



ORIGINAL / Sección Ciencias Sociales y del Comportamiento

Diseño y validación de una escala de satisfacción y calidad de vida para usuarios de centros residenciales y sociosanitarios

Luciano Literas^{a,*}, Albert Navarro^b y María Dulce Fontanals^a

^a Fundación SAR, Barcelona, España

^b Unidad de Bioestadística, Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de mayo de 2009

Aceptado el 22 de abril de 2010

Palabras clave:

Satisfacción
Calidad de Vida
Cuestionario
Centro residencial
Validez

RESUMEN

Fundamentos: En una aproximación integral al cuidado de personas mayores, es fundamental la promoción del bienestar personal y emocional, y con ellos también la construcción de instrumentos para evaluar resultados. Esta aproximación requiere considerar la percepción subjetiva de las personas atendidas, mediante evidencias recogidas por indicadores que expresen impactos y satisfacción. Con este objetivo se ha construido y validado la Escala de Satisfacción y Calidad de Vida percibida Fundación SAR (SyCV-FSAR) para centros residenciales y sociosanitarios.

Métodos: Para la definición del cuestionario se realizaron revisiones bibliográficas de instrumentos disponibles para el análisis de la satisfacción y calidad de vida, entrevistas en profundidad y grupos focales con profesionales de geriatría (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, técnicos de calidad, etc.). El cuestionario se aplicó en una prueba piloto y una encuesta final. La validez de constructo del cuestionario se valoró mediante análisis factorial (AF), técnica de factorización de ejes principales y rotación Oblimin. La comprobación de los supuestos de aplicabilidad se realizó mediante pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin y de esfericidad de Bartlett. El análisis de la fiabilidad, a través de la consistencia interna medida, se calculó por medio del α de Cronbach.

Resultados: La encuesta final se administró a 475 usuarios, 69,1% del total de personas evaluadas que cumplían los criterios de inclusión. El 60,0% eran mujeres, el promedio de edad 82,1, teniendo el 47,2% de ellos entre 75–84 años y MMSE de 27. El AF identificó 3 factores («Servicio y atención residencial», «Entorno personal» y «Relaciones interpersonales») que explican el 27,5% de la variabilidad total. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0,80 y la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa ($p < 0,001$). SyCV-FSAR mostró una elevada consistencia interna (α de Cronbach=0,82).

Conclusiones: Según los resultados obtenidos a lo largo del estudio puede afirmarse que la Escala SyCV-FSAR es una herramienta fiable, sencilla y de rápida aplicación, que recoge la percepción de los usuarios sobre los aspectos claves de la calidad de vida en centros residenciales y sociosanitarios.

© 2009 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Design and validation of a satisfaction and quality of life scale for users of residential and social care centres

ABSTRACT

Keywords:

Satisfaction
Quality of Life
Questionnaire
Residential Centre
Validity

Background: In a comprehensive approach to ageing care, the promotion of personal and emotional well-being is fundamental, as well as the development of tools to evaluate outcomes. This approach needs to take into account the subjective perception of the elderly by gathering evidence using indicators that express impacts and satisfaction. Thus, the SAR Foundation's Satisfaction and Quality of Life Scale (SyCV-FSAR) has been developed and validated to assess well-being in residential care settings.

Methods: Bibliographical reviews, interviews and focal groups with professionals (doctors, nurses, social workers, quality managers, etc.) were conducted to define the questionnaire that was first piloted and then applied in a final survey. Test of validity was carried out by factorial analysis (FA), principal axis factoring and Oblimin rotation. The sampling adequacy was measured by Kaiser-Meyer-Olkin test and Bartlett's sphericity. Test of reliability was carried out by internal consistency analysis (Cronbach's alpha).

Results: A total of 475 users took part in the survey, 69.1% of those who fulfilled the criteria. Of these 60.0% were women, an average age 82.1, 47.2% of them between 75 and 84 years old, with a MMSE of 27. The FA identified three factors ("Residential service and geriatric care", "Personal framework" and "Social relationships") that explained 27.5% of the total variability. The measure of sampling adequacy by Kaiser-Meyer-Olkin test was 0.80, and the Bartlett's sphericity test was significant ($P < 0.001$). The global α Cronbach was 0.82.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lliteras.fundacion@sar.es (L. Literas).

Conclusions: According to the results obtained in the study we can conclude that the SyCV-FSAR Scale is a reliable, simple and easy-to-apply tool, which gathers the users' perception on key aspects of daily life in residential and social care centres.

© 2009 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En el ámbito social y sanitario se han desarrollado un número creciente de modelos de protocolización y registro del proceso asistencial para evaluar, analizar y mejorar la calidad del cuidado, sustentados en la eficacia —ofreciendo respuesta a las necesidades y demandas de las personas—, la efectividad —promoviendo la implicación de profesionales— y la eficiencia —evaluando y comprobando si se ha logrado brindar un servicio de calidad a partir de los medios empleados y resultados obtenidos—. Sin embargo, la progresiva profesionalización y formalización del cuidado asistencial muchas veces ha dejado pendiente la construcción de instrumentos fiables y consistentes para evaluar la percepción de las personas, hecho en el que ha influido la excesiva medicalización de la atención y la consideración de los usuarios como objeto pasivo de intervención^{1,2}.

En una aproximación holística e integral sobre el cuidado, juega un papel central la promoción del bienestar personal y emocional, y con él también el diseño y construcción de instrumentos para evaluar el alcance de sus logros. Por esta razón, se requiere analizar la percepción de los usuarios mediante evidencias empíricas de base científica, recogidas por indicadores que expresen impactos y satisfacción^{3–5}. Esto resuelve un problema metodológico central en el estudio de la calidad: la limitación de los indicadores técnicos para «abordar cuestiones existenciales sutiles e intangibles de las personas»⁶, y la dificultad de evaluar la percepción de las personas respecto al apoyo proporcionado por los servicios y el nivel de satisfacción social con respecto a estos.

Desde la definición inicial propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷ y la construcción de la primera escala con el propósito de medirla (Karnofsky Performance Status Scale), la calidad de vida (CV) ha estado sujeta a una importante tendencia de cambio conceptual: progresivamente se ha pasado de un enfoque unidimensional, basado en indicadores estadísticos que medían el bienestar de un grupo haciendo referencia a condiciones estrictamente objetivas, a una orientación finisecular que incluye el punto de vista subjetivo y con él consolida un enfoque multidimensional^{8,9}. El resultado ha sido un concepto integrador y global, pertinente para advertir condiciones objetivas y subjetivas que determinan la CV de una persona o grupo. En este cambio conceptual juega un papel relevante la inclusión de la satisfacción personal como dimensión, abriendo un nuevo campo en la evaluación y mejora de los servicios sociales y sanitarios¹⁰.

La satisfacción es el grado de aceptación y conformidad con los aspectos interpersonales y no interpersonales de la atención, de acuerdo a expectativas propias; es la percepción sobre la cobertura de necesidades personales en entornos humanos y materiales específicos de acuerdo a la evaluación subjetiva de sus propiedades y características^{11,12}. En consecuencia, la gestión de la calidad total se centra en el usuario, mediante estrategias sistemáticas para analizar y mejorar resultados que incluyen su punto de vista¹³. El empleo de estas estrategias no es exclusivo del aspecto objetivo del problema (el análisis y la evaluación de la calidad del cuidado), también debe aplicarse con el propósito de recoger la percepción personal sobre el entorno y la atención. La integración de ambos aspectos permite consolidar una herramienta multidimensional, plausible de recoger experiencias

subjetivas y condiciones objetivas^{14–16}. La CV puede definirse entonces como un concepto analítico integrador, sensible a la mirada que el propio individuo tiene de sus circunstancias y entorno.

El objetivo de este artículo es presentar los resultados del diseño y validación de SyCV-FSAR, escala de Satisfacción y Calidad de Vida percibida de usuarios de centros residenciales y sociosanitarios.

Material y métodos

Para la elaboración de SyCV-FSAR se realizó de modo preliminar una revisión de instrumentos disponibles de análisis de CV y satisfacción de usuarios de centros sociales y sanitarios. A diferencia de los cuestionarios que valoran el impacto de discapacidades o enfermedades crónicas en la satisfacción personal (por ejemplo MOS SF-36¹⁷, QOLS¹⁸ y otros más específicos^{19,20}), son escasos los dirigidos a personas mayores usuarias de servicios sociales, sin una patología determinada. De la revisión bibliográfica realizada, sin ser específicos de servicios residenciales, destaca en primer lugar la Escala FUMAT¹⁶, que adapta a esta población las dimensiones propuestas por Schallock y Verdugo²¹ para evaluar la CV: bienestar emocional, físico y material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos. Los resultados de su aplicación en 100 usuarios, dieron coeficientes de consistencia interna elevados en la mayoría de dimensiones (α de Cronbach 0,96; Spearman Brown 0,89), a excepción de la relativa a bienestar material. En segundo lugar, el cuestionario CUBRECAVI²², basado en el concepto de CV propuesto por la OMS y constituido por 9 dimensiones que aluden a la satisfacción con la vida, integración social, salud, habilidades funcionales, actividad, calidad ambiental, educación, ingresos y servicios sociales y sanitarios. Lo novedoso de esta escala es que añade una pregunta sobre la importancia que el sujeto atribuye a los distintos determinantes de la CV. A excepción de integración social, el nivel de consistencia y fiabilidad osciló entre 0,92–0,70.

De los aspectos considerados en ambas escalas, se consideraron ajustados al ámbito residencial los referentes a la satisfacción con los servicios recibidos, con las visitas y relación con familiares y otros usuarios del servicio, el confort del entorno, la participación en actividades, el apoyo social y el trato recibido de profesionales y personal del centro.

Paralelo a esta búsqueda de fuentes documentales, se implementaron y analizaron sesiones de grupos focales y entrevistas en profundidad. Los grupos focales fueron integrados por médicos, personal de enfermería, técnicos de calidad y trabajadores sociales de centros residenciales y sociosanitarios del Grupo SAR. Las entrevistas se realizaron a diez auxiliares sanitarios y clínicos de diferentes unidades de atención, y en consecuencia responsables del cuidado de diferentes perfiles de dependencia, de 8 centros ubicados en Andalucía (Huelva y Málaga), Castilla-La Mancha (Ciudad Real), Comunidad Valenciana (Sagunto) y Madrid (Madrid, Móstoles y Torres de la Alameda).

En ambas instancias el objetivo principal fue la definición de los aspectos más relevantes de la CV y la satisfacción de usuarios de centros residenciales y sociosanitarios, con el propósito de

precisar las dimensiones del cuestionario. Además, en los grupos focales también se procedió a la elaboración, selección y redacción consensuada de las preguntas, de forma breve, clara y sencilla. En el caso de las entrevistas en profundidad la técnica de análisis de los registros fue reticular y se utilizó el soporte informático UCINET Software for Social Network Analysis. Los resultados permitieron detectar los principales factores que inciden en el ingreso y la adaptación al centro, la posterior evolución y finalmente en la satisfacción y el malestar personal.

A partir de la revisión bibliográfica y la consulta a expertos, se esperaba que la satisfacción y CV de los usuarios se basara en cuatro dimensiones: 1) «Servicio residencial», de acuerdo a la importancia que tendría su percepción sobre el confort, la alimentación, seguridad e higiene del entorno residencial, 2) «Atención personal», que se correspondería a la atención directa que recibe por parte del personal auxiliar y los profesionales del centro. Esta dimensión contemplaría varios aspectos de las relaciones interpersonales: confianza, amabilidad, respeto, tiempo de atención y comunicación entre usuarios y profesionales, 3) «Actividades», que se referiría a la participación y satisfacción del usuario en las actividades programadas por el centro, así como la motivación para hacerlas, que recibe de los profesionales, 4) «Integración social», que incluiría la percepción del usuario sobre su soporte social, a nivel externo e interno: por un lado la relación con familiares y amistades fuera del centro, y por otro, con usuarios y profesionales en el ámbito residencial.

• Prueba piloto

A partir de estas actuaciones se construyó un primer cuestionario extenso (75 ítems) y se procedió a su administración entre julio y noviembre de 2007, representando la prueba piloto. Se decidió entrevistar al 100% de residentes sin deterioro cognitivo (MMSE > 23), mayores de 64 años y con más de 15 días de estancia en los centros del Grupo SAR operativos en esas fechas. Finalmente la encuesta se aplicó a 462 personas, 86% del total de residentes que cumplían los criterios de inclusión. Además del cuestionario, el encuestador registró en un diario de campo observaciones y comentarios de

los encuestados, con el propósito de evaluar posteriormente la comprensión de las preguntas y la exhaustividad de las áreas de análisis.

Al finalizar la prueba piloto se descartaron 42 preguntas de las 75 iniciales, (fig. 1). Además, 2 preguntas fueron reformuladas tras comprobar dificultades en la comprensión y otras 2 se desdoblaron porque incluían aspectos diferentes desde el punto de vista de los encuestados.

• Encuesta final

El nuevo cuestionario con las 35 preguntas candidatas a integrar la versión final de SyCV-FSAR se administró entre septiembre y noviembre de 2008. Los criterios de selección fueron los mismos que en el anterior ensayo. Con el objetivo de evitar posibles sesgos en la aplicación del cuestionario, las encuestas fueron realizadas por un único entrevistador. Una vez registrados los datos se descartaron 12 preguntas, (fig. 1) con lo cual el cuestionario final se compone de 23 ítems. La validez de constructo del cuestionario se valoró mediante análisis factorial (AF), técnica de factorización de ejes principales y rotación Oblimin. Entre los componentes que presentaban valor propio superior a uno, la retención de factores se basó en la valoración conjunta de dos criterios: a) valoración del gráfico de sedimentación, y b) interpretabilidad de los factores²³. La comprobación de los supuestos de aplicabilidad se realizó mediante las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin y la de esfericidad de Bartlett. El análisis de la fiabilidad se llevó a cabo con la evaluación de la consistencia interna medida a través del α de Cronbach, tanto para el global del cuestionario como para cada una de las dimensiones de forma independiente. En la figura 1 se detalla el proceso de construcción del cuestionario previo a su validación final.

Resultados

La encuesta final se administró a 475 usuarios de 23 centros residenciales y sociosanitarios, 69,1% del total de personas que

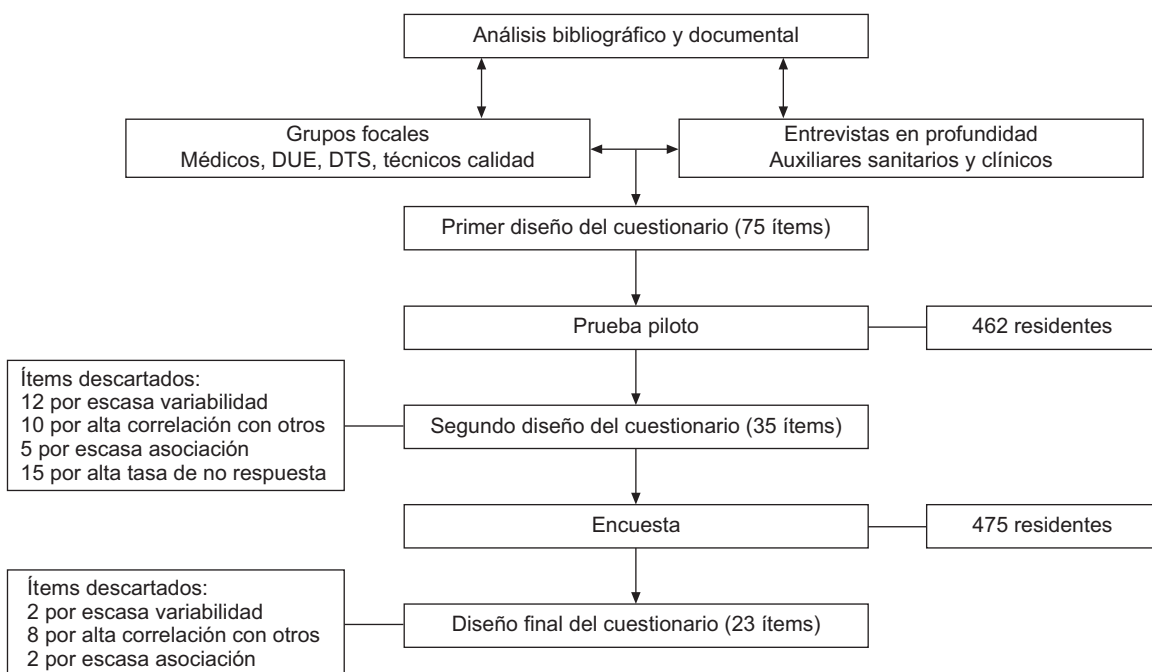


Figura 1. Proceso de construcción del cuestionario previo a la validación final.

cumplían los criterios de inclusión. El 60,0% de los residentes eran mujeres, el promedio de edad se situó en 82,1 (D.T.=6,9) y un MMSE promedio de 27,0 (D.T.=1,9).

Si bien según el gráfico de sedimentación lo más adecuado sería retener dos factores, los autores deciden seleccionar tres debido a la mejora considerable en la interpretabilidad de esta solución. Así, según el AF se identifican tres factores que explican el 27,5% de la variabilidad total. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0,80 y la prueba de esfericidad de Bartlett resultó claramente significativa, $p < 0,001$. En la **tabla 1** se muestra para cada factor los ítems con mayor saturación, lo que permite observar que los factores coinciden con las dimensiones «Servicio y atención residencial», «Entorno personal» y «Relaciones interpersonales». Del total de ítems, cinco no participan relevantemente en ninguno de los factores: «¿La temperatura de las salas es confortable?» y «¿Las salas están bien iluminadas?» presentan sus mayores saturaciones en los factores 2 y 3, «¿El centro está limpio?» destaca ligeramente en el factor 1, mientras que «¿Qué tan a gusto se siente con el n.º de visitas que recibe?» y «¿Su familia o amigos de fuera del centro lo apoyan cuando lo necesita?» muestran mayores cargas en el factor 3.

En su globalidad, SyCV-FSAR mostró una elevada consistencia interna, (α de Cronbach=0,82). Los factores identificados en el AF muestran valores de α entre 0,76–0,67 (**tabla 1**).

Las puntuaciones obtenidas por los residentes en cada uno de los factores, tanto en global como discriminadas por sexo, edad y MMSE se muestran en la **tabla 2**. No se observan diferencias significativas en las puntuaciones en ninguna de estas tres variables excepto para «Entorno personal» en función de MMSE, $p=0,014$.

Discusión

La iniciativa de construir SyCV-FSAR se basa en la convicción teórica y metodológica de que los modelos de calidad y los procedimientos heurísticos deben incorporar la percepción que tienen las personas que pretendemos atender y/o investigar, mediante herramientas válidas y fiables que permitan considerar a estas personas como sujeto activo y no como objeto distante.

Tabla 1
Resultados del Análisis Factorial

Factores	Peso	Varianza (%)	Cronbach
1. Servicio y atención residencial		18,3	0,76
¿En general los auxiliares son amables y respetuosos?	0,648		
¿Tiene confianza en la gente que trabaja aquí?	0,618		
¿Está satisfecho con la atención de las enfermeras?	0,568		
¿El centro es agradable?	0,549		
¿La residencia es un lugar cómodo?	0,484		
¿Se siente inseguro en la residencia?	0,435		
¿Dispone aquí de las cosas que necesita?	0,385		
¿La comida es buena?	0,331		
2. Entorno personal		5,9	0,74
¿Su habitación es cómoda?	0,745		
¿Le gusta su habitación?	0,622		
¿Tiene intimidad en su habitación?	0,606		
3. Relaciones interpersonales		3,3	0,67
¿Realiza actividades que le gustan con otros residentes?	0,539		
¿Le animan los profesionales para que participe de las actividades?	0,534		
¿Tiene amistades en la residencia?	0,385		
¿Tiene buena relación con el resto de residentes?	0,370		
¿Tiene oportunidad de hablar con los profesionales de la residencia?	0,328		
¿Dedican el tiempo adecuado en su cuidado?	0,328		
¿Se aburre en la residencia?	0,300		

Tabla 2
Puntuaciones obtenidas

	n	Servicio y atención residencial				Entorno personal				Relaciones interpersonales			
		Media (DT)	Mediana	Mínimo	Máximo	Media (DT)	Mediana	Mínimo	Máximo	Media (DT)	Mediana	Mínimo	Máximo
Global	475	8,4 (1,1)	8,5	3,5	10,0	8,8 (1,4)	9,3	2,7	10,0	7,7 (1,4)	7,7	2,9	10,0
Sexo													
Hombre	190	8,3 (1,1)	8,5	3,5	10,0	8,7 (1,4)	8,7	2,7	10,0	7,5 (1,4)	7,7	2,9	10,0
Mujer	285	8,4 (1,1)	8,8	3,5	10,0	8,8 (1,3)	9,3	2,7	10,0	7,8 (1,3)	7,7	3,4	10,0
Edad													
< 75	66	8,4 (1,1)	8,8	4,8	10,0	8,7 (1,4)	8,7	4,7	10,0	8,0 (1,3)	8,0	5,1	10,0
75–84	224	8,4 (1,2)	8,5	3,5	10,0	8,9 (1,2)	9,3	3,3	10,0	7,7 (1,4)	7,7	2,9	10,0
> =85	185	8,4 (1,0)	8,5	5,3	10,0	8,7 (1,5)	9,3	2,7	10,0	7,5 (1,4)	7,7	3,4	10,0
MMSE													
23–26	173	8,4 (1,1)	8,5	3,5	10,0	8,6 (1,4)	8,7	2,7	10,0	7,6 (1,5)	7,7	2,9	10,0
27–30	253	8,4 (1,1)	8,6	3,5	10,0	8,9 (1,2)	9,3	4,0	10,0	7,7 (1,3)	7,7	3,1	10,0

Uno de los principales rasgos positivos de SyCV-FSAR reside en el propio mismo de su construcción. La elaboración incluyó la participación de profesionales de distintas especialidades (medicina, enfermería, gerontología, sociología, estadística, antropología, trabajo social, gestión de la calidad), el uso de diferentes técnicas de recogida y análisis de la información (entrevista en profundidad, grupo focal, encuesta, diario de campo), una extensa muestra (86% del universo en la prueba piloto y 69% en la encuesta final) y un diseño procesal que alternó fases de prueba con instancias de reflexión conceptual, control de la calidad de los datos y cambios en ítems y áreas.

En relación al cuestionario, otros rasgos positivos son la claridad de las preguntas formuladas y su rápida aplicación (10 a 15 min). Esto es resultado de repetidas reformulaciones consensuadas por los profesionales de atención directa en los grupos focales. A su vez, desde el punto de vista conceptual el cuestionario alude a un importante número de áreas significativas de la vida en un centro residencial. Sin olvidar los considerables límites de la exhaustividad de un cuestionario cuantitativo, SyCV-FSAR recoge información sobre las relaciones interpersonales en el centro, la organización, el confort y la intimidad, la alimentación, las actividades y el tiempo dedicado por los profesionales a la atención personal.

Sin embargo, hay que apuntar que SyCV-FSAR presenta algunas limitaciones. Su diseño y elaboración está concebido para personas sin deterioro cognitivo o con deterioro cognitivo leve. Esta decisión se fundamenta e inscribe en la perspectiva global del equipo investigador sobre la satisfacción y la CV en centros residenciales. Conscientes de la importancia del estado cognitivo y el cuadro diagnóstico clínico para la aplicación de un guión de preguntas, se circunscribió la aplicabilidad de SyCV-FSAR a aquellas personas que según evaluación psicológica no padecían niveles severos y avanzados de deterioro. Consideramos que para este colectivo de personas es más adecuado elaborar un instrumento de aplicación indirecta, a través de cuidadores o familiares de referencia.

Otra posible limitación es que todos los centros que participaron en el estudio tienen el mismo modelo asistencial y estructura funcional. En este sentido es posible que algunos ítems captaran menor variabilidad y discriminación a la que se hubiera obtenido en una muestra generada sobre un conjunto más heterogéneo de centros.

En relación a la estructura de la escala, el AF visualizó una estructura de factores distinta a la caracterización conceptual propuesta tras las revisiones bibliográficas y la consulta a expertos.

El factor 1, «Servicio y atención residencial», se corresponde a las dimensiones propuestas conceptualmente como «Servicio residencial» y «Atención personal», recogiendo la percepción subjetiva sobre la atención y los servicios residenciales, en consonancia con las aportaciones de Castellón¹¹ y Giné¹² en relación a la percepción sobre la cobertura de necesidades en entornos humanos y materiales.

De acuerdo a lo esperado en la fase teórica, 2 grupos de ítems no se asociaron a este factor. El primero, relativo al tiempo de atención y dedicación de los profesionales, se asoció a las relaciones interpersonales del usuario (factor 3). El segundo, destacó con entidad propia como un factor relativo a la evaluación sobre el confort y la intimidad del entorno más próximo del usuario, factor 2 denominado «Entorno personal», no esperado en el diseño conceptual previo.

Los ítems correspondientes a la limpieza del centro y a la temperatura e iluminación de las salas comunes, inicialmente supuestos en la dimensión «Servicio residencial», no se asociaron a ninguno de los factores de forma relevante. A pesar de esto, se mantuvieron en el cuestionario definitivo porque hacen referencia a aspectos de gran importancia para supervisar los estándares

mínimos de calidad ambiental. Además, posiblemente su no asociación a otros ítems se deba a la poca variabilidad encontrada en su respuesta. Ante la posibilidad de que en otras situaciones sea más variable, estos ítems podrían asociarse a otros y, además, convertirse en un útil indicador de alarma para el equipo de Dirección del centro y los técnicos de Calidad.

El factor 3, «Relaciones interpersonales», agrupó las dimensiones correspondientes a «Actividades» e «Integración social». Esto confirma el peso de la participación, la relación con otros usuarios y la comunicación fluida con los profesionales, en la percepción del usuario sobre el soporte social existente y su bienestar emocional. Los ítems correspondientes al soporte externo del usuario (visitas y apoyo de familias y amistades) no se asociaron a este factor de modo significativo, aunque es donde tuvieron más peso.

Otro aspecto interesante es que en general la puntuación de la escala es independiente de factores externos como el sexo, la edad o el MMSE. En consecuencia, posibles diferencias entre las puntuaciones de centros serán debidas a la propia escala y no a distribuciones distintas de estos factores.

En definitiva, según los resultados obtenidos a lo largo del estudio contamos con una herramienta fiable, sencilla y de rápida aplicación, que permite recoger la percepción de los usuarios de centros residenciales y sociosanitarios para mayores sobre los aspectos clave de la vida diaria.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer al Dr. Benito Arias del Departamento de Psicología, de la Universidad de Valladolid, sus valiosos comentarios al proceso de elaboración y revisión de la escala.

Bibliografía

1. Campozaña G, Vieira de Souza W, Luna C, Borges PR, Landmann C. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad. Saúde Pública* [revista electrónica]. 2005;21:109-18. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21s1/12.pdf>.
2. Fernández-López JA, Hernández Mejía R. Calidad de vida: algo más que una etiqueta de moda. *Med Clin (Bare)*. 1993;101:576-8.
3. Sanduvete Chaves S. Calidad de vida en las personas mayores. *Apuntes de Psicología*. 2004;22:277-88.
4. Schwartzmann L. Calidad de Vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc Enferm*. 2003;4:9-21.
5. Verho H, Arnetz JE. Validation and application of an instrument for measuring patient relatives' perception of quality of geriatric care. *Int J Qual Health Care*. 2003;15:197-206.
6. Pérez Menayo V. La calidad social, un reto para la Unión Europea. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. 2006;62:125-44.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS) Basic documents. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1948.
8. Gómez-Vela M, Sabe E. Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. 1999. Disponible en: <http://www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>.
9. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud pública de México*. 2002;44:448-63.
10. Arostegui, I. Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. 1998; Disponible en: <http://www.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada3/actas/simp29.pdf>.
11. Castellón Sánchez del Pino A. Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. 2003;13:188-92.
12. Giné C. Servicios y Calidad de Vida para las personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*. 2004;35:210. Disponible en: http://www.feaps.org/confederacion/documentos/gine_evaluacion.pdf.
13. Schallock R. Hacia una nueva concepción de la discapacidad. III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Universidad de

- Salamanca, España. 18–20 de Marzo. 1999. Disponible en: <http://www.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada3/actas/conf6.pdf>.
14. Fernández Rodríguez LJ, Yáñez Igal B. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en las esquizofrenias. *Informaciones Psiquiátricas*. 2002;169:269–84.
 15. Gómez-Vela M, Sabeh E. Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. 1999. Disponible en: <http://www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>.
 16. Verdugo Alonso MA, Gómez Sánchez L, Arias Martínez B. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: la Escala FUMAT. Salamanca: Publicaciones del INICO; 2009.
 17. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 1992;30:473–83.
 18. Flanagan JC. A research approach to improving our quality of life. *Am Psychologist*. 1978;33:138–47.
 19. Siegrist J, Hernández-Mejía R, Fernández-López JA. Profile of Quality of Life in the Chronically Ill (PLC) QoL Newsletter [revista electrónica] 2000. 25 http://www.mapi-research-inst.com/pdf/art/qol25_9.pdf.
 20. Jenkinson C, Fitzpatrick R, Peto V. The Parkinson's disease questionnaire. User manual for the PDQ–39, PDQ–8 and PDQ summary index. 1998. Oxford: Health Services Research Unit, University of Oxford.
 21. Schalock R, Verdugo Alonso MA. The concept of quality of life in human services: A handbook for human service practitioners. Washington DC: American Association on Mental Retardation; 2002/2003.
 22. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD. Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI). Madrid: TEA; 1996.
 23. Viladrich MC, Doval E. Medición: fiabilidad y validez. Bellaterra: Laboratori d'Estadística Aplicada i de Modelització; 2008.