen con la normativa legal. A diferencia de estos instrumentos, el cuestionario desarrollado en el presente estudio pretende prestar especial atención a la medición de la CV subjetiva, para lo que nos basamos en las seis dimensiones del modelo de bienestar psicológico de Ryff<sup>(5)</sup> de ayuda al funcionamiento positivo en el envejecimiento. Estas son autoaceptación, crecimiento personal, propósito en la vida, dominio del entorno, autonomía y relaciones positivas. Estas dimensiones han sido validadas en población española<sup>(14)</sup> y se ha estudiado cuál es su evolución con la edad<sup>(15)</sup>. La autoaceptación y el mantenimiento de relaciones positivas con otros parecen permanecer estables a lo largo de la vida; las dimensiones de crecimiento personal y propósito en la vida parecen tender a decrecer a lo largo del tiempo, y de manera más marcada a medida que se acerca la vejez. En el caso del dominio del entorno, este parece ser un factor más bajo en la juventud, experimenta un aumento significativo en la mediana edad y se mantiene durante la vejez; el mismo proceso, aunque con un aumento menos acusado, sucede con la dimensión de autonomía.

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. En aquellos que implican una atención asistencial a largo plazo, las personas mayores

buscan control y flexibilidad para vivir una vida normal, significativa y sin restricciones cuando hablan de la planificación de su atención<sup>(16)</sup>. Según Koren<sup>(17)</sup>, podría ser que un contexto más restrictivo, donde predomina una visión vinculada a la enfermedad y al déficit, limite las oportunidades para seguir experimentando un crecimiento personal continuo y disminuya la posibilidad de vivir experiencias significativas. Además, debido a las pérdidas a menudo asociadas al envejecimiento, la salud se convierte en una de las dimensiones más importantes para las personas mayores.

Poner el foco de atención únicamente en la salud, puede transmitir una visión de la vejez como etapa caracterizada por el declive. Es por ello que a las dimensiones del modelo de bienestar psicológico de Ryff<sup>(5)</sup> les hemos incorporado el enfoque de la Atención Centrada en la Persona. Este planteamiento puede convertirse en un modelo para mejorar la calidad de la atención a las personas mayores, reconociendo a cada persona con diferentes necesidades e intereses, respetando su dignidad y dándole protagonismo en el proceso de cuidado y desarrollo de su vida con independencia de su salud integral<sup>(18)</sup>. La percepción de la calidad de la atención está influida no solo por las expectativas y demandas del individuo, sino también de la sociedad. Ejemplo de ello son las diferencias percibidas entre familiares, profesionales y personas mayores a la hora de determinar los factores de una buena muerte en una residencia<sup>(19)</sup>. De este modo, la CV debe evaluarse a partir del modelo organizacional de la residencia y de diferentes cuestiones relacionadas con el bienestar psicológico, que afectan a aspectos emocionales, cognitivos, motores y afectivos de los usuarios, familiares y de los propios profesionales del centro<sup>(20)</sup>.

Por lo tanto, el presente estudio tuvo como objetivo diseñar una escala de CV que incluyese no solo indicadores objetivos de las residencias

de personas mayores, sino también los aspectos de CV subjetiva más relevantes de acuerdo con las percepciones de los propios usuarios, de sus familiares y de los profesionales del propio centro. Este sistema permitiría realizar una evaluación multiperspectiva de la CV subjetiva en las residencias de personas mayores, lo que facilitaría establecer procedimientos para diseñar mejoras en su sistema organizacional.

## SUJETOS Y MÉTODOS

**Participantes.** La versión original de 100 ítems fue respondida por una muestra de 99 personas (36,4% profesionales, 30,30% residentes y 33,33% familiares) procedente de tres residencias de España. En la validación del cuestionario participaron un total de 225 personas (62% profesionales, 23% residentes y 14% familiares) de diferentes comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Islas Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Foral de Navarra, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, País Vasco y Principado de Asturias) y de la ciudad autónoma de Ceuta. De ellos, el 75,5% eran mujeres y el 24,5% eran hombres. Se envió un email a las principales residencias de cada comunidad para informar sobre el estudio y se les invitó a participar y difundir la encuesta entre sus usuarios, familiares y trabajadores.

**Instrumentos.** En una primera fase, se realizó una recopilación de los ítems que, según la revisión bibliográfica<sup>(5,21)</sup>, eran relevantes a la hora de evaluar la CV en residencias de personas mayores. Inicialmente se utilizaron 138 ítems tanto de la escala FUMAT<sup>(11)</sup>, como de las recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores, de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología<sup>(22)</sup>. A partir de la revisión de estos ítems por parte de especialistas independientes se eliminaron aquellos redundantes o de gran dificultad de comprensión para las

personas mayores y se conformó un instrumento con 100 ítems. Los ítems estaban clasificados en un total de 11 dimensiones, que incluían las seis del modelo de bienestar psicológico de Ryff<sup>(5)</sup>, y otras cinco relevantes para el contexto de las residencias y su población (tabla 1). La redacción de los ítems comenzaba con la pregunta explícita “¿Cómo de importante considera usted que en una residencia...?”, seguida del aspecto concreto de cada ítem. Por ejemplo, “¿...se haga visible y se ensaye con los residentes los planes de emergencias y evacuación?”. Se confeccionó una escala tipo Likert con cinco alternativas, donde 0 significa “nada importante” y 4 significa “imprescindible”. De este modo, puntuaciones mayores indicaban mayor relevancia del ítem.

Con este cuestionario de 100 ítems, se llevó a cabo un estudio piloto para garantizar que estos se comprendían sin ambigüedad, y a fin de seleccionar aquellos más relevantes para la versión final del cuestionario. Con este propósito, se aplicó la versión de 100 ítems a una muestra de 99 personas, procedentes de tres residencias de la provincia de Salamanca (36 profesionales, 33 familiares de residentes y 30 residentes mayores de 65 años). Se utilizaron técnicas cuantitativas (respuesta al cuestionario) y cualitativas (entrevistas individuales) con el objetivo de obtener una puntuación de la valoración subjetiva de cada ítem para los participantes.

Tras el estudio piloto, se creó la versión final del cuestionario para su validación. Seleccionamos los 20 ítems que se consideraron más importantes para cada grupo implicado en las residencias. La mayoría de los ítems resultaron relevantes para los tres grupos. Otros en cambio solo eran relevantes para uno o dos de los grupos y se sumaron, quedando el cuestionario final con 27 ítems (anexo I). En esta fase se perdieron las dimensiones propósito en la vida y dirección y organización, al no contar con ningún ítem dentro de los 20 más importantes para los participantes de cada grupo.

**Tabla 1**  
**Dimensiones del cuestionario de calidad de vida subjetiva**  
**en residencias de personas mayores.**

Dimensiones del Cuestionario	Definición
<b>Autoaceptación</b>	Reconocer las debilidades y fortalezas. Autoestima.
<b>Relaciones positivas</b>	Relaciones positivas con otros basadas en la confianza y en la empatía.
<b>Autonomía</b>	Cualidad de autodeterminación e independencia, locus de control interno y capacidad de evaluarse a uno mismo según criterios personales.
<b>Dominio del entorno</b>	Competencia ambiental o capacidad de dominio del entorno.
<b>Crecimiento personal, motivacional y emocional</b>	Visión de uno mismo en continuo desarrollo de su potencial, que está abierto a nuevas experiencias y cuyo cambio va reflejando mayor autoconocimiento y efectividad.
<b>Bienestar físico</b>	Niveles de salud e independencia e implicaciones en actividades de vida diaria, atención sanitaria y ocio.
<b>Propósito en la vida</b>	Necesidad de las personas de encontrar un propósito que de sentido a su vida.
<b>Servicios de la residencia<sup>(*)</sup></b>	Servicios ofertados por la residencia, como la variedad y tipo de actividades o los servicios básicos de mantenimiento y funcionamiento diario.
<b>Recursos humanos</b>	Tamaño y adecuación de la plantilla del centro.
<b>Familia</b>	Participación de los familiares de los residentes de los servicios y atención prestada.
<b>Dirección y organización<sup>(*)</sup></b>	Estilo de liderazgo, organización y funcionamiento de la residencia.
<p>(*) Estas dimensiones se excluyeron en el cuestionario final al no contar con ningún ítem dentro de los 20 más importantes para los participantes de cada grupo.</p>	

En la segunda fase, desarrollamos y validamos el cuestionario final, al que denominamos CVS-R, en modalidad *online*. El objetivo ahora era realizar el análisis a partir de datos online de la CV subjetiva proporcionada en residencias concretas. Para ello, se reformularon los 27 ítems seleccionados en la fase anterior variando el comienzo de la pregunta “¿Cómo de importante considera usted que en su residencia...?”, a lo que seguía el ítem concreto referente a la CV subjetiva “¿... exista un protocolo de información inmediata y urgente a familiares de incidentes graves o leves (caída, ingreso en hospital, etc.)?” El formato de respuesta a los ítems fue una escala tipo Likert con cinco alternativas, donde 1 significa “Debería mejorar” y 5 representa “Es sobresaliente”. Puntuaciones mayores indicaron mayor CV subjetiva.

**Procedimiento.** Para su aplicación y recogida de datos se diseñó un formato online del cuestionario, siguiendo la *Ley Orgánica de Protección de Datos*, y se difundió la invitación mediante email para participar en el mismo a las principales residencias de España. Todos los participantes dieron su consentimiento informado de acuerdo con el protocolo aprobado por el Comité de Ética de la Universidad. Se registraron respuestas durante 4 meses. Como método de control, solo se aceptó una respuesta por usuario y el cuestionario solo era válido si se respondían a todas las preguntas.

**Análisis.** Los procedimientos de validación de este instrumento incluyeron la validez de constructo, a través de un análisis factorial de componentes principales, y la evaluación de la consistencia interna para su fiabilidad. La adecuación del análisis factorial se comprobó mediante la prueba de Kaiser-Meyer Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Bartlett. Para evaluar la fiabilidad se analizó la consistencia interna del cuestionario mediante el cálculo

del coeficiente alfa de Cronbach. El análisis psicométrico se realizó con el programa IBM SPSS Statistics, versión 19.

## RESULTADOS

Las medidas de adecuación muestral arrojaron un valor positivo de 0,969 ( $p > 0,05$ ) en la prueba KMO y un valor de 0 en el test de esfericidad de Bartlett, indicando que la matriz de datos resulta apropiada para realizar sobre ella la factorización. Se realizó el análisis factorial (AF) definiendo 9 factores de extracción, correspondientes a las 9 dimensiones iniciales del cuestionario, con el objetivo de comprobar su agrupación y si dichas dimensiones explican los resultados que proporcionan los 27 ítems que contiene. El AF mostró que el cuestionario satura en un solo factor global que contiene los 27 ítems del cuestionario y explica el 62,35% de la varianza total de los datos originales. La dimensión encontrada se corresponde con la propuesta de “calidad de vida global” en el diseño del cuestionario. Las saturaciones del factor común en cada ítem fueron positivas, mostrando saturaciones comprendidas entre 0,520 y 0,898. La menor puntuación media (2,29; DT=1,54) la obtuvo el ítem 6, y el ítem 19 obtuvo la mayor (3,69; DT=1,33). La correlación ítem-total de la escala fue de 0,496 para el ítem con la menor correlación, y de 0,886 para el ítem con la mayor correlación. En el análisis de la consistencia interna se obtuvo un alfa de Cronbach ampliamente consistente para el cuestionario (0,977). Si se elimina cualquiera de los ítems, este valor oscila entre 0,975 y 0,977. Ningún ítem fue eliminado por su bajo poder discriminante o por su baja correlación con el total del cuestionario (tabla 2). Los datos de los ítems -saturación, puntuación media, correlación ítem-test-, así como el Alfa de Cronbach si se eliminaran ciertos ítems se pueden encontrar en la tabla 2.

**Tabla 2**  
**Agrupación de los ítems en un factor, puntuación de los ítems y correlación ítem-test.**

Ítem	Saturación	Puntuación Media (DE)	Correlación ítem-test	Alfa de Cronbach si ítem se elimina
1	0,717	3,11 (1,46)	0,701	0,976
2	0,756	3,31 (1,55)	0,744	0,976
3	0,801	3,29 (1,51)	0,777	0,975
4	0,844	3,18 (1,49)	0,829	0,975
5	0,862	3,13 (1,52)	0,853	0,975
6	0,751	2,29 (1,54)	0,734	0,976
7	0,775	2,80 (1,56)	0,763	0,976
8	0,754	2,80 (1,53)	0,740	0,976
9	0,800	3,36 (1,47)	0,788	0,975
10	0,829	2,84 (1,58)	0,815	0,975
11	0,867	3,09 (1,41)	0,856	0,975
12	0,822	2,82 (1,54)	0,808	0,975
13	0,896	2,96 (1,50)	0,886	0,975
14	0,520	2,53 (1,56)	0,496	0,977
15	0,863	3,05 (1,49)	0,845	0,975
16	0,886	2,84 (1,44)	0,875	0,975
17	0,708	3,00 (1,49)	0,686	0,976
18	0,795	3,34 (1,40)	0,781	0,975
19	0,814	3,69 (1,33)	0,802	0,975
20	0,856	2,75 (1,48)	0,842	0,975
21	0,668	3,21 (1,48)	0,655	0,976
22	0,861	2,92 (1,57)	0,846	0,975
23	0,898	2,71 (1,56)	0,885	0,975
24	0,833	2,43 (1,47)	0,817	0,975
25	0,699	2,95 (1,46)	0,682	0,976
26	0,681	3,07 (1,50)	0,665	0,976
27	0,623	2,57 (1,53)	0,613	0,976

**Tabla 3**  
**Puntuaciones obtenidas para cada dimensión en función del grupo de participantes.**

Dimensiones	Grupo	Media	DT	Error típico	Mín.	Máx.
<b>Bienestar físico (7 ítems)</b>	Trabajadores	19,89	8,91	0,73	7	35
	Familiares	18,21	10,14	1,76	7	35
	Residentes	24,11	7,15	1,06	12	35
	<b>Total</b>	<b>20,49</b>	<b>8,95</b>	<b>0,59</b>	<b>7</b>	<b>35</b>
<b>Servicios de la residencia (5 ítems)</b>	Trabajadores	13,25	5,71	0,47	4	25
	Familiares	12,51	6,32	1,1	5	24
	Residentes	16,84	4,63	0,69	9	25
	<b>Total</b>	<b>13,86</b>	<b>5,79</b>	<b>0,38</b>	<b>4</b>	<b>25</b>
<b>Dominio del entorno (4 ítems)</b>	Trabajadores	11,81	4,93	0,40	4	20
	Familiares	12,00	5,46	0,95	4	20
	Residentes	15,06	3,67	0,54	7	20
	<b>Total</b>	<b>12,49</b>	<b>4,94</b>	<b>0,32</b>	<b>4</b>	<b>20</b>
<b>Autoaceptación (3 ítems)</b>	Trabajadores	8,51	4,05	0,33	3	15
	Familiares	7,84	4,48	0,78	3	15
	Residentes	10,71	3,20	0,47	5	15
	<b>Total</b>	<b>8,85</b>	<b>4,06</b>	<b>0,27</b>	<b>3</b>	<b>15</b>
<b>Relaciones positivas (3 ítems)</b>	Trabajadores	8,72	3,76	0,31	3	15
	Familiares	8,00	4,64	0,80	2	15
	Residentes	9,80	3,30	0,49	5	15
	<b>Total</b>	<b>8,83</b>	<b>3,84</b>	<b>0,25</b>	<b>2</b>	<b>15</b>
<b>Crecimiento personal (2 ítems)</b>	Trabajadores	6,06	2,70	0,22	1	10
	Familiares	5,24	2,88	0,50	2	10
	Residentes	7,60	1,94	0,29	2	10
	<b>Total</b>	<b>6,25</b>	<b>2,69</b>	<b>0,17</b>	<b>1</b>	<b>10</b>
<b>Familia (1 ítem)</b>	Trabajadores	3,23	1,44	0,11	1	5
	Familiares	2,60	1,61	0,28	1	5
	Residentes	3,22	1,39	0,20	1	5
	<b>Total</b>	<b>3,13</b>	<b>1,47</b>	<b>0,09</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
<b>Autonomía (1 ítem)</b>	Trabajadores	2,95	1,56	0,12	1	5
	Familiares	2,69	1,48	0,25	1	5
	Residentes	3,11	1,61	0,24	1	5
	<b>Total</b>	<b>2,95</b>	<b>1,55</b>	<b>0,10</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
<b>Recursos humanos (1 ítem)</b>	Trabajadores	2,10	1,48	0,12	0	5
	Familiares	2,18	1,60	0,28	1	5
	Residentes	2,64	1,63	0,24	1	5
	<b>Total</b>	<b>2,22</b>	<b>1,54</b>	<b>0,10</b>	<b>0</b>	<b>5</b>

La puntuación media total del cuestionario fue de 79,11 (SE=2,10; DT=31,50). Se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones medias entre los diferentes grupos ( $F_{(2,222)}=6,209$ ,  $p=0,002$ ). La media de las puntuaciones para el grupo de familiares fue la menor (71,30; SE=6,38; DT=36,67), seguida del grupo de trabajadores (76,57; SE=2,58; DT=31,29) y del grupo de residentes (93,11; SE=3,52; DT=23,62). No se encontró significación en la diferencia de medias entre trabajadores y familiares ( $p>0,05$ ) pero las diferencias fueron significativas ( $p<0,05$ ) entre trabajadores y residentes y también entre familiares y residentes.

Se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos de personas para las dimensiones servicios de la *residencia* ( $F_{(2,222)}=8,165$ ,  $p<0,001$ ), *crecimiento personal* ( $F_{(2,222)}=8,883$ ,  $p<0,001$ ), *dominio del entorno* ( $F_{(2,222)}=8,119$ ,  $p<0,001$ ), *autoaceptación* ( $F_{(2,222)}=6,520$ ,  $p=0,002$ ) y *bienestar físico* ( $F_{(2,222)}=5,263$ ,  $p=0,006$ ) siendo esta última la que obtuvo la mayor puntuación media (20,49±0,60; DT=8,95), seguida por *servicios de la residencia* (13,86±0,39; DT=5,79) y *dominio del entorno* (12,49±0,33; DT=4,94) (tabla 3). No se encontró relación significativa entre la variable género y la puntuación final del cuestionario ( $F_{(222)}=0,319$ ,  $p>0,5$ ).

La variable calidad de vida (CV) presentaba valores comprendidos entre 27 y 135. El valor medio de calidad de vida fue de 79,11 (DT=31,50). Se ponderaron las puntuaciones con los siguientes puntos de corte para cada percentil:  $P_{25}=8,7$ =Mala,  $P_{50}=80$ =Normal,  $P_{75}=107,61$ =Buena,  $P_{95}=127,87$ =Muy buena (anexo I). Se observó que un 24,4% de la muestra de 225 personas considera la calidad de vida de las residencias valoradas como pésima, un 24,8% como mala, otro 24,8% la considera normal, un 20,4% buena y el 5,3% restante muy buena, no habiendo alcanzado ninguna respuesta el valor máximo (135 puntos) en la

calidad de vida de las residencias de personas mayores.

## DISCUSIÓN

Los resultados muestran que el cuestionario CVS-R desarrollado en el presente estudio es un instrumento con suficiente validez y fiabilidad para medir la CV subjetiva en las residencias de personas mayores, siendo el primer cuestionario que contempla la percepción tanto de residentes, como de familiares y profesionales.

El cuestionario CVS-R demostró su validez de constructo, además de presentar una excelente consistencia interna. El valor obtenido para el alfa de Cronbach confirmó la idoneidad de los ítems seleccionados, siendo consistentes entre sí, apuntando del mismo modo a la elevada correlación con la dimensión del cuestionario. Respecto a la correlación ítem-test, no se observaron valores inversos y destacaron con alta correlación los ítems 13 ( $r=0,886$ ; crecimiento personal, motivacional y emocional) y 23 ( $r=0,885$ ; autoaceptación). Solo el ítem 14 ( $r=0,496$ ; servicios de la residencia) obtuvo una correlación inferior a 0,6. Por su fiabilidad y validez, el cuestionario CVS-R puede ser utilizado tanto en investigación como en la práctica diaria y, al ser un cuestionario de 27 ítems, su tiempo de administración hace más factible su aplicación. El cuestionario CVS-R se incluye como un anexo a este documento y está disponible para los profesionales de la gerontología y responsables de residencias que deseen utilizarlo.

En relación con las respuestas según el perfil del usuario, los resultados muestran que los residentes son los que valoran de manera más positiva la necesidad de CV subjetiva de las residencias. Este efecto positivo asociado con la edad aparece en diferentes estudios<sup>(9,23)</sup>. El grupo de residentes obtiene las puntuaciones más altas para todas las dimensiones propuestas,

salvo para la dimensión “*familia*”, donde obtiene la media más baja.

El grupo de familiares es el más crítico en sus respuestas, obteniendo las puntuaciones más bajas en todas las dimensiones propuestas, salvo para los ítems correspondientes a “*dominio del entorno*”, “*recursos humanos*” y “*familia*”, en los que sus respuestas se posicionan en un término medio. Estos resultados, y en especial, la gran diferencia encontrada entre residentes y familiares en su valoración sobre la CV subjetiva de las residencias, son similares a los de un estudio de Shippee, Henning-Smith y Gaugler<sup>(24)</sup> que identifica los cuidados, el personal, el entorno y la comida como dominios de un instrumento para evaluar la satisfacción de los familiares con la atención en residencias. Dicho estudio sugiere que la satisfacción de los familiares es diferente a la CV de los residentes, pero se asocia a las características de la residencia y a la CV del residente

En cuanto a los trabajadores, sus puntuaciones se posicionan en un punto intermedio entre residentes y familiares para todas las dimensiones propuestas, salvo para los ítems correspondientes a “*dominio del entorno*” y “*recursos humanos*”, donde obtienen las puntuaciones más bajas, y en “*familia*”, donde obtienen las más altas.

En general, los resultados reflejaron un comportamiento diferencial de respuesta en función del perfil del usuario, siendo las respuestas de los familiares similares a las de los trabajadores en cuanto a puntuaciones medias, mientras que los residentes mostraron un patrón de respuesta independiente valorando de forma más positiva todos los ítems.

Una de las limitaciones del estudio es que no fue posible evaluar la fiabilidad test-retest debido a que las personas encuestadas no incluyeron datos de carácter personal (contacto)

en sus respuestas y, por tanto, no fue posible realizar una nueva administración del cuestionario. Por otro lado, en nuestra muestra hemos encontrado la tendencia a la respuesta positiva en el grupo de residentes, como ocurre habitualmente en poblaciones de personas mayores. Conviene considerar las implicaciones de este aspecto, tanto a nivel estadístico como interpretativo en las futuras aplicaciones de la escala. Posiblemente, reducir las alternativas y/o el formato de respuesta (de escala tipo Likert a respuesta sí/no) o introducir preguntas con un formato de tipo indirecto, ayudarían a reducir este sesgo positivo en las respuestas de los residentes.

Los resultados nos permiten concluir que la aplicación del cuestionario CVS-R en entornos gerontológicos de España ofrece medidas fiables y estructuralmente válidas en relación con el modelo de calidad de vida de Ryff. Es importante tener presente el reto actual de mejorar la CV en los entornos de atención gerontológicos, tanto para residentes, familias y trabajadores. Por lo anterior, este instrumento puede ser de gran utilidad a la hora de conocer los aspectos que más afectan a la calidad de vida y qué acciones deben implementarse para mejorarla en las residencias de personas mayores.

Resulta imprescindible para las residencias de personas mayores contar con instrumentos fiables y válidos que permitan identificar la calidad de vida subjetiva percibida tanto por residentes, familiares como profesionales para estos entornos. Los resultados obtenidos permiten verificar la adaptación del cuestionario y la factibilidad de su aplicación. Con su validación, los profesionales de la Geriátrica y Gerontología cuentan con una herramienta de gran utilidad a su alcance para poder incorporarla a estrategias de atención geriátrica y gerontológica en residencias para personas mayores, una importante ayuda para optimizar la calidad de vida ofrecida por estos entornos de atención.

## AGRADECIMIENTOS

A todos los participantes y a los coordinadores de las residencias por su buena disposición durante el estudio. De forma especial, a la dirección de las residencias Jesán, Usera y residencia Municipal Virgen de la Peña de Francia (Salamanca, España).

## REFERENCIAS

1. Tortosa MA, Granell R, Fuenmayor A, Martínez M. Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas mayores con demencia en residencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2016; 51(1): 5–10.
2. Nikmat A, Al-Mashoor S, Hashim N. Quality of life in people with cognitive impairment: Nursing homes versus home care. *Int Psychogeriatr.* 2015; 27(5): 815-824.
3. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. *Rev Latinoam Psicol.* 2003; 35(2): 161-164.
4. Flecha-García AC. Bienestar psicológico subjetivo y personas mayores residentes. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria.* 2015; 25: 319–341.
5. Ryff CD. Possible selves in adulthood and old age: a tale of shifting horizons. *Psychol Aging.* 1991; 6(2): 286–295.
6. Orgeta V, Edwards RT, Hounscome B, Orrell M, Woods B. The use of the EQ-5D as a measure of health-related quality of life in people with dementia and their carers. *Qual Life Res.* 2015; 24: 315–324.
7. Beaudart C, Biver E, Reginster JY, Rizzoli R, Rolland Y, Bautmans I, et al. Development of a self-administrated quality of life questionnaire for sarcopenia in elderly subjects: the SarQoL. *Age Ageing.* 2015; 44(6): 960–966.
8. Gregersen M, Jordansen MM, Gerritsen DL. Overall Quality of Life (OQoL) questionnaire in frail elderly: A study of reproducibility and responsiveness of the Depression List (DL). *Arch Gerontol Geriatr.* 2015; 60(1): 22–27.
9. Iglesias-Souto PM, Dosil A. Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005; 40(2): 85–91.
10. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD. Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI). 1996; Madrid: TEA.
11. Gómez LE, Verdugo MA, Arias B, Navas P. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala Fumat. *Interv Psicosoc.* 2008; 17(2): 189–199.
12. Literas L, Navarro A, Fontanals MD. Diseño y validación de una escala de satisfacción y calidad de vida para usuarios de centros residenciales y sociosanitarios. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010; 45(6): 320–325.
13. Molero MM, Pérez-Fuentes MC, Gázquez JJ, Mercader I. Construcción y validación inicial de un cuestionario para evaluar la Calidad de Vida en mayores institucionalizados. *Eur J Investig Health Psychol Educ.* 2012; 2(2): 53-65.
14. Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, van Dierendonck D. “Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff”. *Psicothema.* 2006; 18, 572-577.
15. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol.* 1995;69, 719-127.
16. Mignani V, Ingravallo F, Mariani E, Chattat R. Perspectives of older people living in long-term care facilities and of their family members toward advance care planning discussions: a systematic review and thematic synthesis. *Clin Interv Aging.* 2017;12: 475–484.
17. Koren MJ. Person-centered care for nursing home residents: the culture-change movement. *Health Aff (Millwood).* 2010; 29(2): 1-6.
18. Kogan AC, Wilber K, Mosqueda L. Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review. *J Am Geriatr Soc.* 2016; 64(1): e1–e7.

19. Munn JC, Dobbs D, Meier A, Williams CS, Biola H, Zimmerman S. The end-of-life experience in long-term care: Five themes identified from focus groups with residents, family members, and staff. *Gerontologist*. 2008; 48(4): 485–494.
20. De Arcaya Vitoria MA. Calidad asistencial en centros gerontológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007; 42(1): 75–85.
21. Lawton MP. A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders. En: *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. San Diego, Academic Press; 1991. p. 3-27.
22. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Grupo de Calidad. 100 recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid; 2004. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/100Recomendaciones.pdf>
23. Schryer E, Ross M. Does the Age-Related Positivity Effect in Autobiographical Recall Reflect Differences in Appraisal or Memory?. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014; 69(4): 548–556.
24. Shippee TP, Henning-Smith C, Gaugler JE, Held R, Kane RL. Family Satisfaction With Nursing Home Care: The Role of Facility Characteristics and Resident Quality-of-Life Scores. *Res Aging*. 2017; 39(3): 418–442.

## Anexo I

### Ítems que componen el cuestionario CVS-R.

#### Instrucciones:

Por favor, responda a las siguientes preguntas. Tenga en cuenta que el inicio de la pregunta siempre será el mismo:  
¿Cómo de importante considera usted que su residencia...?

Sus respuestas pueden ir desde (1) *Debería mejorar* a (5) *Es sobresaliente*(<sup>\*)</sup>.

Nº ítem	Enunciado	1	2	3	4	5
1	Cuenta con un protocolo de información inmediata y urgente a familiares de incidentes graves o leves (caída, ingreso en hospital, etc.).					
2	Disponga de baños totalmente adaptados a las discapacidades físicas y psíquicas.					
3	Presente un aspecto pulcro, limpio y sin malos olores.					
4	Cumpla de forma amplia todos los requisitos de seguridad e higiene.					
5	Disponga de un protocolo eficiente de atención sanitaria.					
6	Tenga una plantilla adecuada y acorde con el tamaño del centro y las características de los usuarios.					
7	Cuenta con personal que, en caso de incontinencia, pueda cambiarle el pañal o la compresa cuando así se demande.					
8	Disponga de recursos para conseguir que las personas con movilidad reducida puedan salir al exterior.					
9	Cumpla de forma amplia todos los requisitos legales de eliminación de barreras arquitectónicas.					
10	Estudie previamente las características médicas y psicológicas de los residentes para que la asignación de las habitaciones sea óptima para la calidad de vida del centro.					
11	Cuenta con un especialista que evalúe y asesore al residente para conseguir los recursos y ayudas técnicas necesarias que mejoren su calidad de vida.					
12	Disponga de programas establecidos de estimulación cognitiva y prevención de demencias.					
13	Cuenta con un plan de atención y vida con seguimiento del estado médico, psicológico y social del residente al año.					
14	Cuenta con un servicio de enfermería 24h.					
15	Permita al residente ser autosuficiente en la medida de lo posible.					
16	Disponga de protocolos establecidos para solucionar y optimizar los problemas de movilidad en los residentes.					
17	Cuenta con sistemas de seguridad en las ventanas y puertas de plantas altas.					
18	Cuide la imagen o apariencia de los residentes.					
19	Facilite y fomente las visitas de las personas cercanas.					
20	Atienda los problemas sensoriales auditivos y visuales para evitar el aislamiento del residente.					
21	Facilite el marcaje personalizado de la ropa, garantizando una correcta distribución de la misma.					
22	Atienda al residente de inmediato si así lo requiere.					
23	Trabaje el bienestar psicológico del residente evitando el estrés y ansiedad.					
24	Disponga de protocolos para evitar que algún residente se sienta sólo.					
25	Ofrezca un ambiente confortable con fácil acceso a zonas verdes.					
26	Se encuentre situada en un lugar que permite tener fluidas y fáciles relaciones con el resto de la sociedad y sus servicios.					
27	Cuenta con un servicio de farmacia propio del centro.					

(\*) 1=Debería mejorar, 2=Es suficiente, 3=Está bien, 4=Es notable, 5=Es sobresaliente

#### Corrección del cuestionario:

Las puntuaciones obtenidas pueden oscilar entre 27 y 135 puntos.  
Realizar el sumatorio de las puntuaciones obtenidas en el total de ítems y consultar el percentil de Calidad de vida al que corresponde.  
A mayor puntuación, indica una mejor Calidad de vida.

Percentil	Calidad de vida
P <sub>25</sub> =(≥48,7)	Mala
P <sub>50</sub> =(≥80)	Normal
P <sub>75</sub> =(≥107,61)	Buena
P <sub>95</sub> =(≥127,87)	Muy buena