



GOBIERNO DE ITALIA



NAACIONES UNIDAS

CEPAL

CELADE- DIVISION DE POBLACION



FONDO POBLACION DE NACIONES UNIDAS

CURSO
**CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS MAYORES:
INSTRUMENTOS PARA EL SEGUIMIENTO POLITICAS Y PROGRAMAS
EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACION REGIONAL
DEL PLAN DE ACCION INTERNACIONAL DE ENVEJECIMIENTO, MADRID 2002**

CELADE- División de Población, CEPAL
Santiago de Chile, 25 de Agosto - 12 de Septiembre, 2003



Módulo III

Calidad de vida de personas mayores

Segunda Parte

Unidad

301 "Calidad de vida en la vejez y Bienestar subjetivo"

301.435
C977
2003
V. 3 P. 2

301435
C977
2003
V.3 P.2

2003

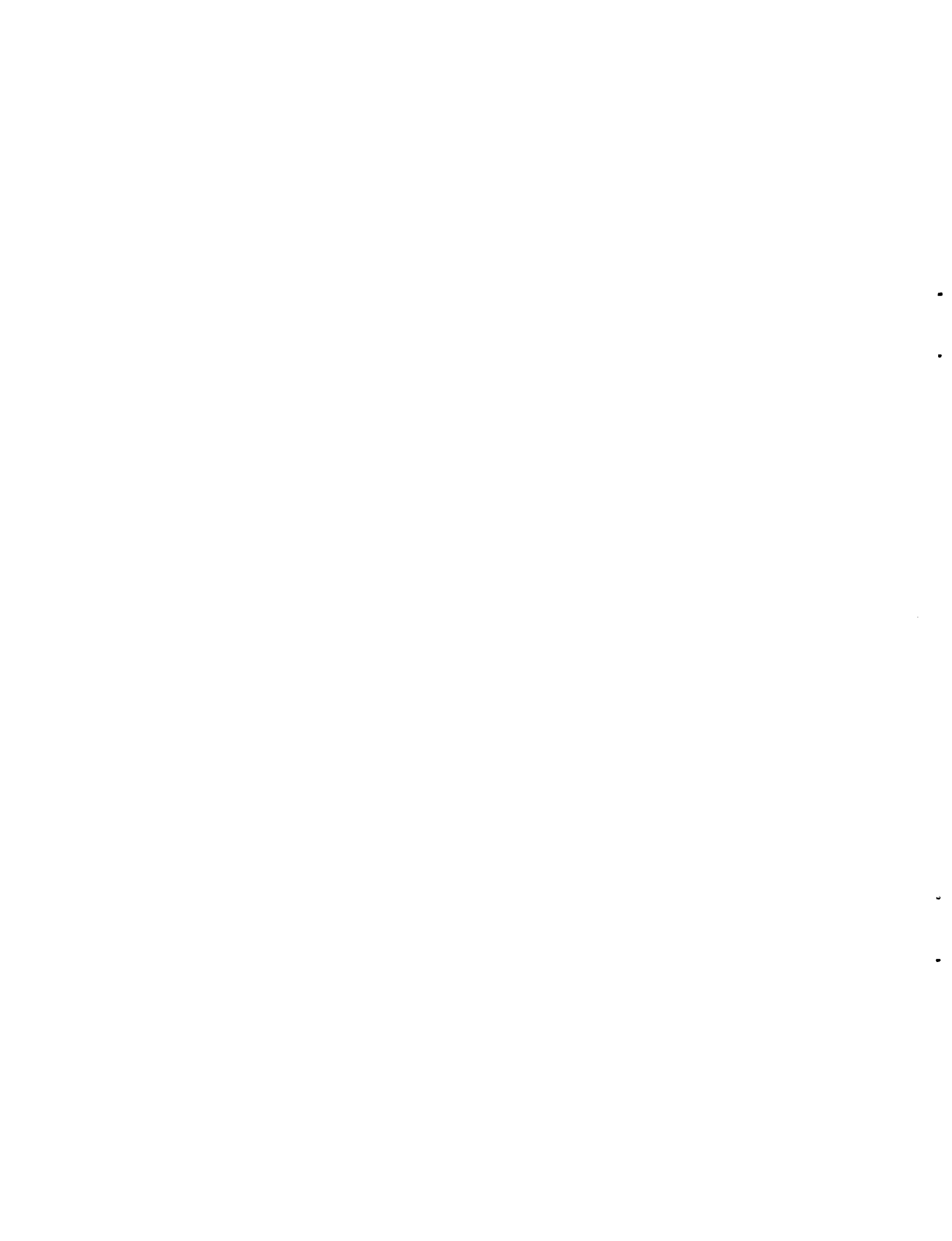
BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Módulo III. Calidad de Vida de Personas Mayores (Segunda Parte).

- Fernández-Ballesteros, Rocío (En prensa): *Social support an quality if life older people in Spain*. En Special Issue: Promotig well-Being among older people, T. Antonucci, C. Okarandudu & H. Akiyama (Eds.). Journal of Social Issues, 31 pps.
- Fernández-Ballesteros, Rocío y María Dolores Zamarrón (1999): *Evaluación en la vejez: Algunos instrumentos*. Clínica y Salud, Vol. 10, Nº10: 245-286.
- Fernández-Ballesteros, Rocío (1996): *Quality of life: Concept and assessment*. 26th International Congress of Pysichology of Montreal.
- Fernández-Ballesteros, Rocío (1993): *The construct of quality of life among elderly*. En Recent advances in aging sciencie, E. Beregi, I. A. Gergerly & K. Rajczi (Eds.), The XVth Congress of the International Association of Gerontology, Budapest, Hungary. Pp. 1627-1630.



900034641 - BIBLIOTECA CEPAL



Social Support and Quality of Life Among Older People in Spain

Rocío Fernández-Ballesteros

Autónoma University of Madrid

In T. Antonucci, C. Okarandudu & H. Akiyama (Eds.):

Special Issue

Promoting Well-being Among Older People

Journal of Social Issues

For more information, contact Prof. R. Fernández-Ballesteros.- Department of Biopsychology and Health psychology. Autonomía University of Madrid. 28049-Madrid (Spain). E-mail: r.fallesteros@uam.es

Contact information (not for publication):

Phone: +34-91-397 5182. FAX:+34-91-3975215

ABSTRACT

Social support is a key concept in social gerontology; there is empirical evidence of its relationships with health, well-being and quality of life in old age. The density of an individual's social relationships, the degree to which he/she interacts with others and how much s/he receives and gives affect, instrumental support and/or services are all associated with health indicators, subjective well-being, and quality of life measures. This paper deals with social support in old age in Spain, its relationships with health indicators and its role in quality of life. Several descriptive studies dealing with social integration, frequency of social interactions, satisfaction with social relationships and formal and informal social support are reviewed. Finally, the role attributed by elders to social relationships as an important conditioning factor of quality of life are analyzed and discussed.

KEY WORDS: Social support, social networks, interpersonal relationships, formal and informal care, quality of life.

1. INTRODUCTION

Social support is a broad concept that includes structural characteristics of an individual's social networks as well as functional aspects of social relationships among group members. Structural conditions might be understood as the social context in which social interactions take place, while the provision of affect and the interchange of resources, information, goods or services are understood as the functional aspect of a given network. Social support can be placed within a broad semantic network that covers social integration, social networks, social relationships, sociometric relations and other related concepts referring both to the individual's social behavior (overt and covert) and his/her interaction with a group, a community or society (Pierce, Sarason & Sarason, 1990).

In recent decades, social support has received enormous attention from gerontology (as well as from other disciplines, such psychology or medicine). Research on social support (and related concepts) carried out over the last 15 years in different contexts/cultures has demonstrated strong relationships with health and well-being across the lifespan, but especially in old age (for a review, see Antonucci, Sherman & Akiyama, 1996). Nevertheless, as is commonly accepted, a major problem in social support research is the lack of an adequate theoretical framework for understanding the impact of social support on health (Schreurs & de Ridder, 2000, p. 90). In the absence of such a framework, in order to present the results of research on social support in Spain the only possibility is to do so through a description of the situation of social support in the Spanish older population and an examination of exploratory and correlational analyses, with a view to determining the expected relationships with health, life satisfaction and well-being. After presenting some sociodemographic background of aging in Spain, we shall analyze existing data on structural characteristics of elders' social networks and

their feelings with respect to these relationships. Subsequently, data on social support will be provided –both social support received by elders from formal and informal network members and care provided by elders to family or other network members. Finally, relationships between social networks and health and the role of social support in quality of life among the elderly Spanish population will be discussed.

2. SOCIODEMOGRAPHIC BACKGROUND

The aging of the Spanish population has run more or less parallel to that of the other European Union (EU) countries, and has reflected two different but complementary demographic processes: the continuous decrease in mortality (and the corresponding increase in life expectancy) and the decrease in fertility. Spain can be considered an “aged” country because its life expectancy is among the highest in the EU (in the year 2000: 81.3 yrs. for women and 73.4 yrs. for men) and its birth rate among the lowest (1.2 children per woman in the year 2000). Projections from the United Nations (2000) state that in the year 2050 Spain will have the world’s oldest population, with 40% of its people over 60 years old. With current aging rate at 15%, of Spain’s roughly 40 million inhabitants, 6 million are over 65 (see Fernández-Ballesteros, Diez-Nicolás, Ruiz-Torres, 1999; Schroots, Fernández-Ballesteros & Rudinger, 1999).

Finally, it would seem pertinent to present some data on Spain’s social and health protection systems. Spain is a welfare state, with a public social security system covering about 97% of its citizens over 65 years old. In 1995, the total cost of social protection (social and health services, pensions, etc.) for the elderly accounted for 9.7% of GDP, or 42.6% of total social protection expenditure (23.6% of GDP) (Eurostat, 1996; Fernández-Ballesteros, Diez-Nicolás, Ruiz-Torres, 1999).

3. SOCIAL NETWORKS

As mentioned above, and in line with the definition by Antonucci et al. (1996), social networks refer to the structural characteristics of an individual's social relationships, including characteristics of the network, frequency of contact and subject's satisfaction with his/her social contacts; also included here aspects related to feelings of loneliness.

3.1 Household characteristics

Where and with whom a person is living is an important condition with regard to social support and social relationships. Living in the community or in institutions, living alone, or with family members or other people give subjects differential opportunities for social contact. An examination of where and with whom elderly Spaniards are living shows us, first of all, that about 2.8 % of those over 65 live in institutions (IMSERSO, 2000). With regard to elders living in the community, several studies have been carried out to determine typical household size of older people in Spain (CIS-IMSERSO, 1998; Díez-Nicolás, 1996; Fernández-Ballesteros, Zamarrón & Maciá, 1996; IMSERSO, 2000; Instituto Nacional de Estadística, 1991). All of them have used representative (by age and gender) samples of the Spanish population over 65, and their results can be generalized (at the level of probability given) to the elderly Spanish population at the time of the survey. It can be stated that, at the end of the 1990s, approximately 17% of the elderly live alone (women 25%, men 8%), 40% live with their husband/wife or partner, 15% live with their husband/wife and their children in his/her house, 2% with his/her husband/wife in their children's home, 12% with his/her children in his/her home, 7% with his/her children but in his/her children's home, and 6% with other family members or other people (Díez Nicolás, 1996; IMSERSO, 2000).

In comparison with other European Union countries, Spain has fewer elderly people

living alone and more living with their children, both in their own home or in that of their children (EUROSTAT, 1998).

3.2 Frequency of social contact

Household size is only a very broad measure for establishing the social network of a given subject. Frequency of his/her social relationships is a complementary indicator. Table 1 shows results from the last IMSERSO Report (2000) about frequency of seeing children, grandchildren, siblings, and other family members, depending on whether they live in the same town/city as their parents or elsewhere.

-----INSERT TABLE 1 ABOUT HERE-----

As we can see, elders who are not living with their children in the same home see them very often: 43.6 % see children living in the same town/city several times per week and 12.7% several time per month, while 12% see children living in another town/city several times per week and 16% several times per month. Likewise, elders see their grandchildren very often, 7.6% several times per week and 20.4% several times per month; they also frequently see siblings or other family members (IMSERSO, 2000).

Also, contact with children by telephone is frequent, with 30% speaking several times per week and 15% several times per month (living in the same town/city), and 20% speaking several times per week and 19% several times per month (living different town/city from their children). Also, Spanish elders speak very often by phone with their grandchildren (28.9 % several times per week or 22.7% per month), and with their siblings and other family members (40% several times per week or per month). It should be taken into consideration that that 76% of Spanish elders have telephone in their homes (IMSERSO, 2000).

Frequency of social relationships between elders and neighbors, friends and other

acquaintances is shown in Table 2. Elders meet neighbors with very high frequency, higher even than that for family members: almost 8 out of 10 of elders meet their neighbors, 4 out of 10 their friends and 2 out of 10 other acquaintances several times a week (IMSERSO, 2000).

-----INSERT TABLE 2 ABOUT HERE-----

Cross-cultural comparison could be interesting for evaluating social support in Spain. Figure 1 shows frequency of contact with family members and friends in the 12 European countries (EU12) assessed (Eurostat, 1996). Three Mediterranean countries (Italy, Spain and Greece) present the highest frequency of social contacts: in Spain, for example, 65% of over-60s report daily contact. In contrast, three of the northern countries report least contact: less than 20% of elders (over 60) from the United Kingdom, The Netherlands and Denmark report daily contact. This is new data suggesting differences between European countries on social networks.

-----INSERT FIGURE 1 ABOUT HERE-----

3.3 Satisfaction

Level of satisfaction with social relationships is a third characteristic of social networks. As we can see in Table 3, 44% of elders report being satisfied (“very” or “quite” satisfied) with their relationships with their children living in the same place, and 56% express similar feelings about their relationships with children living in another place. They express themselves even more positively about their interactions with grandchildren, siblings and other family members. More than 70% are satisfied (“very” or “quite” satisfied) with relationships with their grandchildren, and more than 80% with relationships with siblings and other family members.

Table 3 also shows elders’ satisfaction level with their social relationships in a general sense (final column). As we can see, 90% of elders are “very” or “quite” satisfied with their social relationships in general.

-----INSERT TABLE 3 ABOUT HERE-----

In sum, old people in Spain express high satisfaction with their relationships with their children, grandchildren, friends, neighbors and other acquaintances (in that order). It can be stated that 9 out of 10 people are satisfied with their social relationships.

3.5 Loneliness

If satisfaction is the positive reaction to social contact, then loneliness is the negative one.

Although, apparently, being alone is necessarily linked to feelings of loneliness, this relationship is not a perfect one, since being alone is an objective fact, while feeling lonely is a subjective condition. It would therefore appear important to find out the extent to which older Spaniards report feelings of loneliness.

----INSERT TABLE 4 ABOUT HERE-----

As has been reported in IMSERSO (2000), on average, 12.2% of the elders express feelings of loneliness (very or quite lonely), while almost 70% feel “accompanied”. Also, there are very few differences according to age, with only those over 79 expressing slightly more feelings of loneliness. The most important aspect that affects loneliness is that of living alone or living with others: while 38.1% of people living alone feel very lonely or quite lonely, only 7.5 of those living with others express feelings of loneliness. In contrast, only 24.8% of those living alone feel very much or quite accompanied, while these feelings are expressed by 77.6% of those living with others. In sum, there is a relationship between loneliness and alone/accompanied living condition.

The survey Report 2000 (IMSERSO, 2000) also presents results with regard to the way elders describe their loneliness. The majority of descriptions and/or explanations given refer to social situations: “I have lost close people and loved ones” (42.3%), “I have no-one” (28.5%), “I

have no family” (26.8%), “I feel that no-one needs me” (17.3%), “I have no friends” (4.7%). There are also descriptions referring to other conditions, such as “I have no reason to live” (28.5%), “I feel the time for making plans is over” (6.4%). In sum, as expected, loneliness is mainly related to social relationships, though there are other statements that express loneliness as related to depression.

A final issue that it is interesting to examine concerns the comparison between feelings of loneliness in different European countries, as reported in Eurostat (1998). The proportion of elders (over 60) expressing feeling of loneliness is higher in those countries with more social contact (family members and friends) than in those with less contact. For example, while only 5% of elders from Denmark express loneliness feelings, more than 20% of elders from Portugal and Greece do so. In Spain, 14% of old people express loneliness. This relationship between social contact and feelings of loneliness yielded by Eurostat is not congruent with our data in Spain: as mentioned above, people living alone express feeling of loneliness five times more than those living with others. This is a complex situation, and might be understood in terms of the fact that people living in northern countries, at all ages, are more used to living alone than Spaniards, so that they are “protected” from loneliness in old age, while people in southern countries are more used to being with others. However, cross-cultural epidemiological data do not show more depressive disorders in southern than in Northern European countries. In any case, the relationship between social contact and loneliness is a descriptive fact, and more research should be carried out in order to explain it.

4. SOCIAL SUPPORT

4.1 Social support provided to elders

Elders receive support particularly when they have problems with functional abilities or,

in other words, when they have difficulties in daily living activities. Therefore, before introducing the results about who provides social support to elderly people in Spain, some data about functional abilities in this country should be presented. Several studies have been performed in order to describe the level of independence of the elderly in Spain (Díez Nicolás, 1996; Fernández-Ballesteros, Zamarrón & Maciá, 1996, Miguel, Sancho, Abellan & Rodríguez, 1998, IMSERSO, 2000, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2000).

On the basis of the survey developed by CIS-IMSERSO with a representative sample of the Spanish population (N=2500), Miguel et al. (1998) stated that elders who need help or care with regard to some daily life activities account for approximately 27% of the total population over 65. Nevertheless, other studies find the proportion of people that need care to be smaller: for example, Díez Nicolás found that, in the province of Madrid, no more than 13% (N= 4,838 over-65s) reported difficulties in daily life activities. Fernández-Ballesteros et al. (1996), in a representative sample of the Spanish population (N=1,014 over-65s) living in the community and in institutions, found that 17% of elders with difficulties in at least one daily life activity (“difficulty in walking”). Taking into consideration other studies using more sophisticated procedures to assess daily life activity (basic and instrumental), the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology (2000) estimates that roughly 15% of Spanish over-65s need help on daily life. This percentage obviously increases for over-80s, of whom 35% need help.

In attempting to define who provides support for elders that need care, in Table 5 we can see that the most important care providers for Spanish elders are, first, daughters, and second, husband/wife. Other care providers are friends, neighbors and other family members (11.4%). Only 2.7% of elders receive care from social services.

-----INSERT TABLE 5 ABOUT HERE-----

It should be emphasized that the majority of help provided is informal help, that is, help provided by family members or other relatives, rather than by social services. The last twenty years in Spain have seen the development of diverse social programs and services, from community programs (in-home care, day care centers, etc.) through institutional programs (nursing homes, geriatric services, etc.), providing an extensive social network. There appear to be two factors explaining why care is mainly informal: first, elders express a feeling that it should be family members or close relatives who help them when they have difficulties in daily life activities; and second, as is clear from studies in which elders are questioned about social services information, there is very little information available about social services in Spain (Díez Nicolás, 1996; Fernández-Ballesteros et al, 1996; Miguel et al, 1998).

In summary, when old people need care, 85% receive this care from family members and other relatives, and only around 3% (2.7%) receive help from social services.

4.2 Elders as providers of social support

A very common stereotype is that elders are unproductive and passive members of society, and that they only receive care and goods from society (children, family members, etc.) (Fernández-Ballesteros, 1992; Palmore, 1988), at the same time, money-earning activities aside (in Spain, Social Security System retired people are not allow to carry out paid works) being involved in activities outside the home is a predictor of successful aging. Thus, pointing out to what extent old people contribute to society both helps to fight prejudice and provides an index of successful aging. Several studies have been carried out in Spain on the contribution of elders to the family and to society (e.g. De Miguel et al., 1998; Díez Nicolás, 1996).

To begin with the most recent study, it was found that Spanish people are not used to participating in associations (civil, political, humanitarian, etc.), with only 25% of Spaniards

over 18 being involved. Comparing age groups, only 18% of old people belong to at least one association (Fernández-Ballesteros, Díez-Nicolás, Caprara, Barbaranelli & Bandura, 2002). If we take this indicator as a measure of social cooperation, elders' contribution to society appears to be scarce, and lower than that of young people. In spite of the existence of other demonstrations of the solidarian spirit of Spaniards (for example, Spain has the world's highest organ donation rates), in the collectivism-individualism dimension (Diez-Nicolás, 1995) Spain is considered as an individualistic society. At the same time, as pointed out by Fernández-Ballesteros, Díez-Nicolás, Caprara, Barbaranelli & Bandura (2002), elders' have lower perceived self and collective-efficacy than younger age groups. In sum, elders contribution to society seems to be through the family.

44% of Spanish elders report they perform activities involving taking care of others, including family members (30% help their children, 8% other family members and 6% other people; CIS/INSERSO, 1993). It is important to point out that some of these care activities are related to their parents (i.e., the fourth generation); in other words, elders are care providers for their very old parents (on average over 80).

However, most care provided by Spanish elders involves their grandchildren. The majority of tasks they report concern looking after them when parents are away for the weekend, shopping for them, collecting them from school, as well as sewing, knitting, etc. Women are more involved than men in the majority of the activities reported (CIS/INSERSO, 1993).

As regards frequency of these activities, it runs from "occasionally, when parents are away" (60%), through "daily, when parents are at work" (33%), "when grandchildren are ill" (25%), "during school vacations" (18%), "daily, accompanying or collecting grandchildren", (13%), to "daily, giving meals" (12%) (CIS/INSERSO, 1993). In other words, the great

transformation over the last twenty years in Spain to a society in which the mother and father both work has to some extent been made possible by the contribution of elders.

Why do old people help their family members? Table 6 shows explanations reported by those elders (44% of the total sample) who provide care to others. The first and most frequent reason refers to satisfaction (altruism, solidarity), with close to 60% of elders (of those who help their family members) reporting feeling happy when they can help; 45% refer to the needs of the family members; and 20% report positive feelings of usefulness. It is important to take into consideration that, in longitudinal studies, feelings of being necessary are good predictors of longevity (e.g., Lher, 1993).

-----INSERT TABLE 6 ABOUT HERE-----

The final issue that should be emphasized refers to the satisfaction reported with regard to elders' helping behaviors: 90 % of them reported being very or quite satisfied with their care behavior (CIS/INSERSO, 1993).

It can be concluded that more than 4 out of 10 elders contribute to society, mainly by helping their family members in various tasks related principally to their grandchildren, and that 9 out of 10 of them feel satisfied doing such tasks.

5. SOCIAL SUPPORT, HEALTH AND QUALITY OF LIFE

5.1 Health and social support

As mentioned above, many studies have demonstrated that socially integrated persons report better health status than persons with fewer social relationships (for a review, see Cohen & Syme, 1985). Without entering into a discussion of how authors have proposed that social support exerts its influence on health (Cohen & Willis, 1985), let us describe to what extent this association appears among the elderly in Spain.

Fernández-Ballesteros (1992) attempted to discover the expected relationships between health and social support in a sample of the Spanish population (N=1200). Both in the total sample and in the segment of over-65s (N=214), only minor relationships were found between social support and several indices of health. As shown in Table 7, specifically in the segment of over-65s, while all health indicators correlate among one another, frequency of social contacts only significantly correlates with subjective health and age. No significant correlation were found between social support and number of illnesses, medicine intake and reported pain. These results were consistent with those from the total sample.

----INSERT TABLE 7 ABOUT HERE----

In another study conducted by Fernández-Ballesteros, Zamarrón & Maciá (1996) with a representative sample (by age, gender, education and region) of the Spanish population over 65 living in the community (N=507), negative and significant correlations were found between social support and measures of mental health (feelings of depression and loneliness, feelings of anxiety, etc.) (Fernández-Ballesteros, Zamarrón and Maciá, 1996). As in the above study (Fernández-Ballesteros, 1992), it was found that while all health indicators correlated among one another, no significant correlation were found between our measure of social support and any other indicators of health, including perceived health, medicine intake, pain, chronic illness and mental status (measured by the SPMSQ). Results yielded no significant differences between elders with different levels of social contacts for mental status (assessed through the SPMSQ), perceived health, reported chronic problems, number of pains and medicine intake. Significant differences were found ($F=3.7, p<.01$) in people with different frequencies of social contacts for mental health: elders with more social contacts showed fewer mental health-related complaints.

In sum, empirical evidence from Spanish elders does not support the well-established association between social support and health: only minor relationships were found between social contact and perceived health and mental health. In Spain, studies show that the best predictor of health in old people is education (Díez-Nicolás, 1995; Fernández-Ballesteros, 2001).

5.2 Role of social support among other conditions in quality of life

It is commonly understood that quality of life (QoL) is a multidimensional concept composed of various conditions or ingredients. Several studies have analyzed which conditions are involved at different points of the lifespan and in different populations and cultures (for a review, see Fernández-Ballesteros, 1995). As a general result, it can be stated that in all these studies social relationships emerge as one of the conditions of QoL. The human being is a social organism which, as a primary drive, needs others for his/her well-being. Our main question, though, is: what is the role of social relationships in QoL for the elderly in Spain?

In order to investigate the concept of QoL among the elderly in Spain we interviewed a representative sample of the Spanish population over 18 (N=1,200; representative by gender and age), asking them to select the first, second and third most important conditions of QoL for the elderly from a list of 10 conditions (plus an open question).

----INSERT TABLE 8 ABOUT HERE-----

According to the data in Table 8, having good “health” and “functional abilities”, “pension/ income” and “relationships with family and friends” are the four most important ingredients of QoL. In other words, in old age social relationships are important conditions, but not as important as health, independence and income. It should be pointed out that no significant differences were found due to gender or age in these preferences, so that the reported relative importance of social relationships for QoL in the elderly is not dependent on the age or gender of

the reporter.

However, it is important to point out that if we compare our study with others performed on a broad sample of young people and adults (under 65), social support is the first factor that account for the higher proportion of variance in QoL of people younger than 65 (Ruíz & Baca, 1993). Thus, young and adult Spaniards appear to evaluate social relationships as the most important ingredients of QoL, even more so than work conditions.

It would appear that when, in the course of life –and associated with age– the health begins to fail, functional abilities may be impaired and income is reduced (due to retirement), these three ingredients become more important for well-being and quality of life. At the same time, the importance of social relationships as QoL conditions decreases.

In conclusion, for Spaniards, social relationships are highly important across the lifespan but, in old age, they appear to be less important than health, independence and income, and these preferences are independent of age and gender.

6. CONCLUSIONS

Various characteristics of social support have been examined in relation to the elderly in Spain. The most important conclusions are the following:

1. Spain is one of the European countries with fewest people living alone, and with most elders living with their children, either in their home or in their children's home. This is an important structural platform for strong family relationships.

2. Among the elderly, social contact with family members, friends and other acquaintances is higher in Spain (as in other Mediterranean countries) than in northern European countries. More than 6 out of 10 elders see family members or friends every day.

3. Older people in Spain express high levels of satisfaction about their relationships with

their children, grandchildren, friends, neighbors and other acquaintances (in that order). It can be stated that 9 out of 10 people are satisfied with their social relationships (in a general sense).

4. When elderly Spaniards need care, more than 8 out of 10 receive this care from family members and other relatives, and only around 3% receive help from social services. This appears to be explained not only by the lack of a wide network of social services, but by the fact that elders want to be helped by their family members and by a lack of information about services.

5. Spanish elders contribute to society mainly through help for their family. More than 4 out of 10 elders help their family members with different tasks, related mainly to their grandchildren; 9 out of 10 of them feel satisfied doing these tasks.

6. Available data does not support the well-established association between social support and health in elders in Spain. Only minor relationships were found between measures of social support and perceived health or mental health, and no significant relationships were found between social support and number of illnesses, pain, medicine intake or mental status.

7. Social support is perceived among Spaniards as an important condition for quality of life across the lifespan, but in old age social relationships appear to be less important than health, independence and income. No differences were found in this perception due to age or gender.

REFERENCES

- Antonucci, T.C., Sherman, A.M. & Akiyama, H. (1996): Social Networks, Support, and Integration. In J. E. Birren (Ed): *Encyclopedia of Gerontology*. New York: Academic Press.
- CIS/INSERSO (1993): *Estudio 2072 CIS/INSERSO. (Survey 2072 CIS/INSERSO)* Madrid: IMSERSO
- Cohen, S. & Syme, S.L. (1985): *Social Support and Health*. Orlando: Academic Press
- Cone, S & Willis, T.A. (1985): Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Díez-Nicolás (1995): *La realidad social española. (The Spanish Social Reality)*. Madrid: CIRES.
- Díez-Nicolás, J. (1996): *Los mayores en la Comunidad de Madrid. (The elders in the Region of Madrid)*. Madrid: CIRES.
- Eurostat (1996): *Statistique Demographiques*. Brussels, European Union.
- Eurostat (1998): *Enquete sur les Forces de Travail. Resultats 1997*. Brussels, European Union.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992): *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud. (Myths and realities about aging and health)*. Barcelona: SG Pub.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998): Quality of Life: Concept and Assessment. In J.G. Adair, D. Bélanger & K.L. Dion (Eds.): *Advances in Psychological Science*. Hove, UK: Psychology Press.
- Fernández-Ballesteros, R. (2001): Environmental conditions, health and satisfaction among the elderly: Some empirical results. *Psicothema*, 13, 40-49.
- Fernández-Ballesteros, R.; Zamarrón, M.D. & Maciá, A. (1996): *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos. (Quality of Life on aging in different contexts)*. Madrid: IMSERSO
- Fernández-Ballesteros, R.; Díez-Nicolás, J. & Ruiz-Torres, A. (1999): Spain. In J.J.F. Schroots,

R. Fernández-Ballesteros & G. Rudinger (Eds.): *Aging in Europe*. Amsterdam: IOS Press.

-Fernández-Ballesteros, R., Díez-Nicolás, J., Caprara, G. V., Barbaranelli, C. & Bandura, A.

(2002): Determinant and Structural Relation of Personal Efficacy to Collective Efficacy. *Applied Psychology. An International Review*, 51, 107-125 .

-IMSERSO (2000): *Las personas mayores en España. Informe 2000. (The elders in Spain: Report 2000)*. Madrid: IMSERSO.

-Instituto Nacional de Estadística (1991): *Encuesta Sociodemográfica. (Socio-demographic Survey)* Madrid: INE.

-Lawton, M.P. (1975): The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. A revision. *Journal of Gerontology*, 30: 85-89.

-Lehr, U. (1993): A modelo of well-being in old age and its consequences for further longitudinal studies. In J.J.F Schroots (Ed.): *Aging, Health & Competence*. Amsterdam: Elsevier.

-Miguel, J.A., Sancho, M., Abellán, A. & Rodríguez, V. (1998): *La atención formal e informal en España. (Formal and informal care for the elderly in Spain)*. Madrid: IMSERSO

-Palmore, E.B. (1986): *The Facts and Aging Quiz*. New York: Springer Pub. Co.

-Pezzuuti, L. Caicardi, C. & Lauriola, M. (2000): "Validity of the Elderly Behavior Assessment for relatives (EBAR). *European J. of Psychological Assessment*, 16, 77-83.

-Pierce, G.R., Sarason, B.R. & Sarason, I.G. (1990): Integrating social support perspectives: Working models, personal relationships, and situational factors. In S. Dick (Ed.): *Personal relationships and social support*. London: Sage.

Ruiz, M.A. & Baca, E. (1993): Design and validation of the 'Quality of Life Questionnaire: A Generic Health-Related Perceived Quality of Life Instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 19-32.

- Schreurs, K.M.G. & de Ridder, D.T.D. (2000): Integration of coping and social support perspectives: Implications for the study of adaptation to chronic diseases. *Clinical Psychology Review*, 17, 89-112.
- Schroots, J.J.F.; Fernández-Ballesteros, R. & Rudinger, G. (Eds.): *Aging in Europe*. Amsterdam: IOS Press.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2000): *Geriatría XXI*. Madrid: EDIMSA.
- United Nation (2000): *World Statistics Yearbook*. New York: United Nations
- Zamarrón, M.D. & Fernández-Ballesteros, R. (2000): Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencias. ("Life satisfaction in the elderly living at home and in institutions"). *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 35, 17-29.

Table 1. Frequency (percentage) of contact with children, grandchildren, siblings, and other family members

(“During the last twelve months, how often did you see your children, grandchildren, brothers/sisters and other family members?”)

N=2.201	Children not living in same town/city	Children living in same town/city	Grand- Children	Siblings, others
Several times a week	12.0	43.6	47.6	25.3
Several times a month	16.2	12.7	20.4	29.4
Several times a year	11.6	1.9	6.1	21.8
Once or twice a year	5.9	0.6	1.9	13.5
Never	1.7	0.6	0.9	5.5
Condition not applicable	51.5	39.7	22.3	3.9
Dont’t know/No answer	1.1	1.0	0.8	0.7

(based on data from IMSERSO, 2000)

Table 2. Frequency (percentage) of relationships with neighbors, friends and other acquaintances

(“During the last twelve months, how often have you seen the following people?”)

N= 2.201	Neighbors	Friends	Other acquaintances
Several times a week	79.8	42.9	19.3
Several times a month	11.8	29.8	9.0
Several times a year	3.6	10.5	2.4
Once or twice a year	.2	4.9	1.8
Never	1.9	6.5	6.4
Condition not applicable	0.7	4.4	60.1
DK/NA	1.0	0.9	0.9

(based on data from IMSERSO, 2000)

Table 3. Satisfaction level with relationships with children, grandchildren, siblings and other family members, and with social relationships in general

("To what extent are you satisfy with your relationships with?")

N=2.201	Children living elsewhere	Children living in the same place	Grandchildren	Siblings, other family members	Social relationships (in general) (N=2.197)
Very satisfied	32.1	41.6	56.4	49.9	36.3
Quite satisfied	11.5	14.2	17.5	35.6	54.1
So-so	1.6	1.6	1.8	5.9	7.6
Not very satisfied	0.6	0.4	0.7	1.8	1.3
Not satisfied	0.5	0.3	0.2	1.2	0.3
No relationships	51.5	39.7	22.3	3.9	0.2
DK/NA	2.2	2.2	1.3	1.6	0.1

(based on data from IMSERSO, 2000)

Table 4. Loneliness feelings by living condition and age

	TOTAL	Living alone	Living with others	65-69	70-74	75-79	Over79
	n=2.197	N=335	N=1862	N=709	N=515	N=396	N=576
Very lonely	2.2	8.1	1.1	2.2	1.6	3.1	2.0
Quite lonely	10.0	30.0	6.4	7.6	10.0	8.8	13.9
So-so	17.9	36.3	14.6	17.1	16.8	21.0	17.7
Quite accompanied ¹	47.5	20.7	52.4	46.6	49.1	47.6	47.2
Very much accompanied	22.0	4.1	25.2	25.7	21.9	19.5	19.3
DK/NA	0.4	0.7	0.3	0.7	0.5	0.0	0.0

(based on data from IMSERSO, 2000)

Table 5. Principal care providers

(Base: those who need care, N=2,500)

Principal care provider	Frequency	Percentage
TOTAL	793	100
Husband/wife	170	21.5
Daughter	304	38.3
Son	99	12.5
Daughter-in-law	30	3.8
Son-in-law	3	0.4
Other family members	71	9.0
Neighbors	10	1.3
Friends	10	1.3
Maid	63	8.0
Social services	22	2.7
Public-spirited people	1	0.1
Others	9	1.1
DN/NA	2	0.2

(Based on data from Miguel et al. 1998)

Table 6. Reasons why elders provide care for their children

(Base: those who provide care)

	Men	Women	Total
<i>"It gives me satisfaction to help them"</i>	61	56	58
<i>"They need me"</i>	45	45	45
<i>"It makes me feel necessary"</i>	18	22	21
<i>"Because they also help me"</i>	9	7	7
<i>"Because when I need help they will help me"</i>	10	10	10
<i>I feel obliged (but I would prefer to do other things)</i>	1	3	3
<i>"I feel obliged because I live in their house"</i>	1	3	2

(Based on data from CIS/INSERSO, 1993)

Table 7. Correlation Matrix,

Associations between Age, Social Support, Illness, Pain, Medicine intake, and Subjective

	health				
n=214	Frequency of social contacts	Illnesses	Pain	Medicine intake	Subjective health
Age	-.16*	.10	.09	.08	-.21*
Frequency of social contacts	-	-.08	-.18	-.05	.21*
Illnesses		-	.58*	.42*	.36*
Pain			-	.39*	-.43*
Medicine				-	-.40*

(Based on data from Fernández-Ballesteros, 1992, p. 52)

Table 8

Quality of Life conditions:

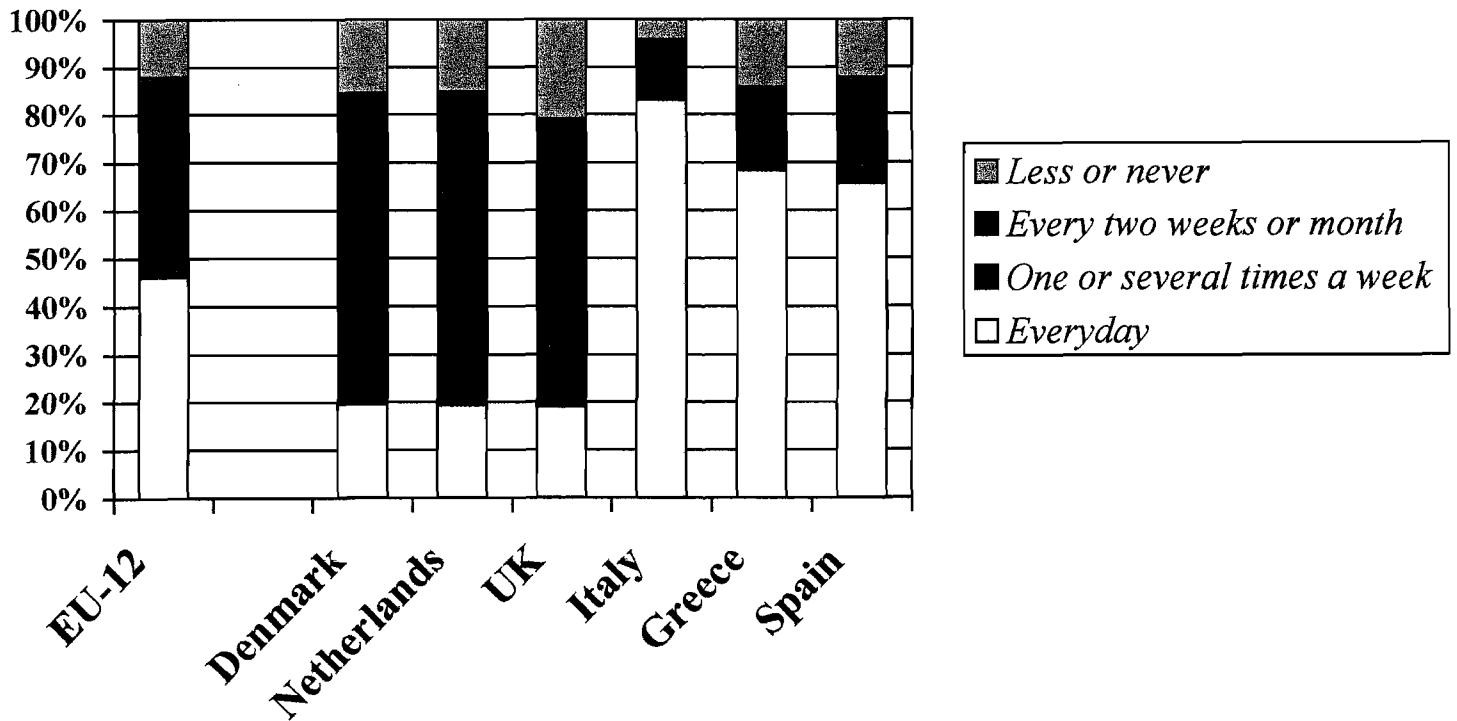
Selections (percentage), cumulative score and order

("Which are the first, second and third most important conditions for quality of life in the elderly")

N=1200	First option	Second option	Third option	Cum. Score	Range
1. Good health	78	8.8	2.4	89.2	1 st
2. Independence	11.2	48.3	7.3	66.8	2 nd
3. To be active	1	8.8	17.1	26.9	5 th
4. Good social/health services	3.9	5.9	12.7	12.5	7 th
5. Good family & friends relationships	2	9.3	17.1	28.4	4 th
6. Good pension/income	1	9.3	22.4	33.7	3 rd
7. Be satisfy with life	-	1.5	5.9	7.4	8 th
8. Quality of the apartment/house	1	4.9	9.3	15.2	6 th
9. Environment quality	-	-	0.5	0.5	10 th
10. New learning opportunities	1.5	-	1	3.5	9 th
Others	-	-	-	-	-
None of these	0.5	1	2	3.5	-
DK/NA	-	2	2.4	-	-

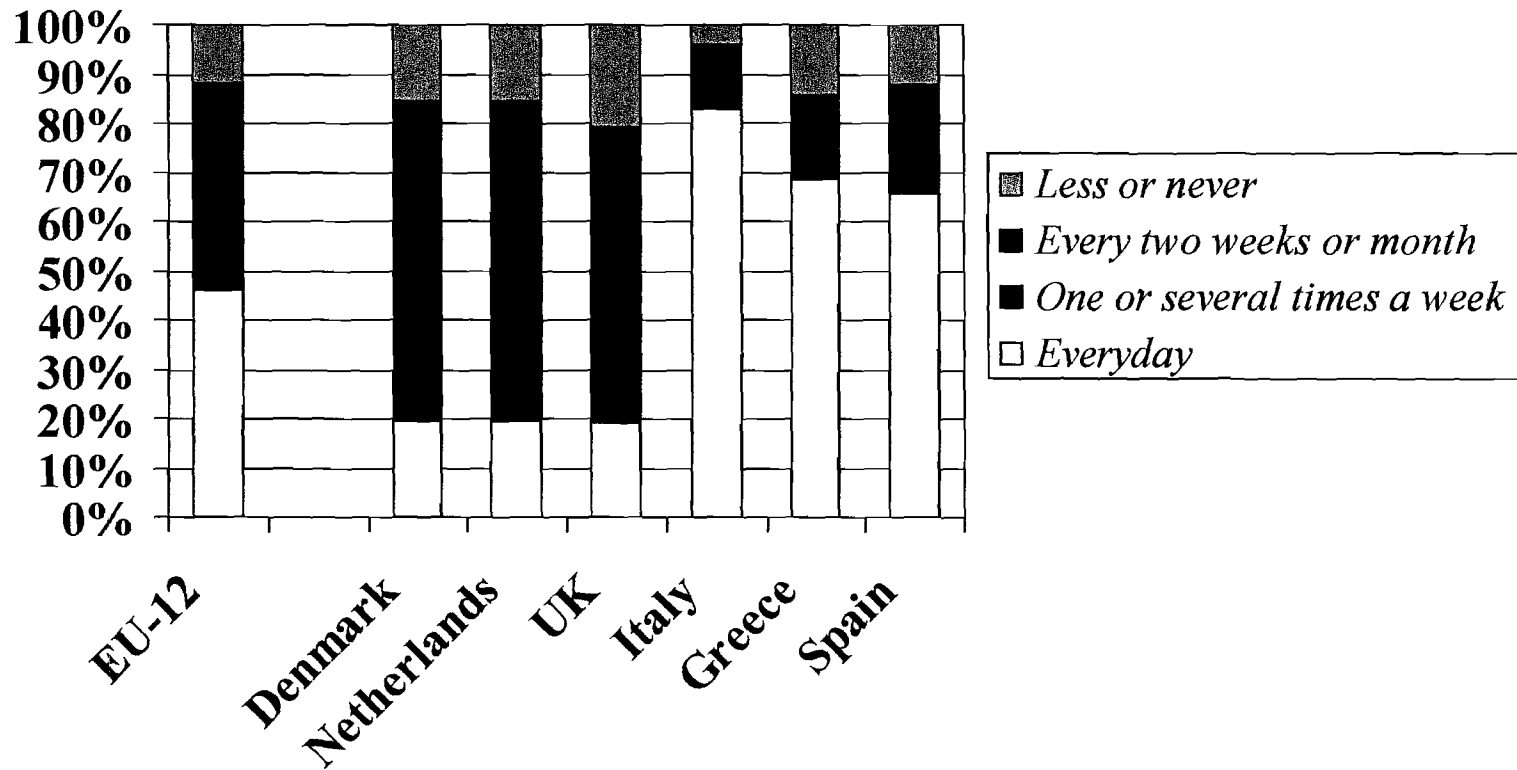
(Based on data from Fernández-Ballesteros, Zamarrón & Maciá, 1996)

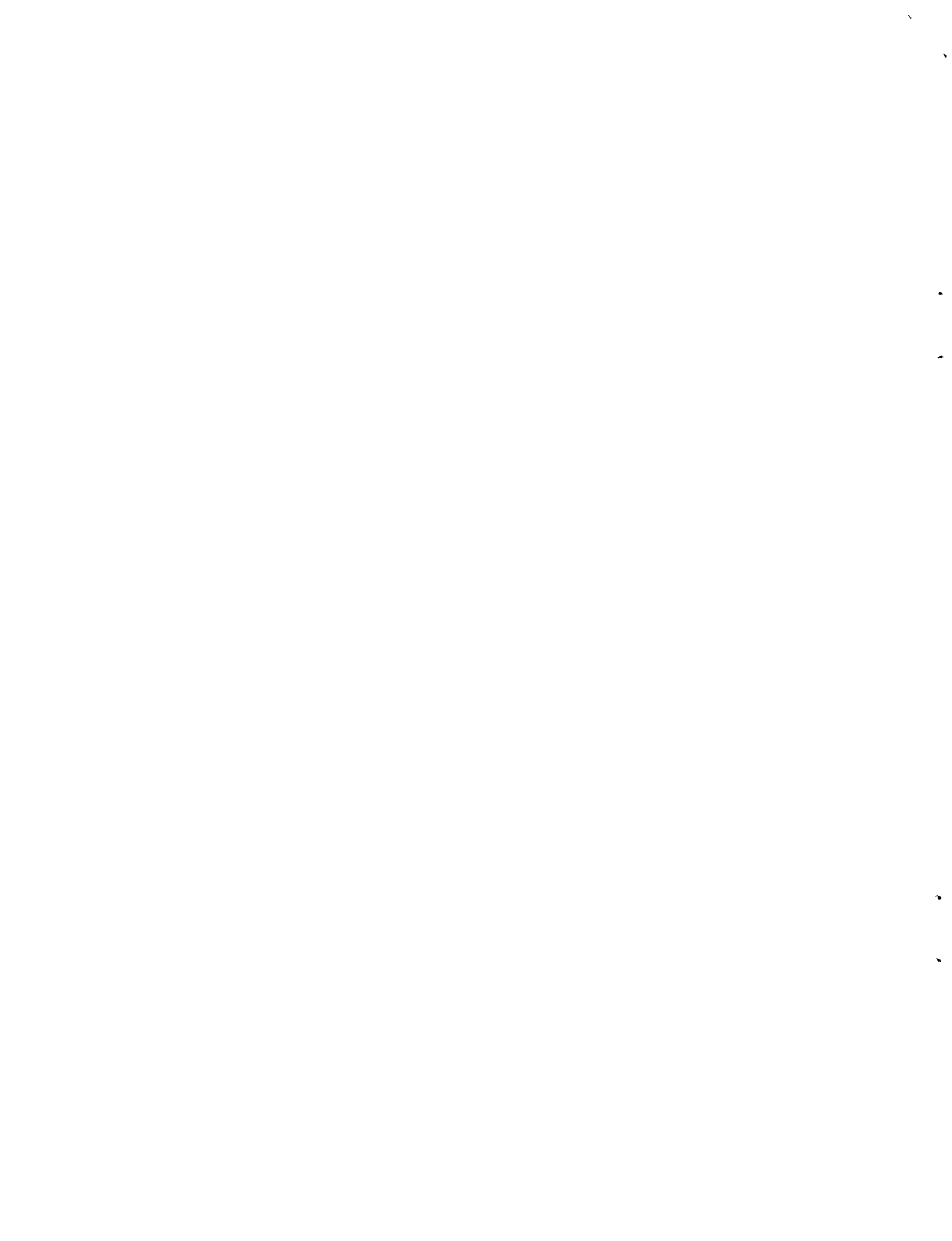
Figure 1.
Family and Friends contacts (older than 60)
(Eurostat, 1998)



Rocío Fernández-Ballesteros is Professor of Psychology and Gerontology at the Autonomia University of Madrid where she is director of Gerontology Programs. Since the seventies, she has been conducting research on aging on the Spanish and European contexts. She is author of more than hundred publications on the field of gerontology.

Figure 1.
Family and Friends contacts (older than 60)
(Eurostat, 1998)





ARTÍCULOS

Evaluación en la vejez: algunos instrumentos

Assessment in old age: some instruments

ROCÍO FERNÁNDEZ-BALLESTEROS Y MARÍA DOLORES ZAMARRÓN*

RESUMEN

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

* Universidad Autónoma de Madrid

ABSTRACT

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

PALABRAS CLAVE

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

KEY WORDS

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

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

peculiaridades. La respuesta es, sin lugar a dudas, afirmativa y ello por varias razones:

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

largo del ciclo de la vida se hace necesario a la hora de atender psicológicamente a personas mayores (Fernández-Ballesteros, 1996).

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

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

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

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

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

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

CONSIDERACIONES GENERALES DE LA EVALUACION PSICOLOGICA DE PERSONAS MAYORES

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

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

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

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

torno a la vejez. Veámos estas tres condiciones que le dan peculiaridad a la evaluación en la vejez.

EVALUACION INTEGRAL Y MULTIDIMENSIONAL

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

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

controlando su depresión sino, también, en otra serie de condiciones bio-psico-sociales relativas a su salud, su estado mental, sus redes de apoyo social, su ambiente físico y percibido y otras circunstancias pasadas y presentes relevantes al caso.

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

EVALUACION IDIOGRAFICA Y NOMOTÉTICA

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

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

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

INTERACCION EVALUADOR/EVALUADO

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

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

puede realizar una labor muy negativa en la evaluación y el tratamiento de una persona mayor.

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

Además, también se ha dicho que la edad covaría con ciertas condiciones físicas y sensoria-

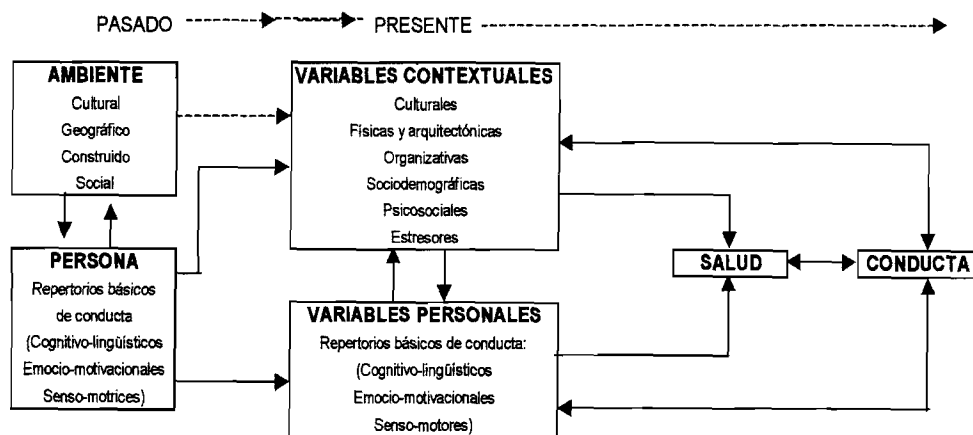
les. Así, la persona mayor puede padecer problemas sensoriales (visuales o auditivos) que van a requerir la atención y preparación de la sesión de evaluación. El psicólogo deberá establecer las condiciones de su cliente mayor antes de proceder a su evaluación y poner los medios protésicos (gafas, audífono) para que el sujeto pueda seguir al psicólogo debidamente.

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

MODELO DE EVALUACIÓN

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

FIGURA 1
Modelo ecológico conductual (Fernández-Ballesteros 1986)



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

Comenzar la evaluación con una entrevista en la que se establezca la historia del sujeto se

hace necesaria; así, el psicólogo debe indagar las condiciones esenciales en lo relativo a la vida familiar, educativa, profesional, social, estilos de vida y salud de la persona en evaluación.

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

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

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

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

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

ALGUNOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Funcionamiento cognitivo

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

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

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

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

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

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

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

Por nuestra parte, hemos traducido y adaptado el SPMSQ (Guerrero, 1984; Fernández-Ballesteros y Guerrero, 1984) el cual fue aplicado, inicialmente, a una muestra de 90 personas (55 mujeres y 35 hombres) en edades comprendidas entre los 65 y 100

años (edad media: 69,1 años), pertenecientes a clase social media-baja y baja. La muestra total estuvo dividida en tres submuestras de 30 personas cada una que habitaban bien en residencias de válidos, bien en residencias asistidas, bien en pabellones geriátricos de hospitales psiquiátricos. Los análisis de varianza efectuados demostraron la existencia de diferencias significativas ($p < .0001$) entre las puntuaciones obtenidas por las tres muestras, lo cual resulta ser un indicador de validez empírica utilizando grupos contrastados.

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

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

En una investigación posterior, llevada a cabo por Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, (1996), se puso a prueba el instrumento con una muestra de 1014 personas mayores de 65 años, de las cuales 507 vivían en Residencias consideradas de válidos, tanto públicas como privadas y 507 vivían en sus domicilios. Para esta investigación se utilizó lo que hemos llamado el SPMSQII ya que se introdujo un pequeño cambio en tres de los ítems, sustituyendo preguntas como la edad o lugar de nacimiento de los sujetos por aquellas referentes al nombre del Rey de España o a los colores que componen nuestra bandera. La muestra total obtuvo una media en el nº de errores de 1,40 y una desviación típica de 1,46. Como puede observarse en la Tabla 1 y Figura 2 y según la estandarización de Pfeiffer, el 81,3% de los sujetos serían clasificados de «intactos» ya que solo cometieron 2 o menos fallos en el SPMSQ, el 15% cometieron 3 o 4 fallos y, se les clasificaría de deterioro intelectual «leve» o «sospecha» y el

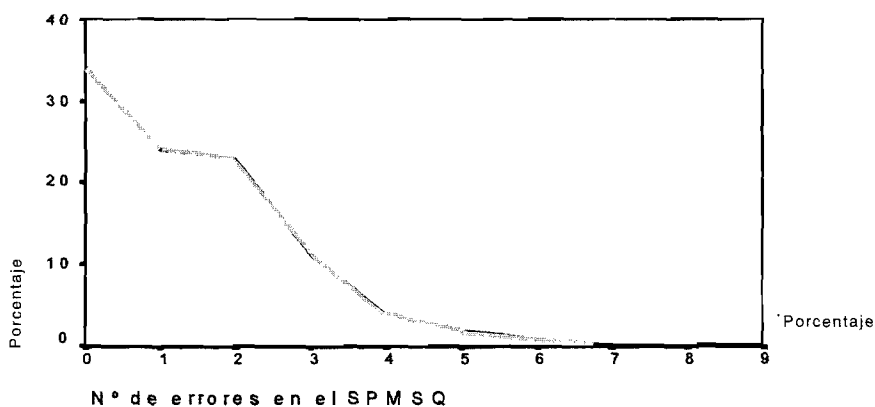
3,2% cometieron entre 5 y 7 fallos en el test, siendo clasificados, por tanto como «moderado» y solo el 0,5% cometieron más de 7 fallos, perteneciendo estos

sujetos al grupo de «severos». La distribución de la muestra (Figura 2) según el nº de errores fue muy similar a la que obtuvo Pfeiffer en 1975 en una muestra «normal».

TABLA 1
Frecuencia y porcentaje del nº de errores

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

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



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

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

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

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

* Preguntas sustituidas dado que fueron formuladas al inicio de la administración del cuestionario

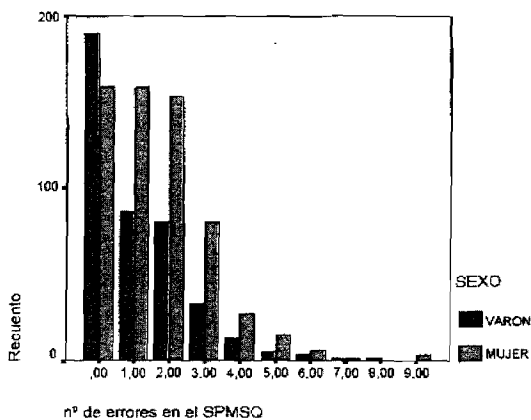
mujeres. (Media = 1,13 y 1,59, respectivamente). En la Tabla 3 se puede observar la distribución porcentual de los hombres y mujeres según el nº de errores y

en el diagrama de barras mostrado en la Figura 3, también se puede observar la frecuencia de los hombres y mujeres por nº de errores

TABLA 3
Tabla de contingencia. Nº de errores en el SPMSQ* Género

		GÉNERO		Total
		VARON	MUJER	
Nº de errores	0	45,9%	26,3%	34,3%
	1	20,8%	26,3%	24,1%
	2	19,3%	25,3%	22,9%
	3	8,0%	13,3%	11,1%
	4	3,1%	4,5%	3,9%
	5	1,2%	2,5%	2,0%
	6	1,0%	1,0%	1,0%
	7	,2%	,2%	,2%
	8	,5%		,2%
	9		,5%	,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

FIGURA 3



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

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

TABLA 4

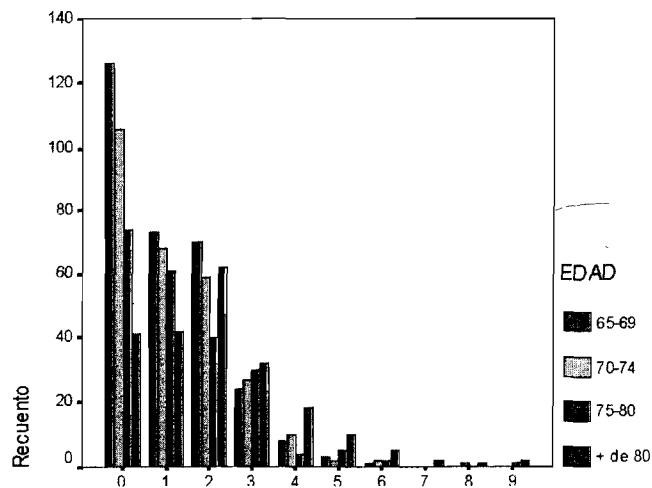
Media y desviación típica del nº de errores que han cometido los sujetos
* grupos de edad

			N	Media	Desviación típica
Nº DE ERRORES	EDAD	65-69	305	1,1082	1,1940
		70-74	275	1,2255	1,3236
		75-80	217	1,3502	1,4230
		+ de 80	215	2,1116	1,7579
		Total	1012	1,4051	1,4603

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

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

FIGURA 4



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

Del mismo modo que Pfeiffer (1975), nosotros hemos encontrado diferencias significativas ($F=40,4$; $p<.000$) en función del nivel educativo de los sujetos. Es decir según aumenta dicho nivel, el nº de errores disminuye. Detalladamente se puede observar en la Tabla 7 y Figura 5 como aumenta la proporción de personas que cometen más errores según tienen un nivel educativo más bajo. Así, de los que no saben leer, solo el 4,7% no ha cometido ningún error, frente al 72,5% de los que tienen estudios universitarios, y lo que es más notable, ninguno de estos últimos cometió más de 3 errores.

TABLA 6

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

% de MUESTRA

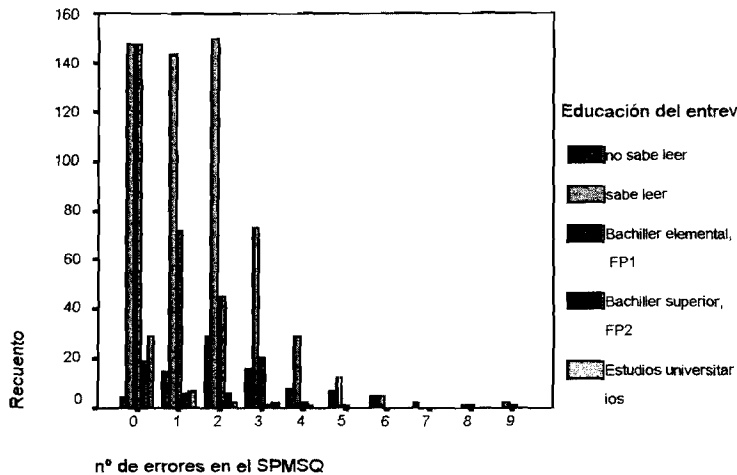
		TIPO DE RESIDENCIA			Total
		HOGAR	RESIDENC PUBLICA	RESIDENC PRIVADA	
Nº de errores	0	35,1%	35,2%	31,9%	34,3%
	1	26,2%	19,9%	23,9%	24,1%
	2	21,5%	26,6%	21,9%	22,9%
	3	8,3%	12,5%	15,5%	11,1%
	4	3,6%	5,1%	3,6%	3,9%
	5	3,2%	,4%	1,2%	2,0%
	6	1,2%	,4%	1,2%	1,0%
	7	,4%			,2%
	8	,2%		,4%	,2%
	9	,4%		,4%	,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

TABLA 7

Tabla de contingencia. N° de errores en el SPMSQ * Educación del entrevistado

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

FIGURA 5



Con objeto de comparar a los sujetos en función de su estatus, construimos una variable a partir del nivel de educación y renta de los entrevistados. De esta forma clasificamos a los sujetos en

estatus «alto», «medio-alto», «medio», «medio-bajo» y «bajo» y procedimos a realizar las comparaciones hechas con las anteriores variables de clasificación ya comentadas. Los datos obte-

nidos a partir del análisis de varianza, nos llevaron a concluir que los sujetos cometen más errores en el SPMSQ según disminuye su estatus. (F=22,4; p<.000). Más detalladamente, en la Tabla 8 y Figura 6, se presentan los porcentajes de sujetos de cada estatus en función del nº

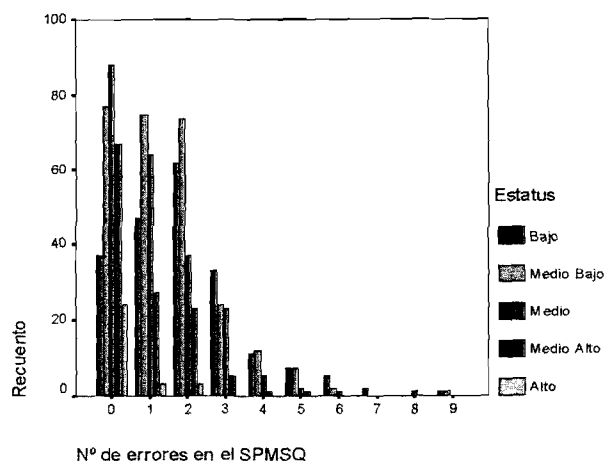
de errores cometidos. En dicha tabla se puede observar como el 80% de los sujetos de estatus alto no han cometido ningún error frente al 18% de los de estatus bajo. Además no hay ningún sujeto perteneciente a estatus alto que haya cometido más de 2 errores.

TABLA 8

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

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

FIGURA 6



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

En resumen, pensamos que el SPMSQ es un instrumento de discriminación, adecuado para alertar sobre un probable deterioro intelectual a la hora de seleccionar sujetos intactos (por ejemplo, con objetivos de asignación a un tratamiento) así

como sirve también para alertar sobre condiciones demenciales con el fin de proceder a más rigurosas evaluaciones.

Afectividad

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

La satisfacción con la vida, la felicidad, el bienestar, son constructos íntimamente relacionados que implican *la experiencia interna de un estado positivo, más o menos duradero, referido a condiciones vitales actuales*. Muchas son las relaciones encontradas entre la satisfacción con la vida y otras características de personalidad como la extraversión o el optimismo (Emmons y Diener, 1983; Costa y McCrae 1980; Gorman, 1972; Avia, 1998) así como con condiciones vitales reales (el estatus socio-económico, la educación, etc.; Campbell, 1981; Diener, Sandvik, Seidlitz y Diener, 1993; para una revisión, ver Zamarrón, 1999).

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

Philalelfia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS) (Lawton, 1972)

La escala original contenía 22 ítems, todos ellos dicotómicos

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

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

Los elementos que componen la versión original, se distribuyen según 6 factores bien diferenciados: «urgencia», «actitud hacia el propio envejecimiento», «satisfacción con el estatus quo», «agitación», «optimismo» e «insatisfacción con la soledad». Sin embargo esta versión original se ha utilizado muy

poco, prefiriéndose utilizar alguna de las dos versiones derivadas de trabajos posteriores de Morris y Sherwood (1975) y Lawton (1975). Los análisis factoriales realizados con la versión de Morris y Sherwood dieron lugar a 3 factores: «agitación», «actitud hacia el propio envejecimiento» e «insatisfacción con la soledad», llegando a la conclusión de reducir la escala original a 15 ítems. Con posterioridad, Lawton (1975) revisó su escala original encontrando los tres primeros factores señalados por Morris y Sherwood, al mismo tiempo que reincorporó dos de los ítems eliminados por estos autores. En nuestro país, Montorio (1994) y Zamarrón (1999), utilizando la adaptación española de la escala (16 y 15 ítems respectivamente) obtuvieron una estructura factorial muy similar a la de Morris y Sherwood. En la Tabla 9 se presenta la distribución factorial obtenida en la investigación de Zamarrón (1999) en la que, como puede observarse, saturan tres factores claramente diferenciados. El primer factor, *envejecimiento satisfactorio*, explica un 17.09 % de la varianza total. El factor 2, *estado de ánimo positivo*, explica un 16.72% de la varianza total y el tercer factor, *equilibrio emocional* explica un 15.43% de la varianza total. Los nombres

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

La fiabilidad dos mitades obtenida por Lawton con la versión original de 22 ítems y una muestra de 300 personas mayores institucionalizadas fue de 0,79. La consistencia interna (Kuder-Richardson 20) fue de 0,81, y la fiabilidad test-retest fue de 0,80. Con respecto a la fiabilidad de la versión española de la escala, Montorio (1994) obtuvo un índice de consistencia interna $\alpha=0,79$, una fiabilidad dos mitades, $r_{xy}=0,78$, y una fiabilidad test retest, con un intervalo de un mes ($N=100$), de $r_{xx}=0,85$. Asimismo, recientemente, Zamarrón (1999) analizó la escala con dos muestras de personas mayores, de las cuales 507 vivían en la comunidad y 507 lo hacían en residencias de ancianos, obteniendo una fiabilidad, a través de la prueba de consistencia interna, de 0,83 y 0,84 respectivamente.

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

bles que podrían ser predictoras de satisfacción (por ejemplo: salud física, realización de actividades, satisfacción con relaciones sociales, movilidad, etc). Por otra parte, Lohmann (1977) obtuvo correlaciones de un rango comprendido entre 0,47 y 0,80 con otras nueve medidas de bienestar subjetivo con la versión original; y de 0,38 y 0,81 con la versión de Morris y Sherwood. Por último, la correlación entre la versión original y la de Morris y Sherwood fue de 0,95.

TABLA 9

	<u>Componente</u>		
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
1.- A medida que me voy haciendo mayor, se ponen las cosas peor para mí.....	.684	-.009	.250
2.- Tengo tanta energía como el año pasado.....	.556	.212	-.005
3.- Ahora me molestan más las cosas pequeñas que antes.....	.442	-.007	.556
4.- Siento que según me voy haciendo mayor soy menos útil...	.661	.184	.203
5.- A veces estoy tan preocupado que no puedo dormir.....	-.007	.495	.495
6.- A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida.....	.124	.747	.145
7.- Ahora soy tan feliz como cuando era joven.....	.455	.458	-.009
8.- Tengo muchas razones por las que estar triste175	.742	.147
9.- Me siento más irritable que antes.....	.352	.144	.515
10.- La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil.....	.235	.321	.324
11.- Me tomo las cosas a pecho.....	-.003	.138	.750
12.- Me altero o disgusto fácilmente.....	-.007	.137	.762
13.- Según me voy haciendo mayor, me siento más solo.....	.265	.505	.269
14.- ¿Cómo está de satisfecho con su vida ahora ?.....	.406	.622	-.009
15.- Según se va haciendo mayor las cosas son para Vd.....	.694	.231	-.007
AUTOVALOR.....	2.56	2.50	2.31
% VARIANZA EXPLICADA.....	17.09	16.72	15.43

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
 Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Fuente: Zamarrón (1999).

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

incluso tras controlar el género y la edad de los sujetos. Dichas diferencias, en el caso de los mayores que vivían en sus domicilios, fueron significativas entre los solteros y todos los demás ($F=9,9$; $p < .001$), manifestando los solteros estar más insatisfechos que el resto y, en el caso del estatus socioeconómico las diferencias fueron en el sentido esperado, es decir, la satisfacción era mayor conforme el estatus aumentaba ($F=15,9$; $p < .000$). Sin embargo, cuando analizamos a los sujetos que vivían en residencias, pudimos observar que, aunque también existían diferencias significativas en función del estado civil y del estatus socioeconómico, dichas diferencias no apuntaban en la misma dirección. Eran los viudos los más insatisfechos ($F=2,96$; $p < .05$) y, con res-

TABLA 10
Escala de satisfacción de Filadelfia en función de la edad y el género (muestra domicilio y residencia). Zamarrón (1999)

		TOTAL	EDAD				GÉNERO	
			65-69	70-74	75-79	80 ó +	Hombre	mujer
Escala de satisfacción de Filadelfia (PGCMS) (muestra domicilio)	N	454*	153	115	92	94	192	262
	DT	0,25*	0,28	0,26	0,26	0,25*	0,25	0,27
	M	1,51	1,57	1,49	1,49	1,45	1,59	1,45
Escala de satisfacción de Filadelfia (PGCMS) (muestra residencia)	N	437	118	129	99	91	171	267
	DT	0,29	0,29	0,28	0,29	0,28*	0,29	0,2
	M	1,52	1,57	1,5	1,51	1,5	1,56	1,49

* Diferencias significativas a nivel de $p < .05$ según análisis de varianza

** Diferencias significativas a nivel de $p < .01$ según análisis de varianza

*** Diferencias significativas a nivel de $p < .001$ según análisis de varianza

TABLA 11

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

	TOTAL	ESTADO CIVIL				ESTATUS					
		SOLTERO	CASADO	SEPARADO	VIUDO	Bajo	M/bajo	Medio	M/alto	Alto	
PGCMS (Domicilio)	N	454	24	263	4	63	64	122	120	75	16
	DT	0,25*	0,33	0,25	0,17	0,26*	0,25	0,26	0,27	0,27	0,17
	M	1,51	1,57	1,57	1,25	1,4	1,3	1,47	1,5	1,6	1,8
PGCMS (Residencia)	N	437	141	65	29	203	112	117	75	39	11
	DT	0,29*	0,28	0,26	0,29	0,28*	0,28	0,28	0,27	0,27	0,26
	M	1,52	1,57	1,56	1,55	1,46	1,5	1,43	1,6	1,5	1,5

* Diferencias significativas a nivel de $p < .05$ según análisis de varianza

** Diferencias significativas a nivel de $p < .01$ según análisis de varianza

*** Diferencias significativas a nivel de $p < .001$ según análisis de varianza

pecto al estatus socioeconómico, fueron los de estatus medios los que mostraron mayores niveles de satisfacción ($F=4,9$; $p < .001$). Esto puede explicarse debido a que en la residencia el tipo de vida (comidas, atenciones, etc.) que se lleva es similar para todo el mundo, por lo que, el tener un estatus mejor o peor no hace que la calidad de vida, dentro de la residencia, varíe. Parece, que al ingresar en una residencia, variables tan relevantes, durante toda la vida de los individuos, como el disfrutar de un elevado estatus, perdieran su importancia.

En resumen, la Escala de Filadelfia parece ser un instrumento de evaluación de la satisfacción con la vida que reúne una serie de garantías psicométricas aceptables como para poder ser

utilizada con fines no solo de investigación sino también clínicos, esencialmente, en diseños intrasujeto cuando se pretenda conocer los efectos de intervenciones sobre el bienestar subjetivo.

Ambiente

El creciente número de personas que viven en ambientes residenciales y las previsiones de aumento en el futuro, hace que sea de inexcusable cumplimiento tanto la investigación de las influencias que este tipo de contextos tienen sobre el comportamiento adaptativo durante la vejez, como la construcción de instrumentos que permitan dar cuenta, en la práctica, de tales relaciones con objetivos de

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

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

El SERA pretende evaluar de una forma comprensiva y multidimensional residencias para personas mayores. Todos los instrumentos que conforman

el SERA han sido elaborados con el fin de tener en cuenta los distintos aspectos contextuales, personales e interactivos considerados relevantes en centros residenciales para sujetos mayores. Los instrumentos que componen el SERA son los siguientes:

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

Procedimientos de administración

El SERA requiere de evaluadores previamente entrenados con conocimiento, además de en psicología general, ambiental y evaluación psicológica, en observación sistemática y en técnicas de entrevista.

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

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

7. Consulta de archivos de personal y residentes. Instrumento a cumplimentar: *Inventario de Características de Personal y Residentes* (ICPR).
8. Cumplimentación de formularios diferentes por asistente social y médico o coordinador sanitario. Instrumento a cumplimentar: *Inventario de Características de Personal y Residentes* (ICPR).

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

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

El procedimiento empleado para la administración de estos instrumentos difiere según se trate de residentes o personal. Para su administración al perso-

nal, se puede proceder, bien reuniendo al personal y exponiéndole el objetivo del estudio y entregando en dicha reunión los cuestionarios o, bien entregando los cuestionarios a los jefes de departamento para que los hagan llegar al personal a su cargo. En ambos casos, se ha de garantizar el anonimato.

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

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

El estudio de estandarización y validación (Fernández-Balasteros y cols., 1995; Izal, 1992), fué realizado en treinta y dos centros residenciales (todos ellos para personas mayores válidas), con una media de 175

residentes (rango entre 40-289). En la cumplimentación de los instrumentos individualizados (ECS, LN, CS, CIP) participaron 1143 residentes y 320 miembros del personal. A continuación, se va a presentar una breve descripción de cada uno de los instrumentos del SERA así como de sus garantías psicométricas.

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

La fiabilidad de las escalas que componen el ICAF, medida a través del índice de consistencia interna de Cronbach, es bastante variable ya que oscila entre 0,49 y 0,84. Por otra parte, según las correlaciones efectuadas entre las escalas que componen el ICAF, puede decirse que en conjunto el ICAF evalúa aspectos bastante diferenciados

de las características físicas y arquitectónicas de las residencias. La fiabilidad interjueces de todas las escalas que forman el ICAF resultó muy elevada ya que los valores oscilaron entre 0,96 y 1,00

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

La fiabilidad medida a través de la consistencia interna de las subescalas que conforman el ICOF oscila entre valores moderados entre 0,45-0,71. La fiabilidad interjueces ha sido muy elevada en todas las subescalas ya que los valores obtenidos oscilaron entre 0,88 y 0,98.

El Inventario de Características de Personal y Residentes (ICPR): Este instrumento es una

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

Los valores obtenidos al hallar la consistencia interna de las subescalas son, en general moderados, a excepción de la subescala «Recursos del personal» y «Utilización de asistencia en la vida diaria» que han obtenido muy poca consistencia interna, 0,20 y 0,22 respectivamente.

Por otra parte, se ha podido comprobar que las subescalas son independientes entre sí ya que no existe ninguna correlación significativa entre ellas.

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

La consistencia interna medida por el alpha de Cronbach de las subescalas contenidas en la Escala de Valoración, han sido moderadamente altas. Asimismo, al efectuar las correlaciones entre los valores obtenidos por distintos evaluadores con objeto de hallar la fiabilidad interjueces, dichos valores se situaron entre 0,69 y

0,77. Por otra parte, se ha podido comprobar que las subescalas que forman la Escala de Valoración no son independientes entre sí, ya que existen relaciones significativas entre la subescala sobre «Diversidad ambiental» y la de «Atractivo físico».

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

Los valores obtenidos a través del alpha de Cronbach, indican que la fiabilidad de las subescalas es alta, ya que oscilan entre

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

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

para las visitas, actividades programadas por la residencia y otros posibles servicios no listados. Este instrumento puede ser aplicado tanto a residentes como a miembros del personal mediante dos formas: autoaplicación y mediante entrevista.

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

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

Con el fin de comprobar la consistencia interna de la escala

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

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

Los valores de consistencia interna obtenidos en las subescalas han sido moderadamente altos ya que oscilan entre un alpha de 0,57 en salud y un 0,70 en habilidades funcionales. La fiabilidad test-retest de la escala, con un intervalo de un mes entre las aplicaciones, muestra una buena estabilidad temporal para las cuatro dimensiones: Habilidades funcionales (0,94).

Actividad Personal (0,82). Actividad en la Comunidad (0,85). Salud (0,95).

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

Con respecto a sus garantías psicométricas, dos han sido las investigadas; de una parte, el acuerdo interobservadores, que nos da una medida de la objetividad de las representaciones y cuantificaciones procedentes de este procedimiento y, de otra, la

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

Utilidad y aplicaciones:

1. *Descripción del medio ambiental.* El SERA permite obtener descripciones detalladas sobre características físicas del centro, sobre sus características organizativas, los grupos humanos, el clima social, satisfacción y necesidades manifestadas por residen-

tes y personal. Esta información puede ser útil tanto para los responsables de los organismos de los que dependen estos centros como para el propio personal que trabaja en la residencia, ya que proporciona una descripción comprensiva del funcionamiento del centro en un momento determinado.

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

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

4. *Identificación de determinantes del clima social.* Este instrumento puede ayudar a explicar la relación entre variables arquitectónicas, organizativas y de los grupos humanos, y criterios observables específicos. Algunos estudios indican que un tamaño grande y/o una baja tasa de personas/residentes en residencias tienen importantes efectos negativos (por ejemplo, las tasas de absentismo y accidentes tienen a elevarse en función del tamaño de la residencia), así como en la configuración del clima social. Sin embargo, estas características generalmente no tienen un impacto directo sobre el comportamiento, sino que

su influencia es indirecta. Por tanto, son importantes porque afectan a las percepciones, actitudes y valores, modificando, de esta forma, las características del medio social que, a su vez, influyen directamente sobre el comportamiento.

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

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

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

Calidad de vida

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

Partiendo de un concepto multidimensional de calidad de vida y centrándose en las perso-

nas mayores de 65 años, a lo largo de una serie de estudios conceptuales y metodológicos (Fernández-Ballesteros y Maciá, 1993; Fernández-Ballesteros, y cols., 1996), se construyó un instrumento de evaluación que llamamos *Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)*.

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

La construcción del CUBRECAVI llevó consigo los siguientes pasos:

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

con la vida, educación, ingresos y servicios sociales.

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

Áreas y preguntas que contiene

El CUBRECAVI contiene 17 elementos agrupados en 9

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

Garantías psicométricas

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

Por su carácter multidimensional, gran parte de nuestros análisis sobre la calidad de vida se han realizado mediante procedimientos factoriales. En este caso, sometimos a los elementos del CUBRECAVI a un análisis factorial de componentes princi-

pales con rotación varimax. El análisis dio lugar a 8 factores que corresponden muy ajustadamente a las áreas teóricamente consideradas como componentes de la calidad de vida: Salud, Habilidades funcionales, Actividad y ocio, Calidad ambiental, Calidad de vida objetiva (ingresos y estudios) y Subjetiva (satisfacción con la vida y salud subjetiva) y Relaciones interpersonales. Dichos factores explican el 78,2% de la varianza. Por tanto, los análisis factoriales rea-

lizados pusieron de manifiesto la validez del constructo formulado de calidad de vida.

Por último, se realizó un análisis de regresión en el que se introdujeron como predictores los 19 elementos del CUBRE-CAVI (a excepción hecha de «satisfacción con la vida») y como criterio subjetivo de la calidad de vida se utilizó la pregunta sobre «satisfacción con la vida». La correlación múltiple obtenida fue de .66. (Tabla 12)

TABLA 12

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

ELEMENTOS	BETA	T	SIG T
INGRESOS	-.02	-.29	.76
VALERSE POR SI MISMO	.15	1.35	.17
FRECUENCIA RELACIONES SOCIALES	-.06	-.90	.37
SATISFAC. VIVIENDA/RESIDENCIA	.39	3.657	.0004
NEUROTICISMO	.14	1.51	.13
ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR	.02	.346	.72
SATISFAC. RELACIONES SOCIALES	.05	.685	.49
CUIDAR DE SU ASPECTO FÍSICO	.10	.647	.51
SATISFAC. CON SU ESTADO DE SALUD	.31	3.64	.0004
NIVEL DE ESTUDIOS	-.02	-.334	.73
SATISF. ACTIVIDADES VIDA DIARIA	.60	.64	.0005
MEMORIA	-.11	-1.201	.23
ORIENTACIÓN	.06	.639	.52
DOLORES	-.02	-.25	.80
CAMINAR	.02	.175	.86
SATISF. ASPECTOS VIV/RESIDENCIA	-.19	-1.76	.08
TAREAS CASERAS	.02	.193	.84
FRECUENCIA ACT. VIDA DIARIA	-.48	-2.605	.0104
TAREAS FUERA DE CASA	-.01	-.057	.95
REGRESIÓN MÚLTIPLE R = .66			

Administración

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

Aplicaciones

El CUBRECAVI ha sido construido con el fin de servir de medida de la calidad de vida a un nivel de primera discriminación. Presenta tres esenciales áreas de aplicación:

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

En resumen, El CUBRECAVI parece ser útil a la hora de evaluar calidad de vida desde una perspectiva multidimensional, sobre

todo cuando se pretenda realizar comparaciones inter e intraindividuales y valorar programas de intervención con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Conviene concluir diciendo que el CUBRE-CAVI se halla en fase experimental y que nuevas investigaciones podrán matizar y/o complementar lo hasta aquí dicho.

Hasta aquí la presentación de cuatro instrumentos adaptados

y/o contruídos para la evaluación de cuatro importantes áreas en la consideración psicológica de esta etapa del ciclo de la vida: el funcionamiento intelectual y afectivo, el ambiente y la calidad de vida. Por supuesto, ni que decir tiene que, en la práctica psicológica, los instrumentos han de verse siempre complementados y conjugados con conocimientos profundos, en este caso, sobre el envejecimiento y la vejez.

REFERENCIAS

- Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza.
- Cohen, J. (1968). Weighted Kappa: nominal scale agreement with provision of scales disagreement or partial credit, *Psychology Bulletin*, 70, 213-220.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective wellbeing: Happy and unhappy people, *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Diener, E., Sandvik, E., Seidlitz, L., & Diener, M. (1993). The relationship between income and subjective well-being: Relative or absolute? *Social Indicators Research*, 28, 195-223.
- Emmons, R.A. & Diener, E. (1983). Influence of impulsivity and sociability on positive and negative affect. Manuscript submitted for publication. University of Illinois at Urbana, Champaign.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). El contexto en evaluación psicológica. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.): *Evaluación de contextos*, 9-49. Murcia: Universidad de Murcia.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (1992). *Introducción a la evaluación psicológica*. Vol I y II. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (1995). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive*. Lección inaugural del curso académico 1996-1997. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Díaz, P., González, J.L., Vila, E., y Espinosa, J.M. (1982). Estudio ecopsicológico de una residencia de ancianos. En R. Fernández-Ballesteros. *Evaluación de contextos*. Murcia: Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J.L. y Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.
- Fernández-Ballesteros, R. y cols. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Barcelona: SG Editores-Fundación Caja Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. y Staats, W. (1992). Paradigmatic behavioral assessment, treatment, and evaluation: answering the crisis in behavioral assessment. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 14, 1-29.

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

Adair, J.G.; Berlinger, D. y Dion, K.L. (Eds.) (1998):
In Advances
in psychological science. Vol. 1: Social, Personal and
cultural aspects.

Quality of life: Concept and assessment

Rocío Fernández-Ballesteros

Universidad Autónoma de Madrid, Spain

Quality of Life (QoL) could be considered one of the new concepts in psychology (as well as in other sciences) on which research has increased dramatically in the last decades. In the attempt to define the state of the art regarding QoL, its historical background is provided and, in order to arrive at a conceptual definition, a revision of the main dimensions defined as QoL domains is introduced. Secondly, controversies such as whether QoL is mainly subjective or objective, or diographic or nomothetic are examined. In the assessment section, a list with selected QoL instruments is provided and methodological aspects such as psychometric guarantees, methods and sources of data, and data quality are discussed. Finally, suggestions concerning new directions on the research and assessment of QoL are presented.

On peut regarder la qualité de vie (QV) comme l'un des nouveaux concepts en psychologie (de même que dans d'autres domaines scientifiques) à propos desquels il y a eu une augmentation dramatique de la recherche au cours des dernières décennies. Cette tentative de description de l'état actuel de nos connaissances sur la QV la situe d'abord dans son contexte et, afin d'en arriver à une définition conceptuelle, présente une révision des principales dimensions considérées comme sphères de la QV. En second lieu, on considère les controverses comme la question de savoir si la QV est plutôt subjective ou objective, ou encore idéographique ou nomothétique. La section sur l'évaluation offre une liste choisie d'instruments de mesure de la QV et traite d'aspects méthodologiques tels que garanties psychométriques, méthodes et sources de données et qualité des données. En conclusion, on présente des suggestions pour de nouvelles orientations de la recherche et l'évaluation de la QV.

INTRODUCTION

Quality of Life (QoL) is an extremely complex, abstract and scattered concept with a high impact on research and practice. However, it is a key concept in environmental, social, medical and psychological sciences, as well as in public policy and in the minds of the population at large.

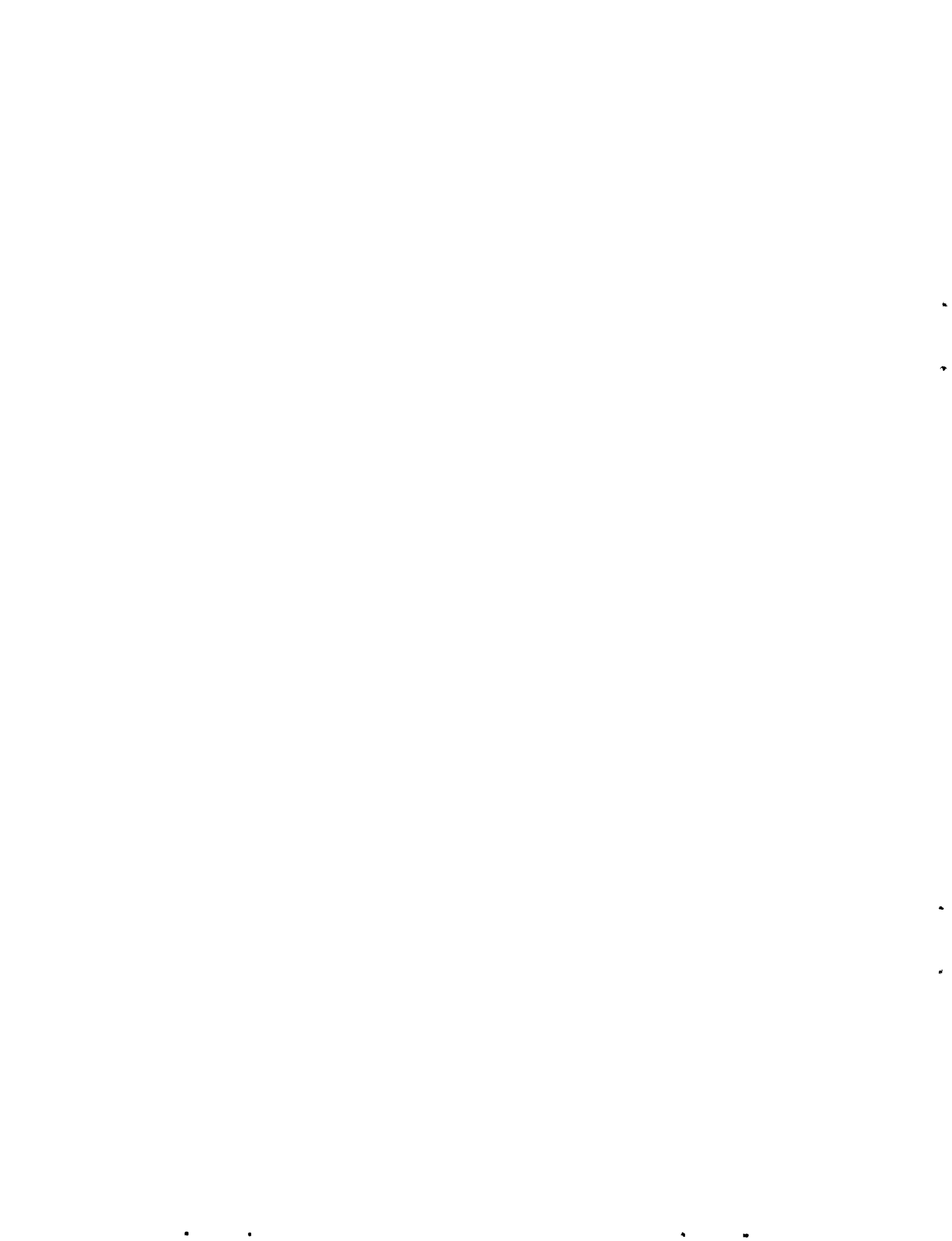


TABLE 19.1
Growth of citations in Quality of Life in five databases:
Urban, Biosis, Medline, PsycLIT, & Sociofile

	<i>Urban</i>	<i>Biosis</i>	<i>Medline</i>	<i>PsycLIT</i>	<i>Sociofile</i>
1969	1	1	1	3	2
1995	112	1,379	2,242	187	127
1967-1974	—	20	61	62	109
1975-1979	14	160	1,051	162	346
1980-1984	33	394	1,695	404	507
1985-1989	200	1,575	3,685	877	640
1990-1995	593	5,821	10,641	1,583	881

Urban = Urbater, Urbanet, Urbanine, Genie Urbain, Docet, Bibliodata, Docet & Acompline.

The importance, multicontextuality and growth of QoL may be assessed by looking at the number of citations in urban, biological, medical, psychological and social database literature. Table 19.1 shows the progression of citations in these five databases. For example, in 1969 there is 0 citation in Urban, 1 in Biosis, 1 in Medline, 3 in PsycLIT and 2 in Sociofile; in 1995 we can find, respectively, 112, 1379, 2242, 187 and 137 citations. From these cumulative frequencies, we can conclude that there has been a constant increase of interest in QoL in different scientific fields, but while in the urban, psychological and social fields we observe an arithmetical progression, growth in the biological and medical literature has been exponential.

From a semantic point of view, the term "quality" refers to certain attributes or characteristics of a given object (in this case, life), and "life" is a wide category which includes all living beings. The problem is that life can be analyzed from different perspectives, and QoL is therefore a multicontextual concept. Ecologists are concerned about the quality of the environment that harbors life; from this point of view thousands of national and international laws have been developed in order to protect the quality of life around the world (CEOTMA & CIFCA, 1982). Measurements such as air and water pollution, energy consumption, deforestation, etc., are taken as indicators of the quality of life in a given territory. From a social point of view, economists, sociologists, political scientists and public agencies are concerned with the welfare and the well-being of a given society. Statistics of crime, suicide, public violence, family disintegration, as well as *per capita* income or GDP (Gross Domestic Product), are used as measures of the *welfare* and *well-being* of a given society. Finally, from a medical point of view, health quality has been assessed through epidemiological indices such as mortality, morbidity and/or life expectancy rates.

In recent decades, QoL has emerged as a key concept representing an ideological change of socio-political (and human) goals: the improvement of

economic welfare, in developed countries, does not, automatically, lead to the well-being of the population.¹

Medical developments have had an extreme influence in standard indicators of health quality but, for example, a decline in mortality rates (as an aggregate measure) is not correlated with improvement of the patients' well-being but rather with the progression of chronic disease. Surgical, pharmacological, and other aggressive interventions can have side effects. Moreover, these interventions are extremely expensive.² As Kaplan (1995, p. 3) emphasized "We know remarkably little about the relationships between expenditures on health care and health outcomes". Therefore, since the World Health Organization defines health as a physical, psychological and social condition, in addition to the traditional measurements, we must take psychological and social indices into account.

Scientists, professionals and policy makers are interested not only in providing economic goods, health and human services, but in the impact of these goods and services on human subjects and in how they *perceive* their lives. Aggregated data such as environmental quality, *per capita* income, or mortality rate may be indices of physical, economic or medical conditions, but do not reflect, exactly, the subjects' well-being.³ As Tolman (1941) emphasized decades ago, the concept of an "economic man" has been substituted by the relevance of a "psychological man" (see also Campbell, 1981): control perception, self-efficacy, social support, are important ingredients, as are other "psychological qualities", of subjects' well-being.

These new ideas, these considerations about the importance of subjective aspects of life—beyond any political rhetoric—perhaps express a new phylogenetic step via a new paradigm in which QoL is the expression of human development, as well as the prototype of new human goals.⁴

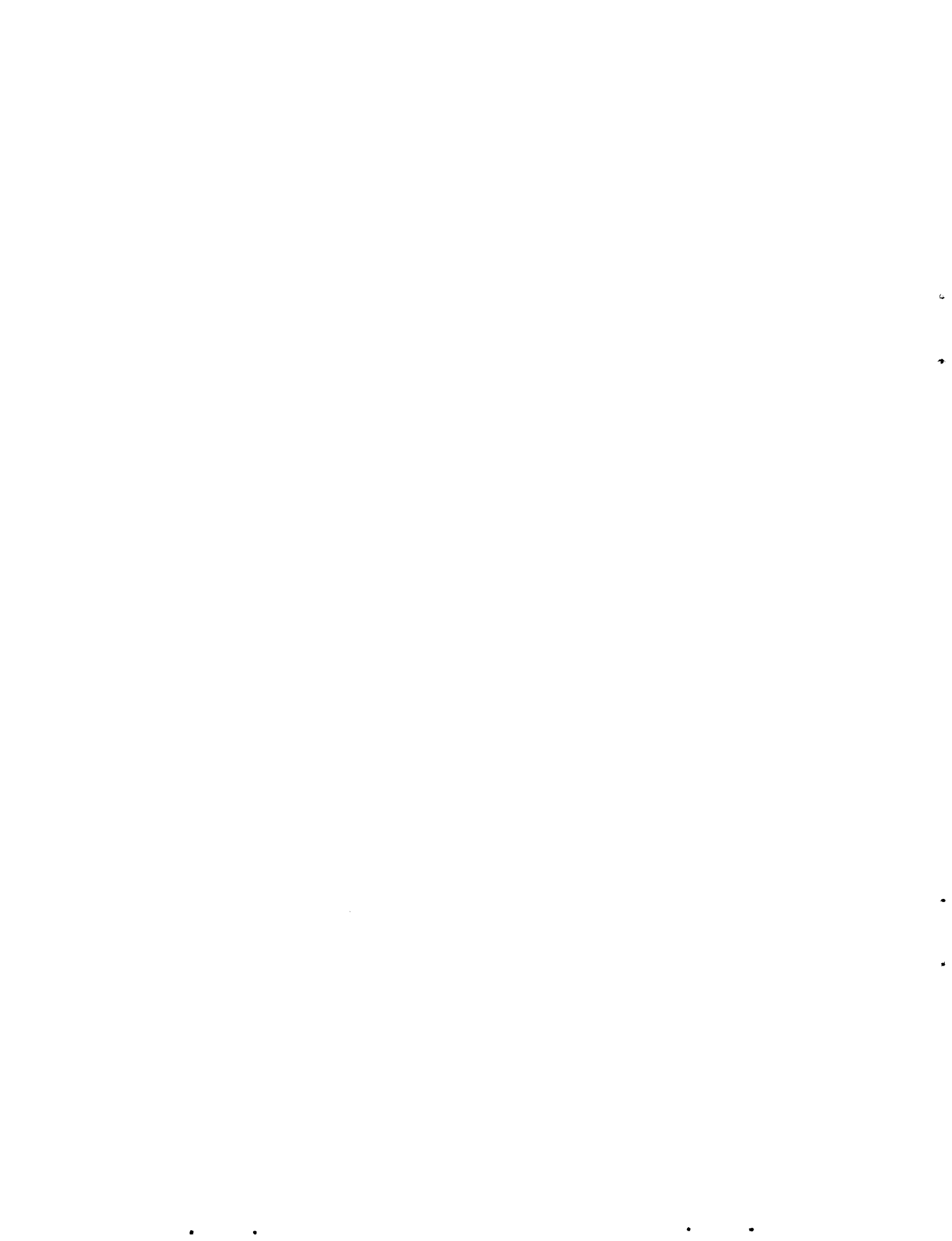
In summary, in spite of the fact that QoL involves mainly psychological components, it is a multicontextual concept that arises from several disciplines: biology, medicine, psychology and sociology. Nevertheless, there is no balance

¹ As Campbell (1981) has shown, as economic welfare increased during the postwar period in the USA, psychological well-being declined.

² Kaplan (1995, p. 3) gives the following estimate of resource allocations: "The United States spent an estimated \$838 billion for health care in 1992, and these expenditures are expected to be well over \$1 trillion by 1995 and may be \$2 trillion by the turn of the century".

³ Of course, this conceptual evolution occurs mainly in developed countries. International authorities must achieve the generalization of human development throughout the world. In the Third and Fourth Worlds thousands of people die due to extremely poor physical and economic conditions; in such situations we cannot avoid looking for socio-economic and traditional health indicators. Unfortunately, QoL seems to be a concept which is applied only in developed societies.

⁴ As quoted by Campbell (1981 p. 37), US President Johnson's *Great Society* expresses this idea: "... the Great Society is concerned not with how good, not with the quantity of goods, but the quality of our lives". This idea is also present in the formal objectives of political programs (see EU, Maastricht Treaty, 1978 Spanish Constitution, etc.).



between these fields, and the exponential growth of interest in the medical context is reinforcing a reductionistic conception of QoL. This is the main reason why psychology must become more involved in the formulation and assessment of this new concept.

LOOKING FOR A DEFINITION

QoL is considered by different authors as an "abstract", "soft", "amorphous" concept (Birren and Dieckmann, 1991, pp. 344–345); as one that "has no fixed boundaries" (Hughes, 1990, p. 47); that "has been exceedingly difficult to define (it) precisely" (Andersen, Davidson, & Ganz, 1994, p. 367); that is "difficult to operationalize" (Lawton, 1991); and, even, as one whose "meaning is dependent of the user of the term" (Fowlie & Berkeley, 1987, p. 226). QoL has been defined as equivalent to well-being in the social domain (Campbell, 1981), to the health status in the bio-medical field (also called health-related QoL; for example, Naughton & Wiklund, 1993), and to life satisfaction in the psychology field (Palys & Little, 1983).

However, in spite of such reductionism and the fact that the difficulties in finding a general definition are commonly accepted, we can—in accordance with Birren and Dieckmann (1991)—establish what *is not* quality of life: QoL is not equivalent of quality of the environment, is not equal to the quantity of material goods, is not equivalent to the physical health status, or to the quality of health care, just as it is distinct from subjective constructs such as life satisfaction, morale or happiness (Campbell, 1981; George & Bearon, 1980; Naughton & Wiklund, 1993). As Browne et al. (1994, p. 235) stated: "Quality of Life (QoL) is (the product) of the dynamic interaction between external conditions of an individual's life and the internal perceptions of those conditions". Thus, we cannot reduce this concept to life's external conditions or to personal characteristics (even the perception of external conditions), just as QoL cannot be reduced to only one condition.

Working from these distinctions, we arrive at a general, commonly accepted, characteristic of QoL: its multidimensionality. That is, like life, QoL is multidimensional by nature. Even if we are applying this concept in a specific context, QoL must be operationalized by means of a set of dimensions. What are these dimensions; in other words, what are the "ingredients" of QoL?

The ingredients of QoL

Two strategies have been used in the definition of the constituent elements, domains, aspects, components, factors, or content areas of QoL: theoretical and empirical.

From a theoretical perspective, several authors have formulated models of QoL; for example, Lawton (1991, p. 8) proposed a four-sector model in which psychological well-being, perceived quality of life, behavioral competence, and

objective environment are hypothesized as the four *general evaluative sectors*: "Each of the four sectors may in turn be differentiated into as many dimensions as the details of one's attention demand".

On similar lines, the World Health Organization (1993) has conceptualized QoL in terms of five broad domains: physical health, psychological health, level of independence, social relationship, and environment.

Finally, other authors have tried to develop categories of QoL dimensions. For example, Hughes (1990) defined seven categories:

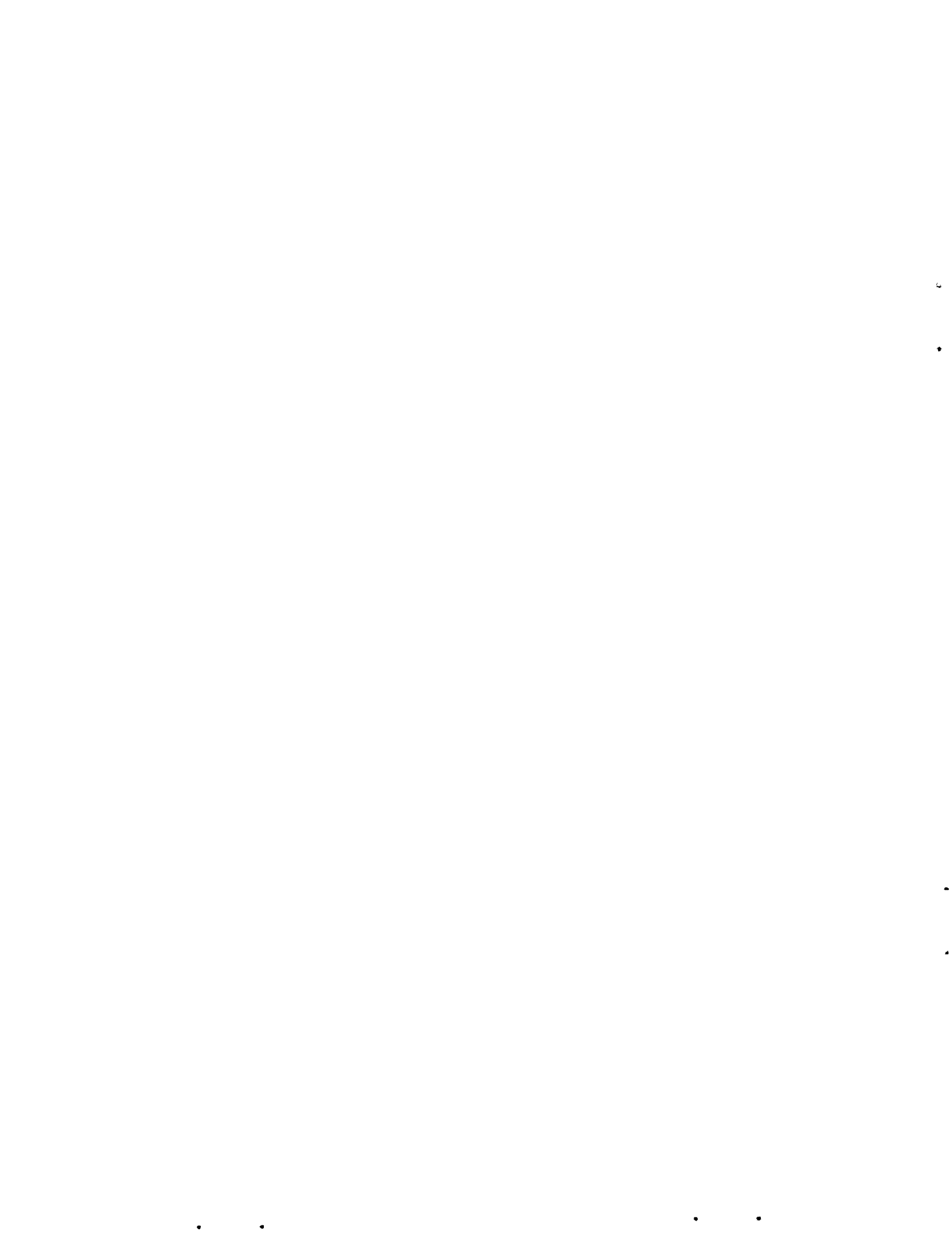
1. Individual characteristics (functional activities, physical and mental health, dependency, etc.).
2. Physical environmental factors (facilities and amenities, comfort, security, etc.).
3. Social environmental factors (levels of social and recreational activity, family and social network, etc.).
4. Socio-economic factors (income, socio-economic status, etc.).
5. Personal autonomy factors (ability to make choices, exercise control, etc.).
6. Subjective satisfaction.
7. Personality factors (psychological well-being, morale, life satisfaction, happiness, etc.).

A second strategy used for defining QoL components is empirical. That is, since QoL refers to individuals' lives, individuals must be asked to state the implicit domains of their QoL concept. For example, Flanagan (1978) assessed QoL components through a US survey of three age group samples. Fifteen critical components were grouped into five main categories:

1. Physical and material well-being (material well-being and financial security).
2. Relations with other people (relations with spouse and having and raising children, relations with parents, siblings, or other relatives, relations with friends).
3. Social, community and civic activities (activities related to helping or encouraging other people, activities related to local and national governments).
4. Personal development and fulfillment (intellectual development, personal understanding and planning, occupational role, creativity and personal expression).
5. Recreation (socializing, passive and observational activities, active and participatory recreational activities).

Also, from an empirical perspective, Fernández-Ballesteros (1993; Fernández-Ballesteros & Macia, 1993; Fernández-Ballesteros, Zamarrón, & Maciá, 1997) has tried to identify the "popular" concept of QoL in the elderly, by asking a representative sample of the Spanish population what are its fundamental ingredients (or domains):

Health status, functional abilities, financial resources, family and social relationships, daily-living and recreational activities, social and health services, life



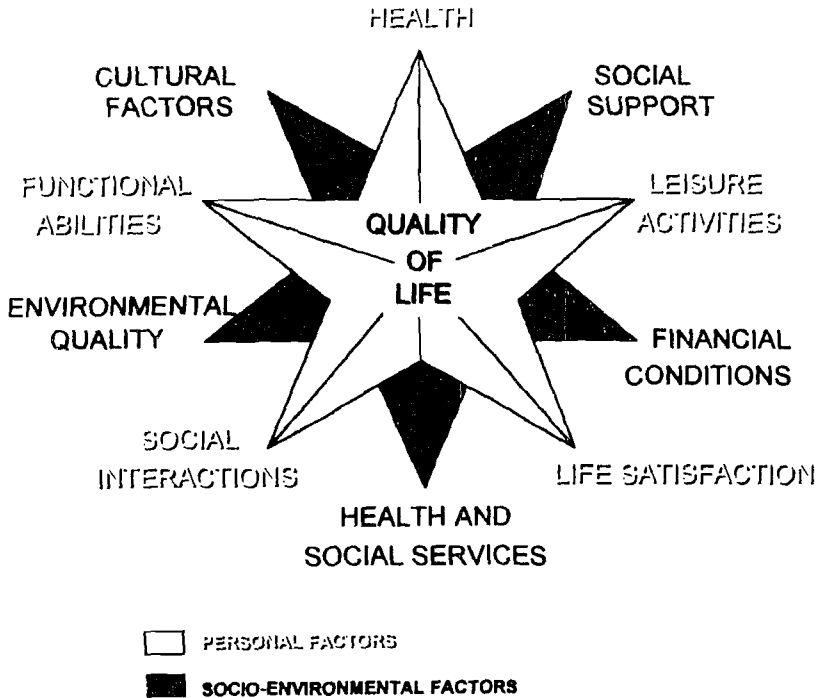


FIG. 19.1 Quality of Life multidimensionality: Personal and socio-environmental factors (Fernández-Ballesteros, 1992)

satisfaction, cultural resources, and environmental quality seem to be, in that order, components of QoL.

In this “pop” conceptualization among Spaniards, no differences were found across gender, age, and socio-economic status. Moreover, when all these components were assessed in several samples of the Spanish elderly population and factorial analysis was carried out, a factorial structure close to these QoL components emerged in several samples.

As we can see, with both strategies (theoretical and empirical) there is a moderate consensus regarding both the multidimensionality and the main dimensions of QoL. For the majority of the authors, these components include both external variables (socio-economic or environmental factors) and intraindividual or personal factors (life satisfaction, perceived health, motor behaviors).⁵ As an example, Fig. 19.1 presents a graphical representation of the QoL multidimensionality, as well as of the presence of personal and socio-environmental factors

⁵ Nevertheless, Stewart and King (1994) consider that only the “personal” factors belong to the domains of QoL and that the “external” factors are determinants of the QoL.

of the QoL. Personal factors (e.g. health, functional abilities, social relationships, recreational activities, life satisfaction) interact with socio-environmental conditions (e.g. health and social services, financial conditions, cultural factors, social support, environmental quality). Both types of factor are constituents of QoL and we can state that QoL cannot be reduced to any one of its components (from Fernández-Ballesteros, 1993).

Nevertheless, authors do not agree either about the nature of these dimensions nor about the way they should be selected. In other words, they do not agree as to whether those dimensions are subjective and/or objective, and as to whether they should be selected nomothetically or idiographically.⁶ In this respect, there are in this field two main debates: subjective vs. objective QoL, and nomothetic vs. idiographic QoL.

DEBATES IN QoL RESEARCH

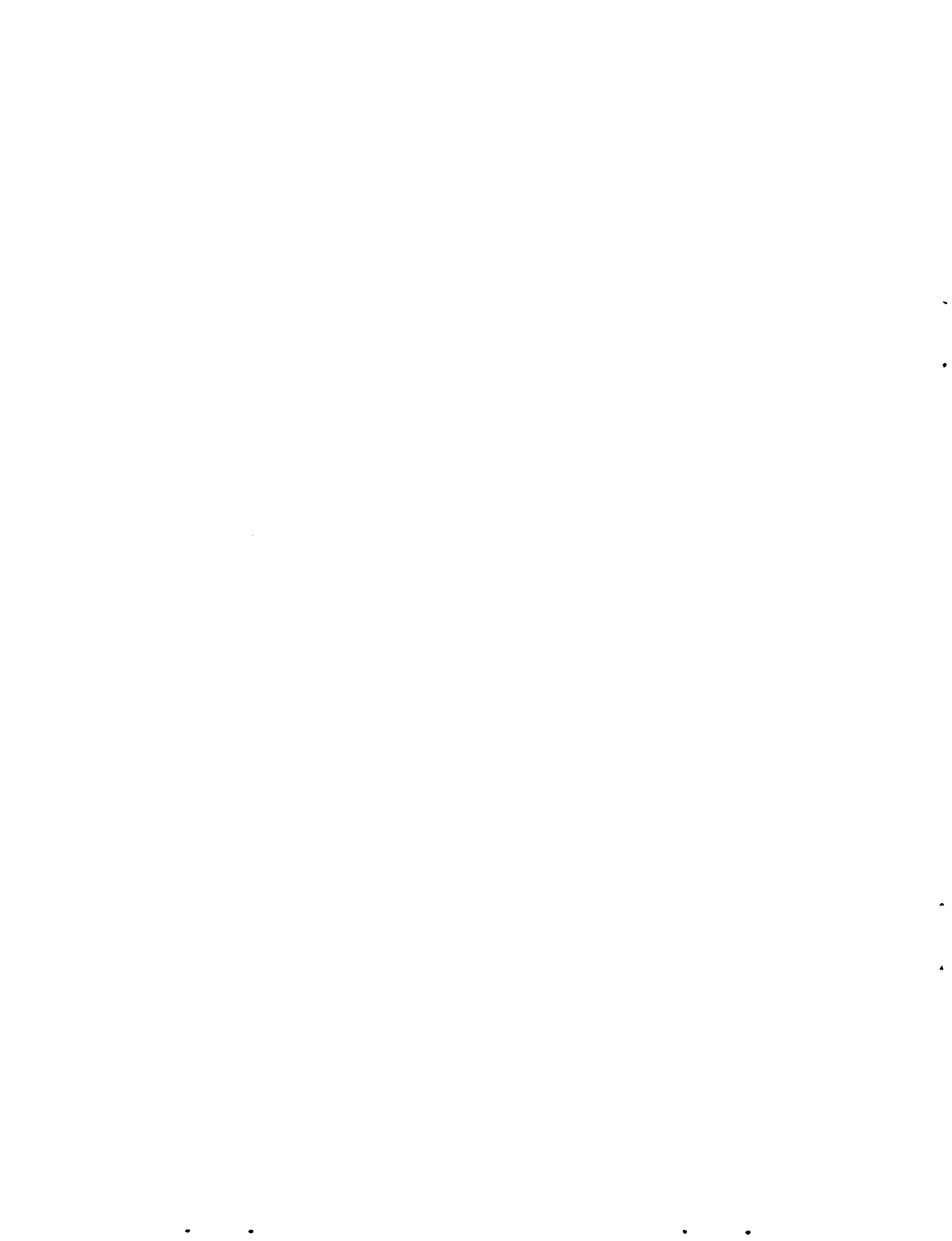
Subjective or objective nature of the QoL ingredients

Although in QoL conceptualization authors introduce external dimensions (e.g. financial resources), we can state that this inclusion does not necessarily imply that they are to be considered objectively. For example, since the World Health Organization (1993, p. 153) has defined QoL as "an individual's perception of his/her position in life", when the environment is included as a QoL component it refers only to the subject's evaluation.

Unfortunately, there is confusion between type (external vs internal) and nature (objective vs subjective) of dimension. External variables (such as environmental quality) can be operationalized by means of external criteria or by means of a subject's perception or appraisal. Likewise, we have to be aware that in the latter case we would be assessing a personal/subjective condition. Also, health can be considered both objectively and subjectively; measures drawn from physical examinations or/and from clinical analysis can be taken into consideration, as well as those drawn from self-perception of one's state of health. Figure 19.2, presents examples of subjective elements superimposed on objective factors that define QoL (perceived/objective health, health and social services evaluation/social and health services availability, etc.)

Although several authors recognize only the subjective nature of all dimensions of QoL (even external ones), others, such as Lawton (1991, p. 7), maintain that "objectively measurable or consensual evaluations of facets of life must also

⁶ Among other authors, Lawton (1991) confuses the *subjective* nature of intrapersonal QoL dimensions with their *idiosyncratic* character. In other words, intrapersonal dimensions can be selected either in a standard (the same intrapsychic components for all subjects) or in a specific (idiosyncratic intrapsychic component) way. For example, we can decide to introduce for all subjects their perception about their health, just as we can ask the subject what makes his/her life pleasant.



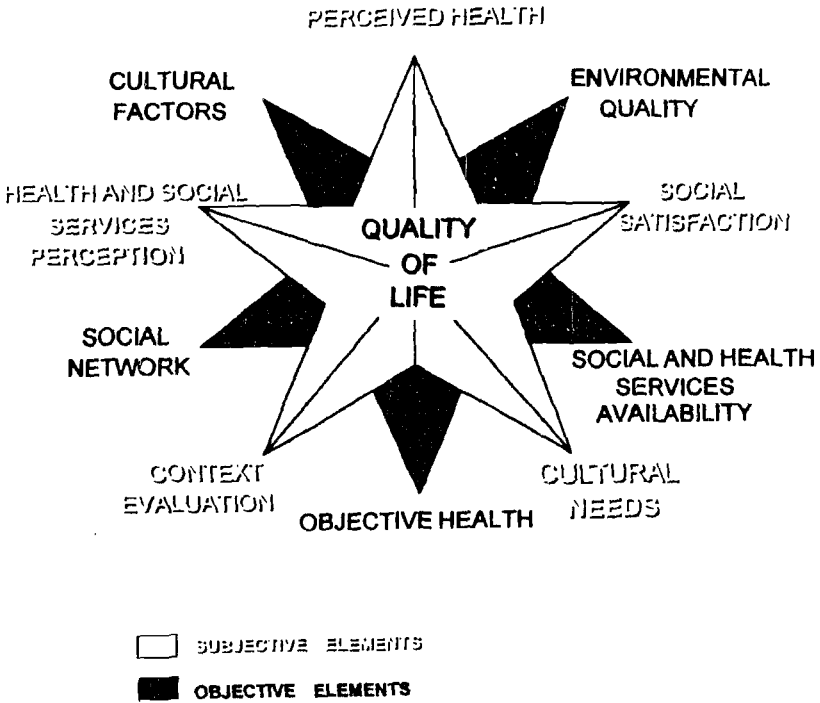


FIG. 19.2 Objective and subjective factors defining Quality of Life (Fernández-Ballesteros, 1992)

be considered in assessing quality of life” (see also, Birren & Dieckmann, 1991; Hughes, 1990).

In our opinion, in spite of the fact that the concept of QoL emphasizes the “psychological” aspects of life (that is, personal and subjective conditions), external/objective conditions of life cannot be ignored. As has been pointed out by Neisser (1976), Gibson (1966) and Sampson (1981), although it is extremely important, in order to avoid reductionism, to take into account the subjectivity of the individual’s perception of the world, some consideration must also be given to his or her objective world. The real world also needs to be transformed in order to improve human welfare, well-being and quality of life. Scientists and policy-makers must be aware of this necessity.

We must note that this definition of the QoL is the product of theoretical conceptualization and empirical research, as well as of lay opinion originating, mainly, in developed countries; this raises the question as to whether these dimensions should be given the same weight and importance as they apply to individuals all over the world. Are they universal? Can we use the same dimensions to assess individuals across age groups, health status, or cultures?

Nomothetic vs idiographic concept of QoL

Up to this point we have established a social-normative (Lawton, 1991) or nomothetic approach to QoL. However, several authors have pointed out that the subject is the only one capable of defining his or her QoL. From this perspective, Browne and colleagues (1994, p. 235) pointed out that "although some domains tend to be nominated more than others, no taxonomy suits all individuals", and the World Health Organization (1993, p. 153) defined the QoL of a given individual "in the context of the culture and value systems in which they live, and in relation to their goals, expectations, standards and concerns". In other words, for these and other authors the QoL is idiographic in nature. The old controversy from Windelband (1904) between nomothetic and idiographic sciences is also present in the QoL literature.

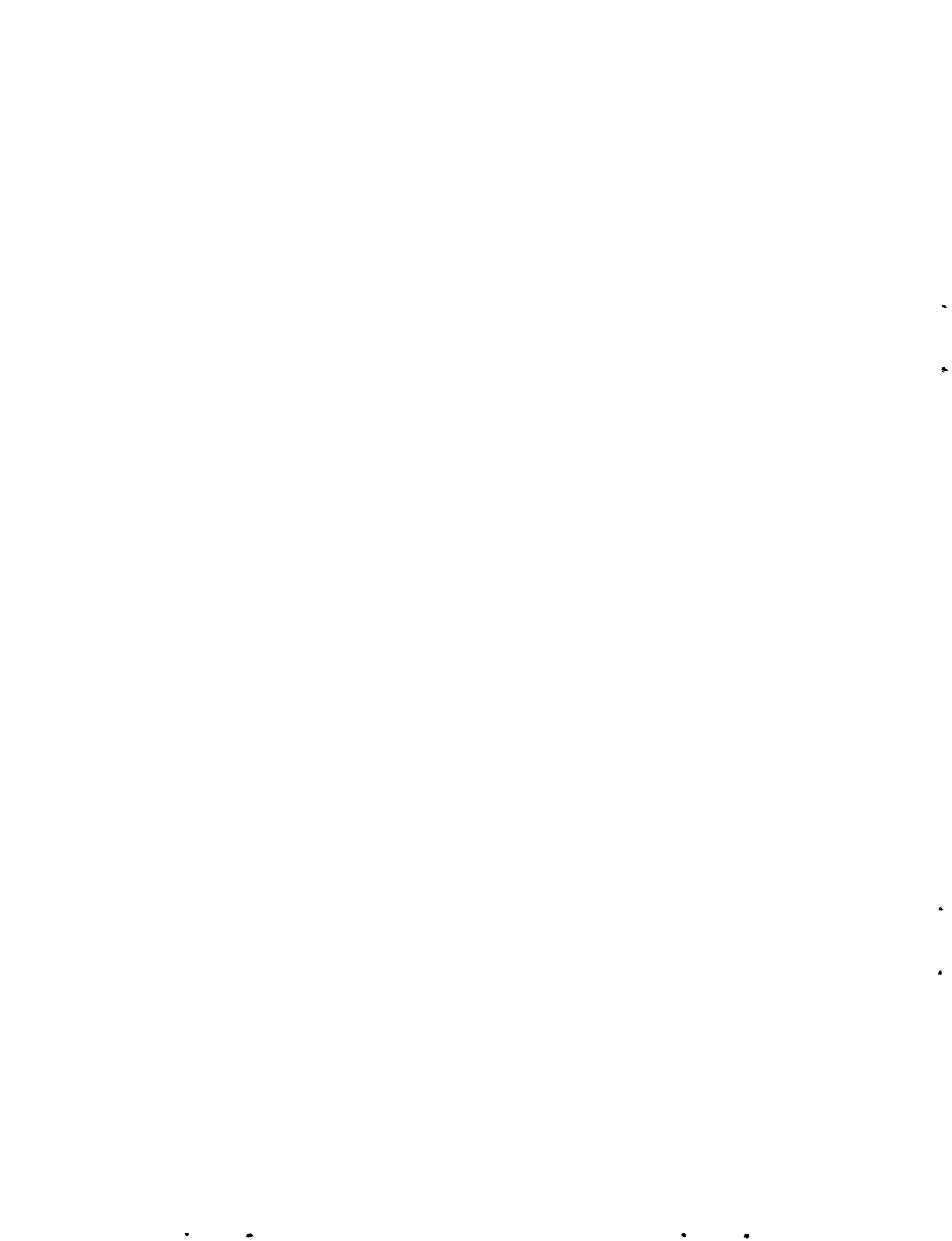
The idiographic approach to QoL maintains that: "Given that the list of domains relevant to the QoL of all individual remains indefinable, it is not surprising that a universally applicable means of weighting the relative importance of such domains does not exist" (Browne et al., 1994, p. 236). From a rational point of view, it seems to be true that, depending on the base line of the individual's conditions and functioning (age, health, economic status, personal characteristics, etc.), a given subject can consider some QoL domains more important than others for his/her QoL. However, human needs and human life are not so diverse as to make QoL totally idiographic.

The main problem concerns not domains, but the *weight* that a given domain has at a specific time for a specific subject. In our opinion, a (relatively) nomothetic concept of QoL (based on a variety of dimensions or conditions) can be adjusted idiographically. From this perspective, several instruments have been developed (McGee et al., 1991; NERI, 1992), and other standard devices also take into consideration the importance for the subject of the listed domains (World Health Organization, 1993). In this respect, Fernández-Ballesteros, Zamarrón & Macia (1997) have pointed out that a standard QoL instrument can be used both from a nomothetic and an idiographic point of view. Moreover, in a representative sample of Spanish subjects older than 65, the comparison between the two types of score was not significant.

Nevertheless, in order to arrive at a universal concept of QoL, cross-cultural research is needed and the World Health Organization (1993) is making progress in this respect.

Summarizing, we can make four general statements about QoL:

1. Like life, QoL is by nature a multidimensional construct: it cannot be reduced to any one of its components (health, psychological well-being, etc.).
2. QoL contains personal as well as socio-environmental dimensions.
3. Emphasis on the subjective appraisal of external life conditions must not eliminate consideration of objective life circumstances.



4. A nomothetic or standard QoL concept is compatible with an individually weighted one.

THE MEASUREMENT OF QUALITY OF LIFE

In spite of the fact that there is no commonly accepted definition of QoL, there are dozens of QoL instruments, and most of them come from the medical domain.⁷ In Table 19.2, a list of the selected QoL measures is presented on the basis of target population, administration procedure and their psychometric properties. In Table 19.3, the same instruments are analyzed through the domains they include.

For reasons of space and time, it is impossible to review each selected measure but, in order to help in the selection of a given instrument we will deal with the following topics: *reasons for measuring QoL; target population; method of administration and source of data; psychometric guarantees; and data quality.*

Reasons for measuring QoL

As previously pointed out, QoL has had an exponential growth. This growth is related to several scientific and social needs. Thus, as Arnold (1991) pointed out, in order to select a QoL instrument, assessment purposes or objectives have to be considered. QoL measurement is conducted for five purposes:

1. Understanding the causes and consequences of differences in QoL between individuals or groups of individuals.
2. Assessing the impact of social and environmental conditions on QoL.
3. Estimating the needs of a given population.
4. Evaluating the efficiency or effectiveness of health interventions and/or the quality of the health care system.
5. Improving clinical decisions.

On the basis of these five objectives, different instruments can be selected depending on their characteristics. For example, if we are going to evaluate a given health intervention, we must select a health-related quality of life instrument; therefore, sensitivity will be one of the required psychometric properties.

Target population

Beyond the basic (standard) QoL domains, a first question is whether QoL can be assessed with the same instrument across populations. Although several efforts have been made to assess QoL in the general population (for example,

⁷ Naughton and Wiklund (1993) review six dimension-specific health-related QoL instruments, cross-culturally assessed. These instruments assess pain (McGill Pain Questionnaire (MPQ)) or psychopathology (the General Health Questionnaire (GHQ); the Beck Depression Inventory (BDI); the Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D); and the Zung Self-Rating Depression Scale (SDS)).

TABLE 19.2
Selected Quality of Life measures

<i>Measure</i>	<i>Population</i>	<i>Administration</i>	<i>Reliability</i>	<i>Validity</i>
* A Generic health-related Quality of Life Instrument (CCV; Ruiz & Baca, 1993)	General population	Interviewer	Extensive data available	Extensive data available
* Elderly community reactions to the nursing home (Biedwenham & Baslin, 1991)	Institutionalized residents	Interviewer and self-administered	Limited	Limited
* Evaluating the efficacy of physical activity for influencing quality of life outcomes in older adults (Stewart & King, 1991)	Elderly	Interviewer	Limited	Limited
* Initial psychometric evaluation of a qualitative well-being measure: The Integration Inventory (Ruffining-Rahal, 1991)	Elderly	Interviewer	Limited	Limited
* Multitrait-multimethod analysis of health-related quality of life measures (HRQOL; Hadorn & Ron, 1991)	General population and elderly	Interviewer	Limited	Limited
* Older Americans resources and services instrument (OARS; Duke University, 1978)	Elderly	Most experience obtained from interviewer-administered version	Extensive data available	Extensive data available
* Perceived Quality of Life scale (PQoL; Patrick et al., 1988)	Former intensive care patients	Interviewer-administered	Limited	Limited
* Nottingham Health Profile (PSN) (NHP; Hunt et al., 1981)	Health related	Interviewer and Self-administered	Extensive data available	Extensive data available
* Quality of life in elderly, chronically ill outpatients (Pearlman & Uhlman, 1991)	Elderly and chronically ill	Interviewer	Extensive data available	Extensive data available
* Rand health status measures (Ware et al., 1981)	Community-dwelling population, including elderly and those with chronic disease	Self-administered	Extensive data available	Extensive data available
* Sickness Impact Profile (SIP; Bergner et al., 1981)	Extensive use in many populations, including chronically ill	Interviewer and self-administered versions	Extensive data available	Extensive data available

(continued)

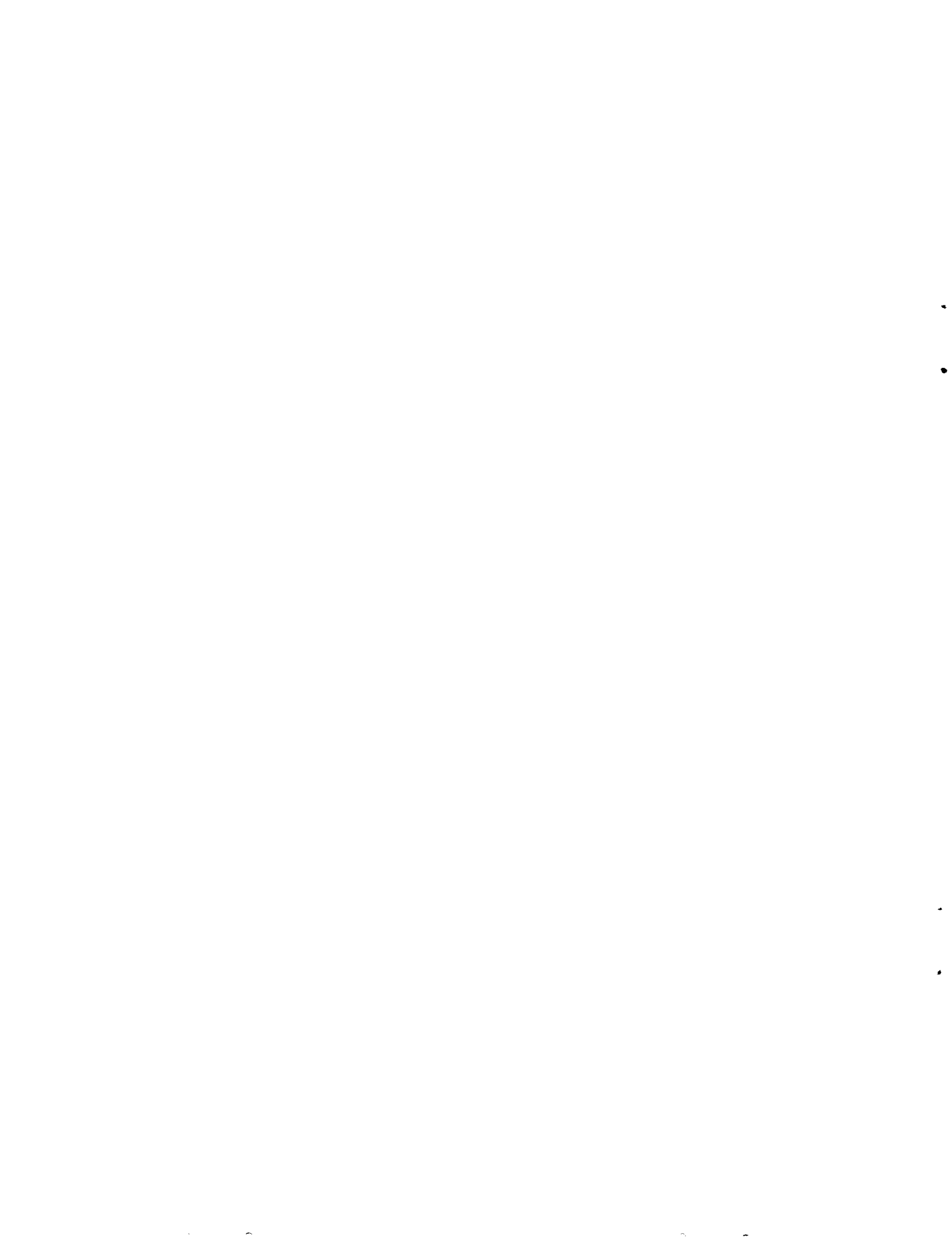
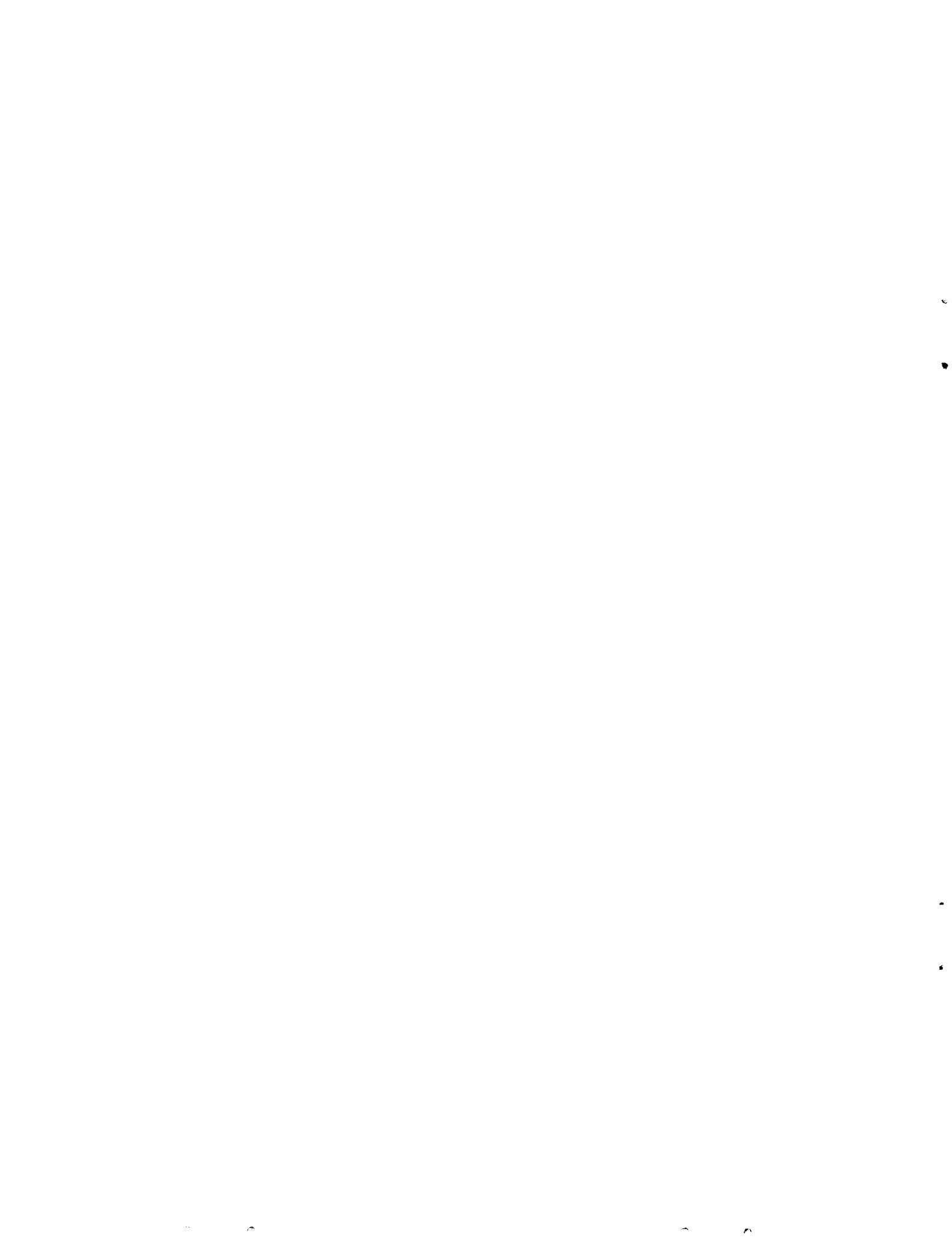


TABLE 19.2
(continued)

Measure	Population	Administration	Reliability	Validity
* Subjective well-being instrument for the chronically ill (Gill, 1984)	Chronically ill	Interviewer	Limited	Limited
* Swedish health-related Quality of Life Survey (Swed-Qual; Bronsson et al., 1993)	General population	Self-administered	Extensive data available	Extensive data available
* Quality of Well-Being Scale QWBE (Kaplan and Bush, 1982)	Numerous populations, including chronically ill and frail elderly	Interviewer and self-administered versions	Extensive data available	Extensive data available
* Reintegration to normal living index (Wool-Dauphinee et al., 1988)	Rehab patients	Interviewer administered	Limited	Limited
* City of Hope medical center Quality of Life survey (Ferrell et al., 1989)	Cancer patients	Interviewer	Limited	Limited
* WHOQOL-100 (WHO, 1993)	General population	Interviewer and self-administered	Limited	Limited
* Multidimensional QoL questionnaire (NERI, 1992)	HIV patients	Interviewer and self-administered	None	None
* Schedule for evaluation of individual QoL (SEIQoL; McGee et al., 1991)	Elderly	Interviewer	Limited	Limited
* Sixteen-dimensional health-related measure (16 D) (Aparasalo et al., 1996)	Adolescent	Self-Administered	Limited	Limited
* Euro QoL (1990)	Health related	Self-Administered	Limited	Limited
* Spitzer Quality of Life (QL) index (Spitzer et al., 1981)	Chronically ill	Self-Administered	Limited	Limited
* Dartmouth COOP function CHARTS (Nelson et al., 1987)	Health related	Interviewer	Extensive data available	Extensive data available
* Elderly Cruz Roja Quality of Life (Guillen et al., 1990)	Elderly	Interviewer	None	None
* CUBRECAVI (Fdez-Ballesteros et al., 1997)	Elderly	Interviewer	Limited	Limited

TABLE 19.3
Domains in selected Quality of Life measures

Measure	Domains															
	Physical Functioning	Emotional Functioning	Cognitive Functioning	Social Functioning	Life Satisfaction	Health Perception	Functional Skills	Economic Status	Cultural Status	Recreation	Sexual Functioning	Energy and Vitality	Physical environment	Self-Esteem	Risk factors	Services
* A Generic Health related Quality of Life Instrument (CCV)	x	x		x	x	x	x				x	x				
* Elderly community reactions to the nursing home	x	x				x						x				
* Evaluating the efficacy of physical activity for influencing quality of life outcomes in older adults	x	x	x	x	x	x				x	x			x		
* Initial psychometric evaluation of a qualitative well-being measure: The integration inventory		x		x	x	x					x			x		
* Multitrait-Multimethod analysis of Health-related quality of life measures (HRQOL)	x			x	x	x	x					x				
* Older Americans Resources and Services Instrument (OARS)	x	x	x	x		x	x	x		x						
* Perceived Quality of Life Scale			x	x	x	x	x			x						
* Nottingham Health Profile (PSN)	x	x		x	x	x	x			x	x	x				
* Quality of life in elderly, chronically ill outpatients	x	x	x	x	x	x	x	x								x
* Rand Health Status Measures	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x				
* Sickness Impact Profile	x	x	x	x		x				x		x				
* Subjective well-being instrument for the chronically ill		x										x				
* Swedish Health-Related Quality of Life Survey (Swed-Qual)	x	x		x	x	x				x	x					
* Quality of Well-Being Scale	x			x												
* Reintegration to Normal Living Index	x								x							
* City of Hope Medical Center Quality of life Survey	x	x		x						x						
* WHO QoL-100	x	x		x		x	x					x		x		
* Multidimensional QoL. NERI	x	x		x		x	x				x	x			x	
* Schedule for evaluation of Individual QoL	x	x		x		x	x	x		x	x	x			x	
* Sixteen-Dimensional Health	x	x	x	x		x	x			x	x	x		x	x	
* Euro QoL		x		x		x	x			x	x					
* Spitzer Quality of Life (QL)				x		x	x									
* Dartmouth COOP function CHARTS	x	x		x		x										
* Elderly Quality of Life. Cruz Roja	x					x	x					x				
* CUBRECAVI	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x



Campbell, 1981), a review of QoL instruments indicates that age and health conditions are two important differential components.

With regard to age, a relevant group of QoL instruments has been developed for the elderly. By contrast, very few instruments have been developed for children, adolescents, or middle-aged people (an exception is the I6D by Apajasalo et al., 1996).

As mentioned previously, the QoL concept has had its most important impact in the medical domain. Thus, the majority of QoL instruments are "*health-related measures*". These measurement devices have been developed in order to assess the impact of illness and medical treatment on a given patient. Within this field, *generic* and *specific* health-related QoL measures have been developed in order to assess clinical populations or particular diseases (cancer, AIDS, chronic diseases, etc.).

In summary, we have to take into consideration our target population when we select a QoL measure.

Method of administration and source of data

As was emphasized by Campbell (1981), if QoL is reduced to subjective components of the individual, self-report is the most "direct" way to assess this condition. In other words, a single procedure and a single source of data is the common rule in QoL measurement.

Nevertheless, since external/objective variables are also components of life, in order to have a more complete picture, other sources of data and other methods have to be considered. For example, in assessing environmental conditions, Fernández-Ballesteros, Zamarrón, and Maciá (1997) used both observational procedures and self-report evaluation of environment quality.

Also, other methods (such as expert rating scales) have been proposed. For example, Birren and Dieckmann (1991) emphasized that, for assessing health status, physicians' ratings are a better measure than self-rating.⁸

As Stewart and King (1994 p. 29) have pointed out, "special problems of some subgroups of older populations, such as cognitive difficulties or sensory limitations, may affect the choices regarding the optimal method". From this point of view, several methods are available: performance-based testing, medical exams, clinical analysis, etc. For example, since data from proxy and from subjects were found to be equivalent (Fernández-Ballesteros & Maciá, 1996), in a subsequent study on older persons with cognitive impairment (assessed by a performance test), Fernández-Ballesteros (1996) asked family members to answer objective questions (number of pills taken, number of visits to physician, etc.) of the elder's life.

⁸ The fact that we are defending the utilization of subjective as well as objective measures (in health as well as in other domains), in the QoL assessment, does not mean that both can have different predictive values. For example, the Bonn Longitudinal Study (BOLSA; Lehr, 1993) found that subjective health was a better predictor of longevity than objective health.

Although several problems arise with the use of several methods/several sources of data, the complexity of the QoL construct requires a multimethod/multidatasource approach, at least for the basic investigation when an instrument is being developed.

Psychometric guarantees

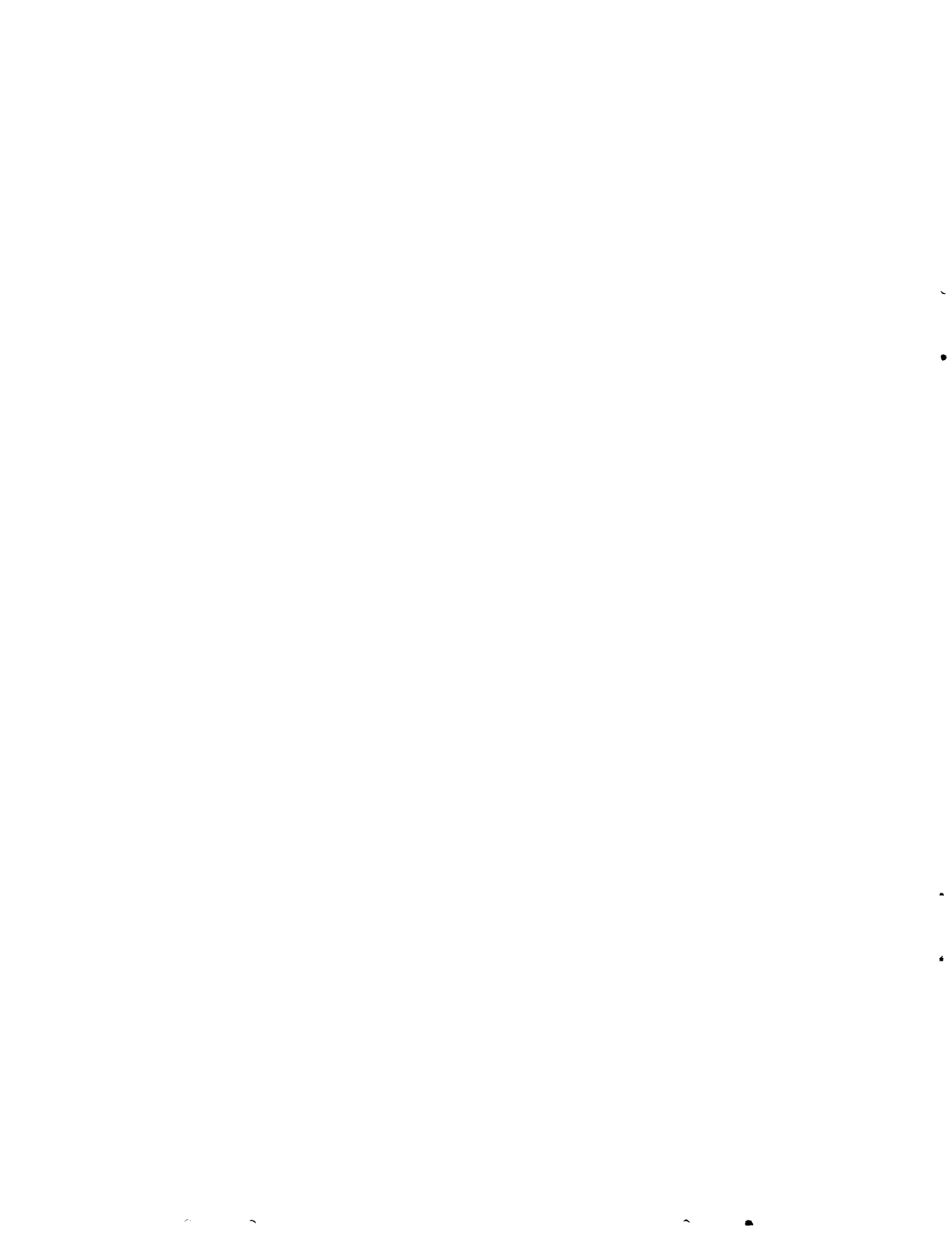
As in the measurement of other constructs, QoL instruments must present certain psychometric properties. *Reliability* (internal consistency and test-retest correlations), *validity* (criterion-related and construct validity), and *sensitivity to change* are the most important psychometric properties reported in QoL measurement (Cronbach et al., 1972; Messik, 1995).

Internal consistency (that is, item generalizability assessed through the association across items in a given instrument) has been reported in the majority of QoL instruments. Since QoL is a multidimensional construct, internal consistency is not applicable to the whole QoL instrument but to its subscales. For example, in the case of the Rand Health Status Measure-36 (MOS-36; Ware, 1989) internal consistency reliability coefficients range from moderate to high (from .67 to .90) in its different subscales. Internal consistency varies with the extent of the domain assessed and, therefore, a longer subscale has better reliability coefficients.

Test-retest (or time generalizability) is assessed through the administration of a given instrument (or subscale) at two points in time. For example, test-retest reliability for the six Nottingham Health Profile (NHP; Hunt et al., 1981) domains ranged from .77 (energy subscale) to .85 (physical mobility and sleep subscales). Test-retest reliability depends on the stability of a given domain; for example, cultural or financial resources are usually very stable ingredients of QoL, while pain is strongly related to health and illness. Also, life satisfaction is a very stable personality characteristic. For example, the reported life satisfaction of several representative sample of the Spanish population from 18 to more than 85 years does not yield age differences (CIRES, 1995). In other words, the nature of a given domain—as a trait or as a state—must be taken into consideration when test-retest reliability correlations are considered and interpreted (Fernández-Ballesteros, 1992).

Criterion-related validity has been tested with well-known groups (age groups, different levels of pathology groups, etc.). For example, in rheumatoid arthritis and hip replacement, the Sickness Impact Profile (SIP; Bergner et al., 1981) total score correlates above .80 with specific measures of patients' functioning (Anderson, Aaronson, & Wilkin, 1993). But, these high correlations depend on the nature of the construct assessed for a given domain. When SIP emotional domains are correlated with another instrument assessing the same variables (e.g. anxiety or depression) correlations are only moderate.

Since QoL is a construct with different domains, construct validity is one of the most important ways of testing it. Factorial analysis, convergent and



discriminant analysis, multimethod-multitrait matrices are very good avenues for assessing QoL instruments. For example, as mentioned earlier, in our QoL Questionnaire validation studies, for different samples and different sources of data, we obtained a very close factorial structure (Fernández-Ballesteros & Maciá, 1996; Fernández-Ballesteros, Zamarrón, & Maciá, 1997).

Finally, several authors emphasize the importance of QoL measures for program evaluation (e.g. Kaplan & Bush, 1982), since QoL measures are used to monitor change over time, sensitivity to treatment/program is one of the most important characteristics. For example, Ruiz and Baca (1993) assessed the Quality of Life Questionnaire's ("Cuestionario de Calidad de Vida", CCV) sensitivity to change by comparing treated and non-treated insomnia subjects. Significant differences ($p < .001$) between pre- and post-treatment scores, in the predicted direction, were found both in CCV total score and in all domain scores (social support, general satisfaction, physical/psychological well-being, and absence of work overload/free time).

Data quality

Data quality depends on several conditions, including who is assessed, who assesses, the assessment situation, and, of course, the instrument used (see Arnold, 1991). Since we are dealing with the measurement of QoL, we are going to consider only two sources of error: influence of response biases and the widespread use of a given instrument.

Responses to questionnaires or interviews unrelated to any non-test conditions of interest constitute, by definition, data error variance. As was emphasized by Lanyon and Goodstein (1971, p. 141), "strong effort must be exerted to eliminate or to substantially reduce them". Since QoL instruments are mainly based on self-report and interviews, sets of responses such as social desirability, lying, faking, self-deception, acquiescence are sources of error in QoL data. In spite of the importance of these sources of distortion, very little research has been conducted in this area.

For example, Fernández-Ballesteros, Zamarrón, and Maciá (1997) found that, a representative sample of 65-year-old subjects with high scores on a Lying Scale reported significantly better health (perceived health, chronic diseases, number of drugs taken, pain, and mental health), and higher life satisfaction than those scoring low on Lying. Since we are not sure about the real meaning of Lying Scales in gerontology research, it is difficult to conclude either that liars distort their responses or that liars are really healthier and happier. In any case, however, more research must be conducted in order to clarify and control this and other similar sources of error.

Linked to the universal character of the QoL concept, the international literature, defined mainly on health-related QoL research, is vast and rapidly expanding. Instruments developed in a specific language/culture have been translated

and/or adapted to other languages/contexts. As Anderson et al. (1993, p. 390) point out: "It is difficult, if not impossible to make definitive statements about cross-cultural equivalence of measures". A review of the cross-cultural QoL literature points to the existence of two main problems: inappropriate translation/adaptation methods and the lack of investigation on psychometric properties in the new culture. The conclusion from the analysis of the most widely used QoL instruments was that "none of the instruments reviewed were judged to have data available for all aspects of measurement equivalence considered . . . too often, health-related QoL measures have simply been translated into another language, linguistically, and immediately used in research with the assumption that the essential properties of the original instrument have been preserved" (Anderson et al., 1993, p. 390). As is well known, psychometric properties in the "original" (domain) version are not guaranteed in the new target version. Since international guidelines have been developed for test translation/adaptation, much more attention must be paid to this process in cross-cultural research on QoL (Hambleton, 1994). In sum, much more concern must be given to the psychometric properties of QoL instruments.

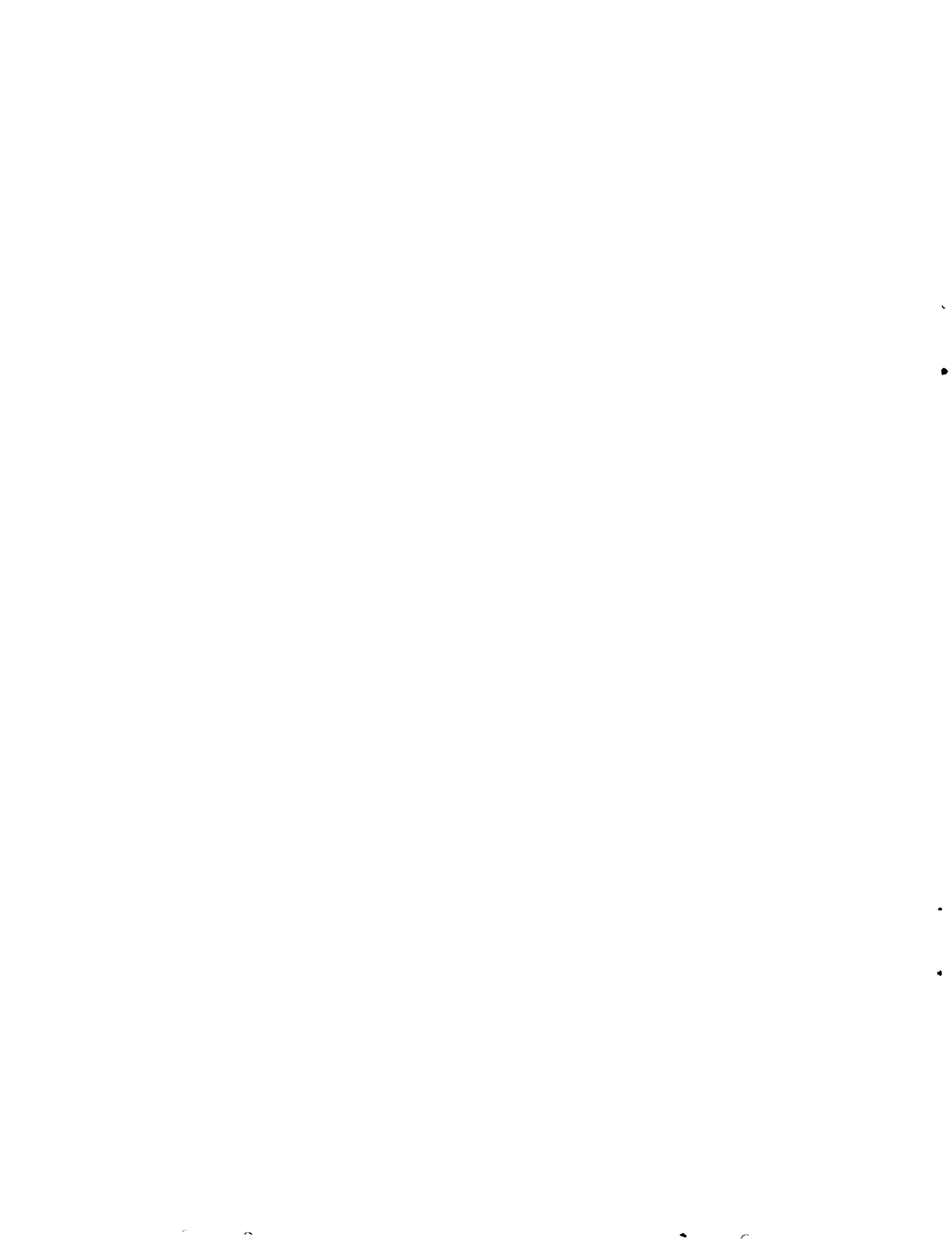
CONCLUSIONS

Quality of Life is becoming an increasingly important multicontextual and multidimensional concept. In spite of the fact that QoL is defined mainly through psychological components, Psychology seems to be less involved than other scientific disciplines. Although multidimensionality is commonly accepted, the majority of instruments are so-called health-related quality of life measures, and have been developed exclusively in the medical field.

Although there is no commonly accepted QoL definition, there is some consensus regarding the dimensions involved in QoL, but several problems exist with regard to its conceptualization. Despite the fact that there is agreement that QoL includes both personal and external components, as well as subjective and objective indices, self-reports about subjective conditions are the basic method for collecting QoL data, but observational methods must be used in assessing environmental QoL factors. In this respect, a more ecological approach, the recourse to triangulation and to the use of a diversified methodology or multi-methodism are required.

Several authors emphasize the idiographism of QoL and our conclusion is that a normative perspective does not prevent the idiographic use of standard domains.

The field of QoL measurement is changing rapidly and several dozens of instruments have been developed in recent decades. However, although some of them inform about psychometric properties, others are in a very immature state as scientific measurement devices. In spite of the fact that the majority of instruments are self-report measures, very few results about potential response



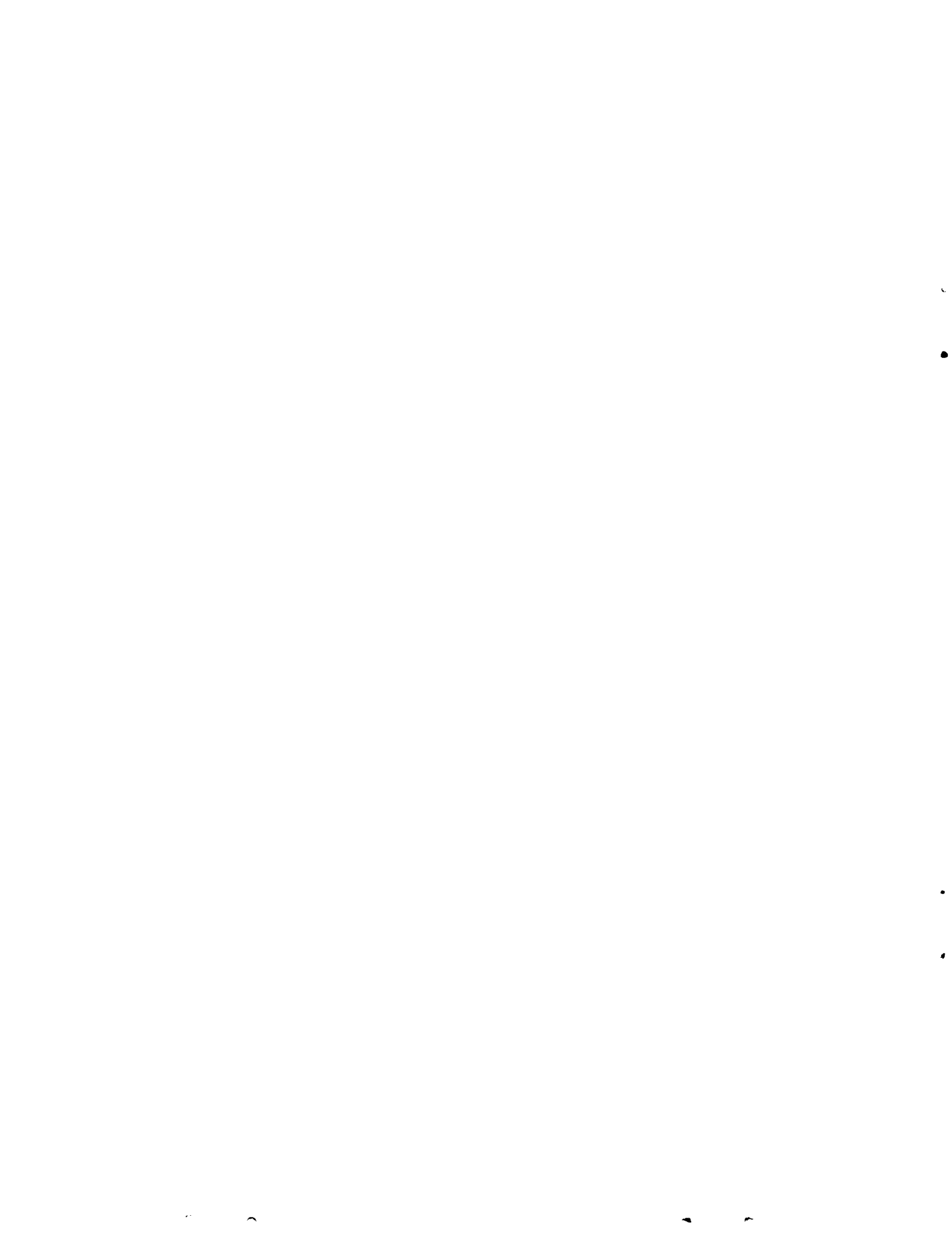
distortions have been provided. On the basis of beliefs about the universality of this construct, several instruments have been translated into different languages/cultures without having been submitted to a rigorous process of test adaptation and psychometric evaluation. We have no proof as yet of the universal character of QoL; there are critical problems of instrument translation/adaptation and lack of psychometric guarantees. The generalization of QoL research is extremely limited.

For all these reasons, psychology and psychologists should be much more involved in QoL conceptualization and assessment.

REFERENCES

- Abeles, R. P., Gift, H. C., & Ory, H. G. (Eds.). (1994). *Aging and quality of life*. New York: Springer.
- Andersen, R. M., Davidson, P. L., & Ganz, P. A. (1994). Symbiotic relationships of quality of life, health services research and other health research. *Quality of Life Research, 3*, 365-371.
- Anderson, R. T., Aaronson, N. K., & Wilkin, D. (1993). Critical review of the international assessments of health-related quality of life. *Quality of Life Research, 2*, 369-395.
- Apajasalo, M., Sintonen, H., Holmberg, C., Sinkkonen, J., Aalberg, V., Pihko, H., Siimes, M. A., Kaitila, I., Mäkelä, A., Rantakari, K., Antila, R., & Rautonen, J. (1996). Quality of life in early adolescence: A sixteen-dimensional health-related measure (16D). *Quality of Life Research, 5*, 205-211.
- Arnold, S. B. (1991). Measurement of quality of life in frail elderly. In J. E. Birren, (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* pp. 28-73. San Diego, CA: Academic Press.
- Bergner, M., Bobbit, R., Carter, W., & Gilson, B. (1981). Sickness impact profile: Development and final version of a health status measure. *Medical Care, 19*, 787-805.
- Biedwenharn, J., & Baslin, B., (1991). Elderly community residents' reactions to the nursing home: An analysis of nursing home-related beliefs. *The Gerontologist, 31*, 1, 107-115.
- Birren, J. E., & Dieckmann, L. (1991). Concepts and content of quality of life in later years: An overview. In J. E. Birren (Ed.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 344-360). San Diego, CA: Academic Press.
- Brorsson, B., Ifver, J., & Hays, R. D. (1993). The Swedish health-related quality of life survey (SWED-QUAL). *Quality of Life Research, 2*, 33-45.
- Browne, J. P., O'Boyle, C. A., McGee, H. M., Joyce, C. R. B., McDonald, N. J., O'Malley, K., & Hiltbrunner, B. (1994). Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of Life Research, 3*, 235-244.
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America*. New York: McGraw-Hill.
- CEOTMA, & CIFCA. (1982). *Calidad de vida, medio ambiente y ordenación del territorio: Textos internacionales* [Quality of life, environment and territory: International documents]. Madrid: MOPU.
- Cronbach, L. J., Gleser, G. C., Nando, H., & Rajaratman, N. (1972). *The dependability of behaviour measurements theory of generalizability for series and profiles*. New York: Wiley.
- CIRES. (1995). *Estudio sobre la realidad social española 1993-94* Madrid: Centro de Investigación de la realidad social española.
- Dimsdale, J. E., & Baum, A. (Eds.). (1995). *Quality of Life in Behavioral Medicine*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Duke University. (1978). *Multidimensional functional assessment: The OARS methodology*. Durham, NC: Center for the Study of Aging and Human Development.

- EuroQoL group. (1990). EuroQoL: A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 2, 153-159.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud* [Myth and reality about aging and health]. Barcelona: SG Ed.
- Fernández-Ballesteros, R. (1993). The construct of quality of life among the elderly. In E. Beregi, I. A. Gergely, & K. Rajzi (Eds.), *Recent Advances in Aging and Science* (pp. 1627-1630). Milano: Monduzzi.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). Las demandas de servicios sociales por la población mayor. In J. Díez Nicolás (dir.), *Los mayores [The elders]*. Madrid: Fundación Cuja Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R., & Maciá, A. (1993). Calidad de vida en la vejez [Quality of life in the elderly]. *Revista de Intervención Psicosocial*, 5, 77-94.
- Fernández-Ballesteros, R., & Maciá, A. (1996). Informes de allegados sobre los mayores y de estos sobre sí mismos [Proxys' reports about the elderly and elders' self-reports]. *Revista de Gerontología*, 6, 20-29.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., & Maciá, A. (1997). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos* [Quality of life among the elderly in different contexts]. Madrid: INSERSO.
- Ferrell, B. R., Wisdom, C., & Wenzl, C. (1989). Quality of life as an outcome variable in the management of cancer pain. *Cancer*, 63, 2321-2327.
- Flanagan, J. C. (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 33, 138-147.
- Fowle, M., & Berkeley, J. (1987). Quality of life: A review of the literature. *Family Practice*, 4, 226-234.
- George, J. K., & Bearon, L. B. (1980). *Quality of life in older persons: Meaning and measurement*. New York: Human Science Press.
- Gibson, J. J. (1966). *The senses considered as perceptual systems*. Boston: Houghton Mifflin.
- Guillen, F., Caballero, J. C., Guijarro, J. L., Reus, J. M., Sempere, R., Sagués, F., Tobares, N., Viguera, S., & Rodríguez, L. (1990). Escalas de valoración en geriatría. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 25, 1, 683-691.
- Gill, W. M. (1984). Subjective well-being: properties of an instrument for measuring this (in the chronically ill). *Social Science Medicine*, 18, 683-691.
- Hadorn, D. C., & Hays, R. D. (1991). Multitrait-multimethod analysis of health-related quality of life measures. *Medical Care*, 29, 9, 829-840.
- Hambleton, R. K. (1994). Guidelines for adapting educational and psychological tests: A progress report. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 229-244.
- Hughes, B. (1990). Quality of life. In S. M. Sheila & M. Peace (Eds.), *Researching social gerontology: Concepts, methods and issues* (pp. 46-58). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hunt, S. M., McKenna, S. P., McEwen, J., Backett, E. M., Williams, J., & Papp, E. (1981). A quantitative approach to perceived health status: A validation study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 34, 281-286.
- Kaplan, R. M. (1995). Quality of life, resource allocation, and the US health-care crisis. In J. E. Dimsdale & A. Baum (Eds.), *Quality of Life in Behavioral Medicine Research*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kaplan, R. M., & Bush, J. (1982). Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*, 1, 61-80.
- Lanyon, R. L., & Goodstein, L. D. (1971). *Personality assessment*. New York: Wiley.
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In J. E. Birren (Eds.), *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly* (pp. 3-27). San Diego: Academic Press.
- Lehr, U. (1993). A model of well-being in old age and its consequences for further longitudinal studies. In J. J. F. Schorroots (Ed.), *Aging, health and competence* (pp. 293-302). Amsterdam: Elsevier.



- Messick, S. (1995). Validity of psychological assessment. *American Psychologist*, *50*, 741-749.
- McGee, H. M., O'Boyle, C. A., Hickey, A., O'Malley, K., & Joyce, C. R. B. (1991). Assessing the quality of the individual: The SEIQoL with healthy and gastroenterology unit population. *Psychological Medicine*, *21*, 749-759.
- Naughton, M. J., & Wiklund, I. (1993). A critical view of dimension-specific measures of health-related quality of life in cross-cultural research. *Quality of Life Research*, *2*, 397-432.
- Neisser, U. (1976). *Cognition and reality*. San Francisco, CA: Freeman.
- Nelson, E., Wasson, J., & Kirk J. (1987). Assessment of function in routine clinical practice: Description of the COOP chart method and preliminary findings. *Journal of Chronic Disease*, *40*, 55S-63S.
- NERI. (1992, Winter). Neri HQL. *New England Research Institute Newsletter*, 1-3.
- Palys, T. S., & Little, B. R. (1983). Perceived life satisfaction and the organization of personal project system. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*, 1221-1230.
- Patrick, D. L., Danis, M., Southerland, I., & Hong, G. (1988). Quality of life following intensive care. *Journal of General Internal Medicine*, *3*, 218-223.
- Pearlman, R. A., & Uhlmann, R. E. (1991). Quality of life in elderly chronically ill outpatients. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, *46*, 2, M31-M38.
- Rufining-Rahal, M. A. (1991). Initial psychometric evaluation of a qualitative well-being. *Health Values*, *15*, 2, 10-20.
- Ruiz, M. A., & Baca, E. (1993). Design and validation of the "Quality of Life Questionnaire": A generic health-related perceived quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, *9*, 19-32.
- Sampson, E. E. (1981). Cognitive psychology as ideology. *American Psychologist*, *36*, 730-743.
- Spitzer, W. O., Dobson, A. J., Hall, J., Chesterman, E., Levi, J., Shepherd, R., Battista, R. N., & Catchlove, B. R. (1981). Measuring the quality of life of cancer patients. *Journal of Chronic Disease*, *34*, 585-597.
- Stewart, A. L., & King, A. C. (1991). Evaluating the efficacy of physical activity. *Annals of Behavioral Medicine*, *13*, 3, 108-116.
- Stewart, A. L., & King, A. C. (1994). Conceptualizing and measuring quality of life in older populations. In R. P. Abeles, H. C. Gift, & H. G. Ory (Eds.), *Aging and Quality of Life* (pp. 27-54). New York: Springer.
- Tolman, E. C. (1941). Psychological man. *Journal of Social Psychology*, *13*, 205-218.
- Ware, J. E., Brook, R. H., Davies, A. R., & Loht, K. N. (1981). Choosing measures of health status for individuals in general populations. *American Journal of Public Health*, *71*, 620-625.
- Ware, J. (1989). *A short form general health survey* (P-7444). Santa Monica, CA: The RAND Corporation.
- Windelband, W. (1904). *Geschichte und Naturwissenschaft*. Estrasburg: Heitz.
- Wood-Dauphinee, S. L., Optzooomer, M. A., Williams, J. J., Marchand, B., & Spitzer, W. O. (1988). Assessment of global function: The reintegration to normal living index. *Archives of Medicine and Rehabilitation*, *69*, 583-590.
- World Health Organization. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, *2*, 153-159.

CHAPTER TWENTY

Alcohol and intentions to engage in risky health-related behaviors: Experimental evidence for a causal relationship

Tara K. MacDonald

University of Lethbridge, Alberta, Canada

Mark P. Zanna

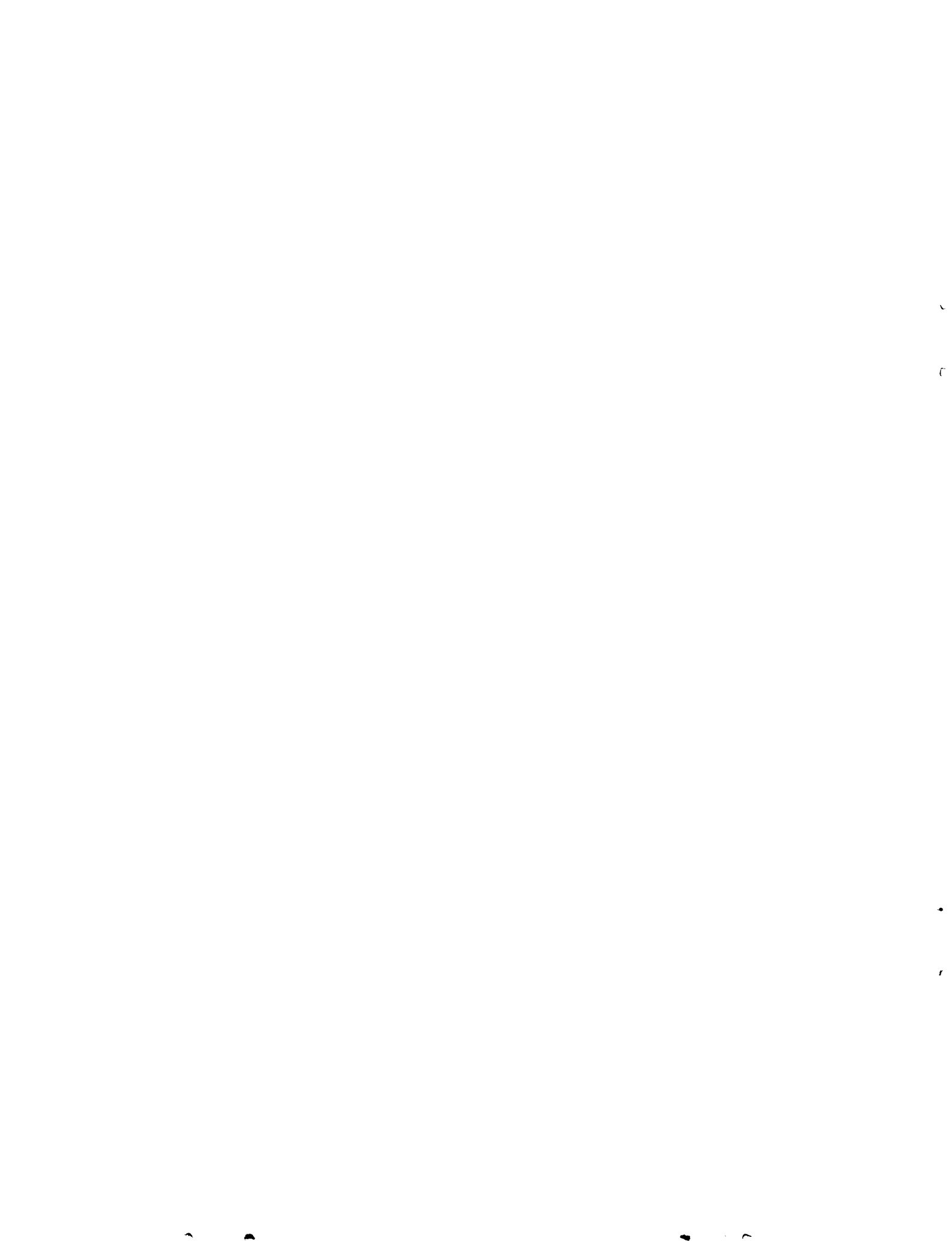
University of Waterloo, Ontario, Canada

Geoffrey T. Fong

University of Waterloo, Ontario, Canada

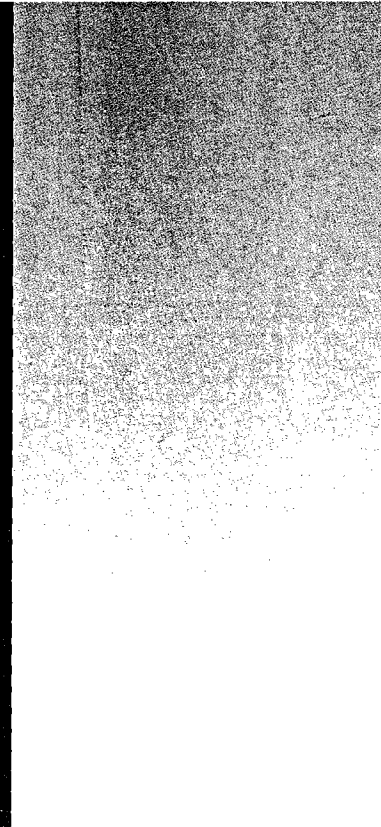
There is a common assumption that alcohol is a general disinhibitor, sometimes causing people to be more relaxed and outgoing, and sometimes causing antisocial behavior. Prior research has shown that alcohol is associated with numerous harmful behaviors that are costly to individuals and to society. Most of this research, however, has been correlational; thus, the nature of the relationship between alcohol and risky behaviors is not clear. In this chapter, we review experimental evidence demonstrating that alcohol intoxication can cause greater intentions to engage in risky health-related behaviors, such as drinking and driving, or having unprotected sexual intercourse. We hypothesize that the mechanism underlying the relationship between alcohol and intentions to engage in risky behavior is alcohol myopia (Steele & Josephs, 1990). Alcohol intoxication restricts cognitive capacity, so that people attend to the most salient cues in a situation. Implications of this theoretical perspective for designing effective change programs are discussed.

On suppose généralement que l'alcool est un disinhibiteur général qui rend parfois les gens plus relaxés et plus extravertis, provoquant parfois un comportement antisocial. Les recherches antérieures ont démontré que l'alcool est associé à plusieurs comportements nuisibles qui sont coûteux pour l'individu et pour la société.



VOLUMETTO
ESTRATTO DA:

RECENT ADVANCES IN AGING SCIENCE



Edited by
E. BEREGI
I. A. GERGELY
K. RAJCZI

MONDUZZI EDITORE

The construct of quality of life among the elderly

R. FERNANDEZ-BALLESTEROS

Facultad de Psicología, Universidades Autonomas, Madrid (E)

The XVth Congress
of the International
Association of
Gerontology

Budapest, Hungary
4-9 July 1993

SUMMARY

The concept of Quality of Life (QL) is playing an exceptional role in Gerontology. All models and conceptualizations have been established and defined by experts. Nevertheless, QL is also a common expression ("pop QL" concept) used by the elderly; that is, what they mean by "quality of (their) life". We have conducted an exploratory study in order to investigate what are the most important components of the QL concept of the elderly. From our results we can state that pop QL concept is quite similar to the expert concept and that both concepts fit quite well into the factorial structure found.

INTRODUCTION

The concept of Quality of Life (QL) is playing an exceptional role in Gerontology. Modern welfare society has the goal of improving QL among the elderly, and many international organizations have called for QL measurement (WHO, 1992). It has been suggested that the first requirement of QL measures is its previous conceptualization. Therefore, many theoretical models have been proposed and many efforts have been made in order to operationalize this concept from a multidimensional perspective, and by means of objective and subjective indicators (Hughes, 1990). A summary of our QL concept is presented; in Figure 1 both personal and socio-environmental factors taken into account are shown, whilst in Figure 2 subjective and objective QL elements are proposed.

All QL models and conceptualizations have been established and defined by experts. Nevertheless QL is also a common expression ("pop QL" concept) used by the elderly; that is, what they mean by "quality of (their) life".

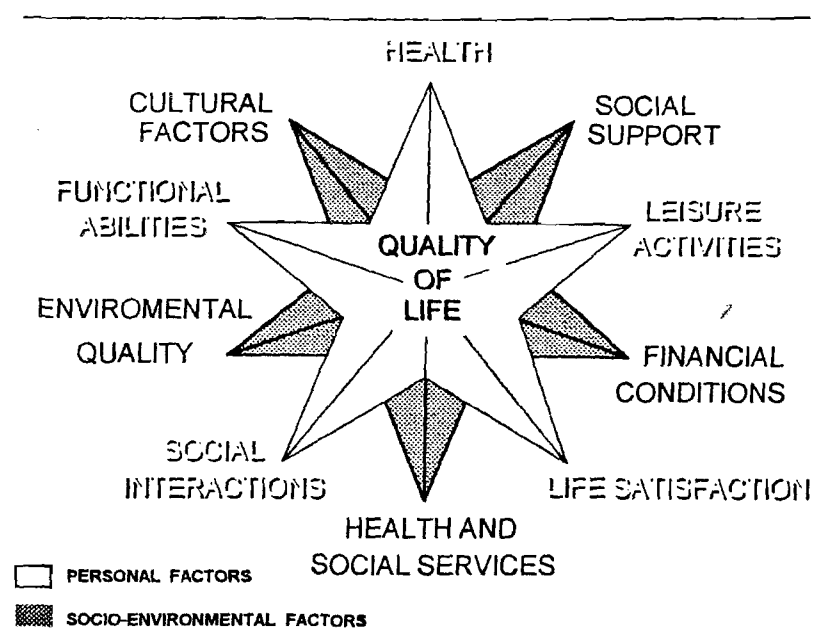


Figure 1 (Fernández-Ballesteros, 1992)

**QUALITY OF LIFE MULTIDIMENSIONALITY:
PERSONAL AND SOCIO-ENVIRONMENTAL FACTORS**

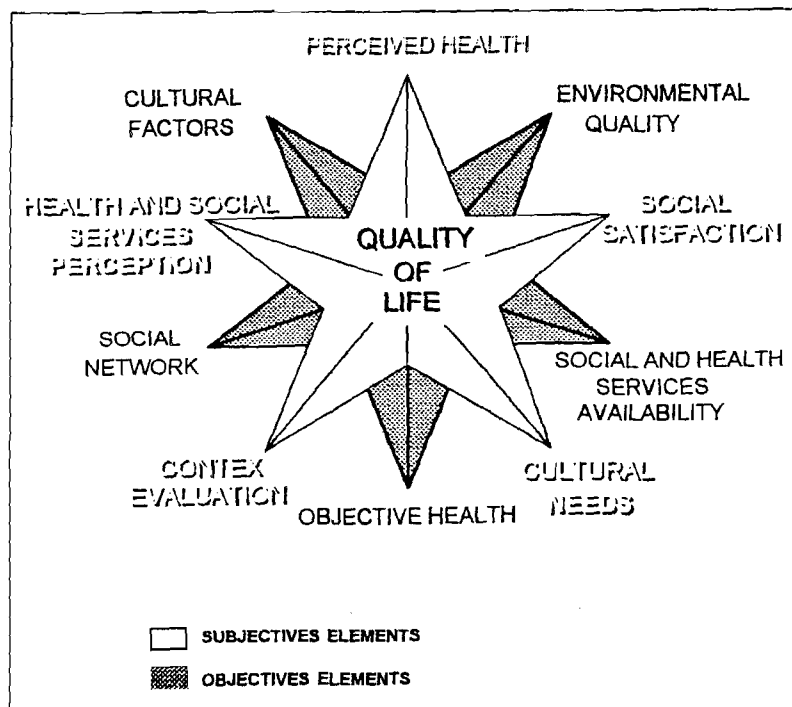


Figure 2 (Fernández-Ballesteros, 1992)

**OBJECTIVES AND SUBJECTIVES FACTORS
DEFINING QUALITY OF LIFE**

We have conducted an exploratory study in order to investigate what are the most important components of the QL concept of the elderly. Also, we have investigated whether several dimensions proposed as elements or ingredients of quality of life could be tested empirically.

MATERIALS AND METHODS

Two hundred and five Spaniards over 65 years old (range 65-90; X age: 73; 80 men, 116 women) were surveyed by means of a structured interview conducted by CIRES (May, 1993). These subjects belong to a subsample of a representative sample of Spanish population over 18 years old (sample error $\pm 3\%$).

In order to test what components "pop QL" concept has, subjects were invited to report which he/she considers to be the first, second and third most important aspects for quality of life among 9 items (good health, autonomy, good interpersonal relationships, good pension, being active, good social and health services, good housing, environmental quality, learning new things, life satisfaction). In an open question they were also asked about other components of QL.

Furthermore, in order to test empirically the structure of quality of life, 47 questions concerning several QL dimensions -both personal and socio-environmental- were asked.

These related to: perceived health, functional abilities (AVD I, AVD II), leisure activities, social satisfaction, financial and educational status, social network, and quality of social and health, and quality of housing.

In order to test expert and pop QL concepts, statistical proportion differences were calculated concerning gender, age, and financial status. A factorial analysis (principal components, VARIMAX rotation; 4.1 BMDP) was conducted in order to establish the structure of our data.

RESULTS AND DISCUSSION

Table 1 shows percentage of subjects answering each QL component in the 1st, 2nd, and 3rd place. Good health, autonomy, having good pension, family and friends relationships, being active, and good health and social services are the most important components of QL among the elderly. Other aspects such as good housing, environmental quality, learning new things and life satisfaction received very few selections. No other aspects were suggested to be important by our subjects.

No significant differences in QL components selected were found according to gender, the three socioeconomic level or the age conditions.

Factorial analysis yielded 9 factors (with eigenvalue $> .1$; loadings below .40 were considered for the selection of the variables for the interpretation of each factor, and only 5 variables failed to reach this requirement). The 9 factors accounted for 85.69% of the explained variance (e.v.). Factor I, Functional abilities 1 (AVD I) (e.v. 23%) is described by elements concerning daily life care. Factor II, Services Quality (e.v. 11%), is described by perceived quality of state, regional, local and private health and social services. Factor III, Functional abilities 2 (AVD II) (e.v. 10%); elements with high loading are concerned with daily life activities such as shopping, cooking, etc. Factor IV, Social Satisfaction (e.v. 9%) could be described by elements concerning level of social satisfaction in people of different ages. Factor V, Health, (e.v. 8%) is described by variables related with perceived health. Factor VI, Social support and housing (e.v. 6%), introduces 2 items concerning number of people visiting the subject and quality of housing. Factor VII, Culture Factors

TABLE 1

PERCENTAGE ELECTIONS

	FIRST OPTION	SECOND OPTION	THIRD OPTION
GOOD HEALTH	78	8.8	2.4
AUTONOMY	11.2	48.3	7.3
BEING ACTIVE	1	8.8	17.1
GOOD S. & H. SERVICES	3.9	5.9	12.7
GOOD S. RELATIONSHIPS	2	9.3	17.1
GOOD HOUSING	1	4.9	9.3
GOOD PENSION	1	9.3	22.4
LIFE SATISFACTION	-	1.5	5.9
ENVIRONMENTAL QUALITY	-	-	0.5
LEARNING NEW THINGS	1.5	-	1
OTHERS (NO LISTED)	-	-	-
NONE	0.5	1	2
NS/NC	-	2	2.4

Fernández-Ballesteros & Maciá (1993)

(e.v. 7%), presents elements concerning cultural activities (e.g. going to the theater, reading) and educational level. Factor VIII, Leisure activities (e.v. 6%); items loading in this factor are related with leisure activities such as going to Church, walking, etc. Factor IX, Various (e.v. 4%) is described by miscellaneous activities such as taking care of children, financial management, etc.

From these results we can state that pop QL concept is quite similar to the expert concept (Figure 1) and that both concepts fit quite well into the factorial structure found. An extended version of these results can be found in Fernández-Ballesteros and Macia (1993)

Other confirmatory studies are being conducted in order to confirm the results yielded and to enlarge to subjective/objective dimensions our model of quality of life.

REFERENCES

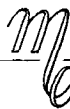
Fernández-Ballesteros, R.: Dimensiones en la evaluación de la calidad de vida. Unpublished Manuscript Autonoma University of Madrid, 1992.

Fernández-Ballesteros, R. & Macia, A.: Calidad de vida en la vejez Intervencion social, 4., 1993

Hughes, B.: Quality of Life. In Peace, S.M. (Ed.): Researching Social Gerontology. Concepts, Methods and Issues Beverly Hills: Sage, 1990.

World Health Organization: Healthy Aging Geneva, WHO, 1990.

MONDUZZI



EDITORE

VIA FERRARESE, 119/2
40128 BOLOGNA

TEL. (051) 370337 - FAX (051) 370529
TELEX 512654 MONDBO I