

Evaluación de la calidad
de vida en personas mayores

La Escala FUMAT

Evaluación de la calidad de vida en personas mayores:

La Escala FUMAT

MIGUEL A. VERDUGO ALONSO
LAURA E. GÓMEZ SÁNCHEZ
BENITO ARIAS MARTÍNEZ

Publicaciones del INICO
Salamanca, 2009

Los contenidos de esta publicación son propiedad intelectual de sus respectivos autores.

Colección Herramientas 4/2009
(Distribución gratuita)

1ª Edición: 2009

Autores:

Miguel A. Verdugo Alonso
Laura E. Gómez Sánchez
Benito Arias Martínez

Edita y distribuye: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad

Avenida de la Merced, 109-131
37005 Salamanca
Teléf. y Fax 923 294 695
correo-e: inico@usal.es
<http://www.usal.es/inico>

Depósito Legal: S. 1.537-2009

ISBN: 978-84-692-6606-9

Imprime:
Imprenta KADMOS
Salamanca, 2009

ÍNDICE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL.....	11
1. Ficha técnica.....	11
2. Fundamentación teórica.....	12
2.1. Definición de calidad de vida	13
2.1.1. <i>Dimensiones e Indicadores de Calidad de Vida</i>	13
2.1.2. <i>Perspectiva de sistemas sociales</i>	13
2.2. Avances sobre el modelo propuesto.....	14
2.2.1. <i>Estudio para la extracción de los indicadores de calidad de vida</i>	14
2.2.2. <i>Estudio transcultural de los indicadores de calidad de vida</i>	16
2.2.3. <i>Escala Integral de Calidad de Vida</i>	17
2.2.4. <i>Escala GENCAT</i>	18
2.3. La evaluación de la calidad de vida	18
2.4. Calidad de vida y envejecimiento	19
2.4.1. <i>Variables que influyen en la calidad de vida de las personas mayores</i>	20
2.4.2. <i>Dimensiones e indicadores de calidad de vida</i>	22
2.5. Evaluación de calidad de vida de personas mayores	23
2.5.1. <i>Evaluación Biopsicosocial</i>	23
2.5.2. <i>Técnicas de Evaluación en la vejez</i>	24
2.5.3. <i>Sesgos en el proceso de evaluación</i>	24
2.6. Aplicabilidad de la Escala FUMAT	25
3. Material para la aplicación.....	25
2. DESARROLLO DE LA ESCALA FUMAT.....	27
1. Objetivo.....	27
2. Construcción de un <i>pool</i> de ítems.....	27
3. Consulta a expertos	28

3.1. Objetivos	28
3.2. Participantes.....	28
3.3. Instrumento.....	29
3.4. Procedimiento	29
3.5. Resultados.....	29
3.5.1. <i>Grado de consistencia</i>	37
4. Aplicación a una amplia muestra.....	49
4.1. Participantes.....	49
4.2. Instrumento.....	50
4.3. Procedimiento	50
4.4. Resultados.....	51
3. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS.....	53
1. Consistencia interna	53
2. Error típico de medida	55
3. Fiabilidad basada en la estructura factorial	58
4. Evidencias de validez basadas en el contenido.....	60
4.1. Revisión de la literatura científica.....	60
4.2. Consulta a jueces expertos	61
5. Evidencias de validez discriminante.....	61
6. Evidencias de validez convergente.....	62
4. NORMAS DE APLICACIÓN.....	65
1. Requisitos del informador.....	65
2. El rol del informador.....	66
3. Aplicación de la escala FUMAT	66
5. NORMAS DE CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN	69
1. Datos demográficos.....	69
2. La Escala FUMAT	69
2.1. Puntuaciones directas.....	69
2.2. Puntuaciones estándar y percentiles de cada dimensión.....	71
2.3. Índice de Calidad de Vida y percentil del Índice de Calidad de Vida	72
2.4. Perfil de Calidad de Vida.....	73
6. BIBLIOGRAFÍA	75
Apéndice 1. La Escala FUMAT	79
Apéndice 2. Baremos	87
Apéndice 3. Índice de Calidad de Vida	91

PRÓLOGO

El desarrollo de escalas de evaluación de la calidad de vida es un paso previo necesario para el desarrollo de planes y estrategias de atención específicos centrados en la mejoría de la calidad de vida del usuario de los servicios sociales. Las escalas de calidad de vida han de basarse en un modelo teórico sólido, que haya mostrado evidencias empíricas suficientes, y que identifique las principales dimensiones y componentes conceptuales. Además, esas escalas deben centrarse en las características específicas de la población y contexto al que se dirigen. Y, a ser posible, deben incorporar la participación activa de los protagonistas de los servicios a los que van dirigidas (usuarios y profesionales).

Las características descritas anteriormente son las que ha reunido la construcción de la Escala FUMAT, la cual, gracias a la I Beca Sociosanitaria “Memorial Peli Egaña” otorgada por Matia Fundazioa a un equipo de investigación del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca, y a la intensa colaboración de los profesionales de esa Fundación, particularmente Nerea Etxaniz y Carmen Hernández, ve ahora la luz. La escala está siendo utilizada en los centros de Matia Fundazioa, y se siguen recogiendo datos que permitirán en un futuro mejorar la escala que se presenta en este documento.

La Escala FUMAT se construyó para ser aplicada a personas mayores con discapacidad y personas con discapacidad física grave y, tanto la selección de indicadores como el trabajo de campo en Matia Fundazioa, se han centrado en estos colectivos. El resultado que se presenta es el de una prueba de utilidad práctica inmediata

y que por el limitado tamaño de la muestra sobre la que se aplicó requiere de otros estudios y análisis posteriores que mejoren su utilidad actual. Y en ello estamos trabajando en la actualidad.

MIGUEL ÁNGEL VERDUGO ALONSO
INICO, Universidad de Salamanca,
Octubre 2009

AGRADECIMIENTOS

La construcción de la Escala FUMAT ha sido posible gracias a la confluencia de colaboración de distintas entidades con el equipo de investigación del INICO de la Universidad de Salamanca: Matia Fundazioa, el Ministerio de Ciencia e Innovación, y la Junta de Castilla y León.

En primer lugar hay que resaltar la financiación de Matia Fundazioa, a través de la I Beca Socio Sanitaria Matia Fundazioa –Memorial Peli Egaña, que ha mostrado un interés prioritario en la mejora de la calidad de sus servicios. En este sentido, queremos agradecer especialmente a Nerea Etxaniz y Carmen Hernández su implicación en este proyecto y coordinación del trabajo de campo.

Asimismo, los autores agradecen la inestimable colaboración aportada por el grupo de jueces expertos y los profesionales que participaron en el trabajo de campo. Como jueces expertos participaron: Ana Orbegozo, Amaia Zulaica, M^a José Los Arcos, Mainer Matilla, Ignacio Pz. de Mendiguren, Francisco Javier Martínez, Maitane Fernandino, Eva M^a Domínguez, Idoia Larrumbide, Leire Yarza, Arantxa Urbizu, Marian Costa, M^a José Igerategi, M^a José Garate, Mainer Azurmendi y Francisco Javier Leturia. Y como profesionales que completaron las escalas: Amaia Zulaica, Maitane Fernandino, Lierni Santamaría, Carmen Hernández, Isabel Collado, Elíxabet Abad, Esther Rivas y Javier Quintas.

La Escala FUMAT ha sido desarrollada en el marco de actividades relacionadas con el Proyecto I + D SEJ2006-12575 del Ministerio de Ciencia e Innovación (D.G. de Programas y Transferencia

del Conocimiento), y del Grupo de Investigación de Excelencia sobre Discapacidad (GR 197) de la Junta de Castilla y León (Orden EDU/894/2009).

1. DESCRIPCIÓN GENERAL

1. FICHA TÉCNICA

Nombre	Escala FUMAT
Autores	Miguel Ángel Verdugo Alonso Laura Elísabet Gómez Sánchez Benito Arias Martínez
Objetivo	Evaluación objetiva de la calidad de vida de usuarios de servicios sociales
Ámbito de aplicación	Adultos a partir de 18 años
Informadores	Profesionales de los servicios sociales que conozcan a la persona al menos desde hace tres meses.
Administración	Individual
Validación	Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Universidad de Salamanca, España.
Duración	10 minutos, aproximadamente
Significación	Evaluación objetiva de la calidad de vida (Bienestar emocional, Bienestar físico, Bienestar material, Relaciones interpersonales, Inclusión social, Desarrollo personal, Auto-determinación y Derechos)
Finalidad	Identificar el perfil de calidad de vida de una persona para la realización de planes individualizados de apoyo y proporcionar una medida fiable para la supervisión de los progresos y los resultados de los planes.
Baremación	Puntuaciones estándar (M= 10; DT= 3) de cada dimensión de calidad de vida, percentiles e Índice de Calidad de Vida.
Material	Manual y cuadernillo de anotación.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El concepto de calidad de vida ha ido adquiriendo una importancia e interés especiales dentro de la investigación y la práctica de los servicios sociales, educativos y sanitarios durante las tres últimas décadas. Todos los esfuerzos y desarrollos llevados a cabo durante las tres últimas décadas han permitido que el concepto de calidad de vida haya evolucionado desde una noción sensibilizadora a convertirse en un agente de cambio social y organizacional. Así, la búsqueda de la calidad es hoy un objetivo compartido por usuarios de servicios, profesionales, organizaciones, políticos y financiadores que trabajan para conseguir servicios y procesos de calidad valorados por los propios usuarios y que mejoren su calidad de vida.

Actualmente, servicios y políticas destinados a personas mayores y personas con discapacidad en nuestro país se enfrentan a cambios significativos orientados a lograr mejores servicios basados en la comunidad y proporcionar apoyos individualizados. Este proceso refleja una nueva forma de mirar hacia los receptores de los servicios, centrada en la persona, en sus posibilidades de cambio y en las variables contextuales que influyen en su funcionamiento; proceso que requiere además cambios en la estructura y política de las organizaciones y, sobre todo, estrategias de evaluación que permitan verificar el impacto positivo de los mismos en los usuarios de los servicios.

Podemos afirmar, por tanto, que hoy por hoy junto a los apoyos y la autodeterminación, la calidad de vida se ha convertido en el motor que guía las prácticas profesionales y el objetivo al que se dirigen los servicios. Sin embargo, a pesar de los avances logrados por la investigación en cuanto a la definición del concepto, aún son necesarios desarrollos similares destinados a proporcionar a los profesionales y a las organizaciones instrumentos y estrategias de evaluación que permitan obtener datos y seguir avanzando hacia la calidad. Este trabajo tiene como objetivo contribuir en ese proceso mediante la presentación de un nuevo instrumento: la Escala FUMAT, dirigido a la evaluación de la calidad de vida de personas mayores y personas con discapacidad.

2.1. DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

El presente trabajo se basa en el modelo heurístico de calidad de vida planteado por Schallock y Verdugo (2002/2003, 2007, 2008). Este modelo heurístico está formado por dimensiones e indicadores de calidad de vida y una perspectiva de sistemas sociales. A continuación describimos de forma general cada uno de los componentes.

2.1.1. Dimensiones e Indicadores de Calidad de Vida

Las dimensiones de calidad de vida que contempla el modelo son ocho: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Los indicadores de calidad de vida son percepciones, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión que reflejan la percepción de una persona o la verdadera calidad de vida (Schallock, Keith, Verdugo y Gómez, en prensa). Los criterios para la selección de un indicador se basan en si éste se relaciona funcionalmente con la consiguiente dimensión de calidad de vida, si mide lo que supuestamente mide (validez), si es consistente entre personas o evaluadores (fiabilidad), si mide el cambio (sensibilidad), si refleja únicamente los cambios en la situación concerniente (especificidad) y si es abordable, oportuno, centrado en la persona, puede ser evaluado longitudinalmente y es sensible a la cultura (Schallock y Verdugo, 2002/2003).

2.1.2. Perspectiva de sistemas sociales

Las personas viven en varios sistemas que influyen el desarrollo de sus valores, creencias, comportamientos, actitudes, y que afectan a su calidad de vida (Verdugo, Schallock, Gómez y Arias, 2007):

- El microsistema, o contextos sociales inmediatos, como la familia, el hogar, el grupo de iguales y el lugar de trabajo, que afecta directamente a la vida de la persona.

- El mesosistema o el vecindario, comunidad, agencia de servicios y organizaciones que afectan directamente al funcionamiento del microsistema.
- El macrosistema, o patrones más amplios de cultura, tendencias socio-políticas, sistemas económicos y factores relacionados con la sociedad que afectan directamente a los valores y creencias propias, así como al significado de palabras y conceptos.

2.2. AVANCES SOBRE EL MODELO PROPUESTO

2.2.1. *Estudio para la extracción de los indicadores de calidad de vida*

La concreción de las dimensiones que componen la calidad de vida de las personas ha supuesto una parte importante de la investigación de los años 90. A finales de esa década, se comenzó a percibir la necesidad de ir más allá y de concretar cuáles eran los indicadores pertenecientes a cada una de esas dimensiones, puesto que son dichos indicadores los que nos permiten organizar la evaluación e intervención al operativizar el concepto. A este objetivo se dirigieron los autores tras su propuesta del modelo que, a pesar de su reciente planteamiento, ha sufrido en cuestión de pocos años notables avances que detallamos a continuación.

Partiendo del modelo de calidad de vida propuesto por Schalock (1996, 1997) para personas con discapacidad intelectual, Schalock y Verdugo realizaron en el 2002 una revisión exhaustiva de la literatura en diferentes áreas con la intención de confirmar o refutar las dimensiones propuestas en el modelo y de detectar los indicadores más importantes en los que se había centrado la investigación. Para ello, llevaron a cabo un análisis de la literatura científica en salud, salud mental, servicios sociales, mayores y educación de los últimos veinte años. En la búsqueda encontraron 20.900 referencias, de las cuales escogieron 9.749 tras constatar la adecuación de sus títulos a los objetivos de la búsqueda. Tras la lectura de los resúmenes, se seleccionaron 2.155 referencias por su relevancia para el objeto de la investigación. Localizaron y leyeron 897. Tras el análisis de los

artículos, descartaron aquellos que no incluían información sobre dimensiones e indicadores con los que se había hecho la investigación, los que no especificaban claramente un modelo, y aquellos que consistían en revisiones de trabajos de otros autores. Finalmente, los análisis realizados se basaron en 395 referencias. Con la información obtenida construyeron unas tablas resumen para cada área, en las que se organizaban jerárquicamente las dimensiones e indicadores con mayor presencia, y una tabla final en la que se resumían todas las anteriores, consistente en las ocho dimensiones del modelo inicial (de mayor a menor presencia) y en los 24 indicadores más atendidos por los investigadores en las publicaciones revisadas (Tabla 1).

Tabla 1. Dimensiones e indicadores de calidad de vida
(Schalock y Verdugo, 2002/2003)

Dimensiones	Indicadores
1. Bienestar Físico	Salud, actividades de vida diaria, atención sanitaria, ocio
2. Bienestar Emocional	Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés
3. Relaciones Interpersonales	Interacciones, relaciones, apoyos
4. Inclusión Social	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales
5. Desarrollo Personal	Educación, competencia personal, desempeño
6. Bienestar Material	Estatus económico, empleo, vivienda
7. Autodeterminación	Autonomía, metas/valores personales, elecciones
8. Derechos	Derechos humanos, derechos legales

Como Schalock y Verdugo (2002/2003) reconocían, la información utilizada en este estudio estaba basada en publicaciones hechas por los investigadores en revistas científicas, por lo que la importancia de los indicadores dependía de la consideración de dichos autores sobre su objeto de estudio. Sin embargo, el concepto de calidad de vida subraya el carácter subjetivo inherente a la percepción de calidad de vida en cada individuo. Por este motivo, los autores consideraron conveniente contrastar la elección de los 24

indicadores extraídos con la opinión manifestada por los propios individuos con discapacidad, sus familiares y los profesionales que trabajan con ellos. De esta manera, pretendían aumentar la validez social de dichos indicadores y mejorar su aplicabilidad en diferentes contextos. Movidos por este objetivo, se llevaron a cabo los estudios transculturales que describimos a continuación.

2.2.2. Estudio transcultural de los indicadores de calidad de vida

En coherencia con el desarrollo teórico del modelo multidimensional de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003) y a fin de ratificar la importancia y aplicación actual de los indicadores de calidad de vida extraídos de la literatura según el estudio previo, Schalock et al. (2005) llevaron a cabo esta investigación en varios países. Uno de los propósitos de este estudio transcultural fue la ratificación de las dimensiones y los indicadores centrales de la calidad de vida encontrados en el estudio anterior.

En el estudio participaron 2.042 personas de cinco grupos geográficos (España, América Latina, Canadá, China y Estados Unidos) y tres grupos de respondientes (personas con discapacidad intelectual, familiares y profesionales). El instrumento que desarrollaron y utilizaron para llevar a cabo la investigación fue la encuesta denominada 'Indicadores Transculturales de Calidad de Vida: Evaluación de su importancia y uso', construida por Verdugo y Schalock (2001). Los resultados ratificaron las dimensiones e indicadores propuestos en todas las áreas geográficas. Sin embargo, dado que los propios autores reconocieron que la muestra de algunos grupos geográficos fue bastante pequeña, creyeron que debían validar los resultados en una muestra más amplia y con procedimientos estadísticos más robustos, por lo que decidieron replicar el estudio.

Jenaro et al. (2005) replicaron el estudio transcultural anterior ampliando la muestra a otros grupos geográficos. Esta vez participaron 781 personas de cuatro países europeos: Polonia (49,4%), Francia y Bélgica (28,9%) e Italia (21,6%). Con esta investigación ratificaron de nuevo el modelo de calidad de vida propuesto, con sus dimensiones e indicadores (Gómez y Gómez-Vela, 2006).

2.2.3. La Escala INTEGRAL

A continuación, se inició el desarrollo y validación de la Escala Integral de Calidad de Vida (Verdugo, Gómez, Arias y Schallock, 2009) para adultos con discapacidad intelectual, que permite estudiar la relación existente entre la perspectiva de la propia persona con discapacidad y la perspectiva del profesional que trabaja con ella. Así, está compuesta por dos escalas: una *objetiva*, en el sentido de que refleja la valoración de un observador externo, y otra *subjetiva*, en el sentido de que refleja la percepción de la propia persona con discapacidad. La escala se construyó sobre la base del modelo teórico propuesto, con sus ocho dimensiones y 24 indicadores; pero fue más allá, pues trató de profundizar más en el modelo y, tras dos consultas a jueces expertos, se encontraron otros indicadores importantes no contemplados hasta entonces (Gómez, 2005; Verdugo, Arias y Gómez, 2006; Verdugo, Gómez y Arias, 2007; Verdugo, Gómez, Arias y Schallock, 2009, en prensa) (Tabla 2).

Tabla 2. Dimensiones e indicadores de la Escala Integral (Verdugo, Gómez, Arias y Schallock, 2009)

Dimensiones	Indicadores
AUTODETERMINACIÓN	Autonomía; Decisiones; Elecciones; Metas y preferencias personales
DERECHOS	Humanos; Legales
BIENESTAR EMOCIONAL	Ausencia de estrés/ansiedad/sentimientos negativos; Autoconcepto; Relaciones sociales; Satisfacción personal/Satisfacción con la vida
INCLUSIÓN SOCIAL	Integración en la comunidad; Participación social; Apoyos sociales
DESARROLLO PERSONAL	Trabajo; Educación, Actividades de la vida diaria
RELACIONES INTERPERSONALES	Relaciones familiares; Relaciones de amistad; Relaciones Sociales
BIENESTAR MATERIAL	Relaciones con la comunidad; Ingresos, economía; Posesiones, pertenencias; Servicios comunitarios; Vivienda (confortabilidad)
BIENESTAR FÍSICO	Salud (consecuencias); Salud (energía, vitalidad); Salud general; Servicios Sanitarios; Sueño

2.2.4. La Escala GENCAT

Seguidamente, Verdugo, Arias, Gómez y Schalock desarrollaron la Escala GENCAT (2008, 2009). Se trata de una escala de evaluación objetiva de la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales. Para su elaboración, se utilizó una amplia lista de indicadores de calidad de vida, entre ellos, los obtenidos de las investigaciones anteriormente descritas, además de la inclusión de otros nuevos que los autores creyeron relevantes. Estos indicadores fueron sometidos a un análisis por parte de más de 70 jueces expertos de diferentes comunidades autónomas, que valoraron su idoneidad para medir calidad de vida. Todos ellos fueron ratificados por los participantes de varios grupos focales sobre diversos colectivos (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2008; Verdugo, Schalock, Gómez y Arias, 2007).

2.3. LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

El significado del término calidad de vida desde un punto de vista estrictamente semántico nos hace pensar en un nivel de excelencia referido a los aspectos esenciales de la existencia humana. Históricamente se ha tomado la valoración de la satisfacción personal con aspectos de la propia vida como una medida de la calidad de vida. Sin embargo, a la luz de los desarrollos que ha experimentado el concepto a lo largo de las últimas décadas, los investigadores coinciden en señalar que además es necesario comprender y valorar los factores contextuales, especialmente cuando definimos la discapacidad, la deficiencia física o el envejecimiento como ajustes problemáticos entre la persona y su entorno (Schalock, 2000).

La medición de la calidad de vida no es una tarea sencilla, puesto que hablamos de un concepto difícil de definir también lo es de evaluar. No obstante, el interés creciente por comprender el concepto también ha multiplicado los esfuerzos por evaluar la calidad de vida. Los autores del modelo señalan que la evaluación de la calidad de vida se puede caracterizar por (Verdugo, 2006): (1) su naturaleza multidimensional; (2) el uso del pluralismo metodológico que incluye tanto medidas objetivas como subjetivas; (3) el uso de diseños de investigación multivariada para evaluar las maneras en

que las características personales y las variables ambientales se relacionan con la calidad de vida medida en una persona; (4) la incorporación de la perspectiva de sistemas, que engloba los múltiples entornos que ejercen impacto sobre la persona en los niveles micro, meso y macro; y (5) la creciente participación de las personas con discapacidad intelectual en el diseño y desarrollo de la evaluación, investigación y valoración orientadas a la calidad de vida.

Aunque el interés por obtener evaluaciones que cuenten con suficientes y adecuadas evidencias de validez y fiabilidad ha aumentado de manera paralela al desarrollo del propio concepto, aún son necesarios elementos prácticos que permitan obtener datos de la propia persona para planificar sus apoyos con una visión amplia de su funcionamiento y constituyan un *feedback* para los profesionales, los proveedores de servicios y las organizaciones sobre el que orientar procesos de cambio y mejora.

2.4. CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO

La vida de las personas mayores está llena de cambios y frecuentemente asociada a enfermedades y pérdidas de muy diverso tipo. Sin embargo, esto no impide que los mayores alcancen niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social. Los primeros intentos por mejorar las condiciones de vida de estas personas estuvieron dirigidos a analizar sus habilidades, memoria y aprendizaje. Del mismo modo, las primeras investigaciones se centraban en lograr la adaptación a la vejez y la jubilación. Posteriormente, comenzó a examinarse el nivel de actividad y satisfacción con la vida, comenzando con ello el verdadero objetivo de mejorar la calidad de vida en esa etapa de la vida. Actualmente, los estudios de calidad de vida se dirigen a conocer y trabajar los indicadores objetivos de la calidad de vida de los individuos que influyen en su bienestar. Junto a este tipo de investigaciones, se desarrollan otras muchas para examinar los servicios prestados y el apoyo social recibido.

2.4.1. Variables que influyen en la calidad de vida de las personas mayores

La calidad de vida depende de múltiples factores ambientales y personales, por ello, se analiza utilizando ciertos indicadores que incluyen la salud, las habilidades funcionales –como la habilidad para cuidar de uno mismo–, la situación financiera –e.g., tener una pensión o renta–, las relaciones sociales –familia y amigos–, la actividad física, los servicios de atención sanitaria y social, las comodidades en el propio hogar y en los alrededores inmediatos, la satisfacción con la vida, y las oportunidades de aprendizaje y oportunidades culturales. Las variables sociodemográficas y las de personalidad son las utilizadas con mayor frecuencia para evaluar el bienestar subjetivo. Las diferencias en género, edad, estado civil y lugar de residencia parecen tener una importancia determinante. Sin embargo, la calidad de vida de las personas mayores parece no depender tanto del contexto en el que se encuentran –e.g., vivir en el propio domicilio o en una residencia– como de otras variables relacionadas con la edad –mayor satisfacción en jóvenes que en mayores–, el género –los hombres suelen estar más satisfechos que las mujeres– y el estatus social –a mayor estatus mayor calidad de vida– (Moreno y Ximénez, 1996).

Por otro lado, Newson y Shutz (1996) encontraron que el funcionamiento físico es un predictor del apoyo social y que éste predice significativamente los síntomas depresivos y la satisfacción con la vida. Kempen, Jelicic y Ormel (1997) concluyeron que características de la personalidad como el neuroticismo y la autoeficacia influyen significativamente en los niveles de calidad de vida relacionados con la salud o en la percepción de la persona sobre esos niveles.

También el apoyo social recibido y percibido es una de las variables determinantes para la calidad de vida de las personas mayores. La carencia de apoyo familiar o conyugal disminuye la motivación de las personas mayores para cuidarse y perjudica su estado de salud. Cuando no existe un apoyo natural suficiente, las personas mayores necesitan apoyo específico a fin de evitar la institucionalización. Cuanto mayor es el apoyo social, más baja es la probabilidad de que éstas enfermen. Por ello, resulta de interés la puesta en mar-

cha de programas de intervención dirigidos tanto a familias como a grupos de autoayuda, vecinos y voluntariado (Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996).

En la percepción de calidad de vida que tienen los mayores, el papel que desempeñan los profesionales es de gran importancia. Wolkenstein y Butler (1992) exploraron si la calidad de vida era o no un concepto significativo para la población mayor sana y si este grupo esperaba que los médicos contribuyeran a mejorar su calidad de vida. Los médicos fueron percibidos como deficientes en apreciar, comprender y contribuir positivamente a la calidad de vida de los participantes. Por ello, los médicos y otros profesionales al cuidado de esta población deben estar atentos al desarrollo de una evaluación psicosocial comprensiva y no sólo a un análisis del bienestar físico.

Otras investigaciones apuntan, en cambio, que la percepción de calidad de vida en personas mayores y pacientes con enfermedad crónica sin hospitalizar no está estrechamente asociada con indicadores objetivos como las características sociodemográficas y el uso de servicios de cuidado de salud. Más bien son indicadores subjetivos –percepción de pacientes sobre su salud, memoria, deterioro intelectual, funcionamiento físico y cuestiones financieras– los que correlacionan independientemente con la calidad de vida global.

No obstante, encontramos que en los estudios sobre personas mayores con graves discapacidades, los estudios de calidad de vida son más bien estudios sobre la calidad de la atención institucional de la residencia en la que se encuentran. En estos casos, los factores relacionados con aspectos interactivos parecen ser de mayor importancia. Montoro (1999) propone un modelo sobre el cuidado institucional y analiza la influencia de los factores predictivos en la calidad asistencial. El modelo engloba tres niveles: institucional (medio ambiente, tipo y número de profesionales, estructura institucional), relacional (residentes y familiares) e interaccional. El autor encuentra que los aspectos más destacados de la calidad asistencial en personas mayores con y sin discapacidad se refieren a los de nivel institucional (i.e., si el centro tiene ánimo de lucro, el ambiente, la configuración familiar, la ratio profesionales-usuarios, su formación y entrenamiento para combatir el estrés laboral y el grado de estabi-

lidad laboral), seguido por la colaboración familiar y participación, y por indicadores a nivel relacional (i.e., participación y cuidado informal de los familiares). Sin embargo, los factores de nivel interaccional como las habilidades de comunicación y el conflicto personal no fueron significativos respecto de la calidad asistencial.

2.4.2. Dimensiones e indicadores de calidad de vida

Según la exhaustiva revisión de la literatura científica realizada por Schalock y Verdugo (2002/2003), la dimensión de calidad de vida que más se ha encontrado en la bibliografía relacionada con las personas mayores es la de bienestar físico, recogida en 81 de los 101 estudios revisados. Tras ella, la dimensión de inclusión social es citada por casi la mitad de artículos ($n = 46$) y a ésta le sigue la de bienestar emocional ($n = 34$). Después de ellas, encontramos la dimensión desarrollo personal, con casi un cuarto del total de referencias ($n = 24$), y relaciones interpersonales ($n = 18$). Por último, las dimensiones de derechos, autodeterminación y bienestar material solamente están presentes en una décima parte de los estudios ($n = 10, 10$ y 7 , respectivamente). Los indicadores más citados son:

- En bienestar físico: salud, bienestar físico global y atención sanitaria.
- En inclusión social: ambiente residencial y apoyos.
- En bienestar emocional: bienestar psicológico y satisfacción.
- En desarrollo personal: competencia personal.
- En relaciones interpersonales: apoyos.
- Derechos.

Destacan, por tanto, los indicadores citados de las dimensiones de bienestar físico e inclusión social como los más referidos, alcanzando un cuarto del total de los estudios revisados, mientras que los otros cinco indicadores están presentes en el 10% de los estudios. En el caso de derechos, el indicador coincide con la dimensión porque la mayor parte de la bibliografía coincide en destacar un conjunto de derechos de la persona más que abordarlos individualmente.

La preocupación por la salud física como componente más destacable de la investigación sobre calidad de vida de las personas mayores muestra la prioridad habitual en los programas y servicios de atención a esa población. El estado de salud alcanza tal importancia en este colectivo que determina muchos otros componentes posibles de la calidad de vida. Ello es debido al hecho de que la percepción del individuo se modifica radicalmente cuando existen problemas graves de salud, por lo que se hace imprescindible evaluar y planificar ayudas en este ámbito. Algunos de los sinónimos y palabras más relacionados con el indicador de salud han sido: enfermedad, estado físico, nivel de funcionamiento físico, independencia física, actividad, dolor y medicación.

El lugar donde se vive y sus características es otro componente vital de la calidad de vida las personas mayores. Algunos estudios comparan diferentes opciones de vivienda y sus consecuencias en la calidad de vida percibida por la persona, mientras que en otros casos se evalúa la calidad del servicio que se presta en las residencias e instituciones para desarrollar planes de mejora de las mismas. Según se van desarrollando modelos más centrados en la comunidad, la investigación ha ido desplazando su interés hacia los apoyos. De esta manera, se analizan los recursos de apoyo social existente, las redes de apoyo y el papel de la familia y de los proveedores de servicios. Asimismo, y desde una perspectiva diferente pero complementaria, los apoyos son estimados como el indicador de mayor importancia para establecer relaciones interpersonales adecuadas. Junto a la preocupación por el bienestar físico y el análisis del lugar de residencia y apoyo percibido, la investigación también se ha centrado en el funcionamiento psicológico y emocional, y en la satisfacción con la vida de los individuos.

2.5. EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES

2.5.1. *Evaluación Biopsicosocial*

La evaluación psicológica en la vejez no sigue los principios generales del proceso de evaluación, sino que tiene peculiaridades y características propias que deben tenerse en cuenta a la hora de

plantearse una evaluación válida y fiable. Entre estas singularidades, tienen especial importancia los derivados de la adopción de un modelo biopsicosocial, por lo que debe realizarse una evaluación multidimensional de la calidad de vida que refleje los múltiples cambios que ocurren en sus vidas. Una adecuada evaluación de la persona mayor requiere tener en cuenta, los cambios fisiológicos, psicológicos y ambientales, así como las variables moduladoras sobre las consecuencias que estos cambios tienen en las personas. Todas ellas se han tenido en cuenta en la construcción de la Escala FUMAT.

2.5.2. Técnicas de Evaluación en la vejez

Entre los distintos procedimientos de recogida de datos, hemos optado por el desarrollo de una escala de observación estructural. Tradicionalmente, como en este caso, la mayor parte de ellas han sido construidas específicamente para ambientes institucionales y son aplicadas por personal del centro tras un determinado periodo de contacto con la persona. Sus ventajas son muchas: (a) no requieren cooperación de la persona evaluada, con lo que se evitan sesgos, como los relacionados con la persona mayor evaluada y de la situación de evaluación; (b) al ser cumplimentada por personal en contacto directo con la persona, supone un gran ahorro de tiempo a los profesionales; y (c) proporciona información sobre la efectividad de las intervenciones.

2.5.3. Sesgos en el proceso de evaluación

Aunque es cierto que con esta técnica eludimos los problemas relacionados a los sesgos procedentes de la persona mayor evaluada y de la situación de evaluación, aún existe el riesgo de algunos sesgos procedentes del evaluador, como por ejemplo, sus expectativas. Nos estamos refiriendo, por ejemplo, al *edadismo* (*'ageism'*) (Butler, 1969), que hace referencia a un proceso sistemático de atribución por el que una conducta manifestada por una persona mayor se valora sólo o principalmente en función de su edad. Este etiquetado responde a los estereotipos, mitos y actitudes que se asocian normalmente a la vejez, como son la senilidad, la rigidez en el pensamiento

y las formas, así como un estilo anticuado en la moral y en sus habilidades (Butler, 1987). El evaluador, puede estar también sometido a este sesgo y utilizar la edad como un indicio para interpretar la conducta, variando así el diagnóstico y las recomendaciones para su tratamiento (Izal, 1985). Conocer estos sesgos, es siempre la mejor forma de evitarlos.

2.6. APLICABILIDAD DE LA ESCALA FUMAT

A la vista de la situación actual en relación con la calidad de vida y su evaluación en el ámbito de los servicios sociales, se presenta en este trabajo la construcción de una escala adaptada a las necesidades y a la realidad concreta de las personas mayores. Sobre la base de un modelo teórico sólido, se ha desarrollado una escala para evaluar de forma objetiva la calidad de vida de las personas mayores que son usuarias de servicios sociales. Esta medición con indicadores objetivos es útil para evaluar el diseño de entornos o programas de servicios de manera sensible (Schalock, 2006). La importancia del instrumento radica principalmente en que no existen en nuestro contexto muchos instrumentos adecuados para medir la calidad de vida en esta población.

La Escala FUMAT permite, por tanto: (a) obtener datos objetivos referentes a la calidad de vida de los usuarios y de las condiciones que influyen en su funcionamiento; (b) valorar con el mismo instrumento todos los servicios proporcionados (e.g., rehabilitación, unidad de memoria y Alzheimer, servicio de orientación gerontológico, consultas externas, atención al usuario); y (c) obtener datos de todos ellos en relación con cada una de las ocho dimensiones de calidad de vida.

En cambio, no debe utilizarse la escala como una estrategia para clasificar a las personas evaluadas, sino como una guía u orientación para impulsar propuestas en la práctica diaria, en los servicios o en la política de la organización que contribuyan de manera significativa a mejorar la calidad de vida de las personas mayores y de las personas con discapacidad a las que se atiende. Los indicadores de aplicabilidad del instrumento son, por un lado, sus propiedades psi-

cométricas; y por otro, el consenso social, puesto que los indicadores incluidos fueron ratificados por varios expertos en personas mayores y discapacidad.

3. MATERIAL PARA LA APLICACIÓN

Además de este manual en el que se presentan las bases teóricas, la descripción, normas de aplicación y corrección, y propiedades técnicas de la prueba, se requiere del cuadernillo de anotación, que recoge la prueba y la hoja de resumen de puntuaciones necesaria para la interpretación de las respuestas (Apéndice 1), los baremos para transformar las puntuaciones directas (Apéndice 2) y la tabla para obtener el índice de calidad de vida (Apéndice 3).

2. DESARROLLO DE LA ESCALA FUMAT

1. OBJETIVO

El objetivo general de esta investigación ha consistido en construir una escala de Calidad de Vida aplicable a personas mayores y personas con discapacidad como una estrategia para evaluar y mejorar la calidad de sus servicios, programas y apoyos. En el proceso de desarrollo de la Escala FUMAT se ha seguido un riguroso procedimiento con el objetivo de maximizar la fiabilidad y la validez del instrumento construido. Por ello, se han seguido los pasos que resumimos en las siguientes páginas (Gómez, Verdugo, Arias y Navas, 2008).

2. CONSTRUCCIÓN DE UN *POOL* DE ÍTEMS

La selección de los indicadores de cada una de las ocho dimensiones de calidad de vida se llevó a cabo básicamente a partir de las investigaciones descritas en la *Fundamentación Teórica*. A partir de ella, se seleccionaron aquellos indicadores que los autores consideraron más relevantes para la evaluación de personas mayores y los extraídos de una exhaustiva revisión de la literatura científica sobre la calidad de vida de las personas mayores y las personas con discapacidad con el objetivo de identificar otros posibles indicadores que fueran relevantes para estos colectivos. El resultado fueron 158 ítems que evaluaban distintos indicadores, organizados en torno a las ocho dimensiones de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002/2003).

3. CONSULTA A EXPERTOS

3.1. OBJETIVOS

El objetivo general de la consulta a jueces expertos consistió en obtener evidencias de la validez de la escala basadas en su contenido. Esto es, comprobar si los 158 ítems eran representativos para evaluar los indicadores y dimensiones importantes de la calidad de vida de una persona. Puesto que la escala está dirigida a evaluar la calidad de vida de personas mayores y personas con discapacidad, se pidió la participación a personas expertas en calidad de vida y cada uno de los distintos colectivos implicados.

El anterior objetivo general se concretó en los siguientes objetivos específicos:

- Comprobar si los ítems seleccionados eran idóneos para evaluar la correspondiente dimensión de calidad de vida en cada colectivo.
- Determinar el grado de importancia de cada uno de los ítems seleccionados para evaluar la calidad de vida de cada colectivo.
- Determinar el grado de observabilidad de los ítems, es decir el grado en el que las acciones descritas en los ítems eran observables y podían ser valoradas de forma objetiva por un observador externo.
- Comprobar que los principales indicadores de calidad de vida estaban representados y si existían otros que hubieran sido obviados.

3.2. PARTICIPANTES

El grupo de jueces estuvo formado por un total de 15 expertos de Matia Fundazioa en el País Vasco. La mayoría (86,7%) de los expertos fueron mujeres. De ellos, 10 (66,67%) eran expertos en el colectivo de personas mayores y 5 (33,33%) en el colectivo de personas con discapacidad. En cuanto a su educación, el 40% eran diplo-

mados o licenciados y el 27% tenían además algún máster. Entre sus ocupaciones, la mayoría eran auxiliares, directores o trabajadores sociales; el resto eran psicólogos, enfermeros, monitores, encargados de servicios, neuropsicólogos, terapeutas ocupaciones y médicos. El 80% tenía más de 5 años de experiencia en atención especializada.

3.3. INSTRUMENTO

Para la realización de este estudio, se utilizó el *pool* de 158 ítems consensuado por el equipo de investigación. Los ítems se presentaron a los jueces en una hoja Excel organizados por dimensiones pero no por indicadores.

3.4. PROCEDIMIENTO

El contacto y la solicitud de participación a los jueces se realizaron por correo electrónico. Junto con la carta de solicitud de participación, se envió a los expertos una hoja para que rellenaran algunos datos personales, un documento con las instrucciones para completar la tarea y la hoja Excel con los ítems que debían valorar.

La tarea de los jueces consistió en valorar cada uno de los ítems en una escala de 1 a 6 en tres criterios: idoneidad, importancia y observabilidad. Así, debían aportar tres puntuaciones para cada uno de los ítems, siendo 6 la máxima puntuación y 1 la mínima. Además se les pidió que incluyeran tres ítems o indicadores para cada una de las dimensiones de calidad de vida, que consideraran importantes y que no estuvieran contemplados. Del mismo modo, se les solicitó que incluyeran todos los comentarios, sugerencias o reformulaciones de ítems que consideraran oportunos.

3.5. RESULTADOS

Para retener un ítem y que este formara parte de la versión inicial de la Escala FUMAT, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: (a) *idoneidad*: el promedio del ítem debía superar 5 puntos con una desviación típica inferior a 2.5 puntos; (b) *importancia* y *observabilidad*:

la puntuación promedio debía ser superior a 4 y la desviación típica inferior a 3.

Tan sólo 10 ítems no cumplieron los requisitos establecidos para la idoneidad, 8 ítems no lo hicieron en cuanto a la importancia y 6 no cumplieron los requisitos en cuanto a la observabilidad. De este modo, se eliminaron un total de 10 ítems. Las Figuras 1-6 (Bangdiwala, 1987) muestran el acuerdo entre los jueces para cada una de las variables según el colectivo y la dimensión evaluada. Estas figuras proporcionan una representación gráfica sencilla de los acuerdos entre jueces a partir de una tabla de contingencia. El gráfico se construye en un cuadrado $n \times n$, donde n es el tamaño total de la muestra. Los cuadrados azules, cada uno de un tamaño $n_{ii} \times n_{ii}$, muestran el acuerdo observado. Dichos cuadrados se inscriben en rectángulos mayores, cada uno de un tamaño $n_{i+} \times n_{+i}$. Estos rectángulos muestran el acuerdo máximo posible dados los totales marginales. El acuerdo parcial se consigna incluyendo una contribución ponderada proveniente de las celdas fuera de la diagonal y se representa en el gráfico por medio de rectángulos sombreados, cuyo tamaño es proporcional a la suma de las frecuencias de las celdas.

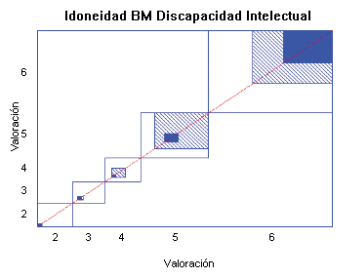
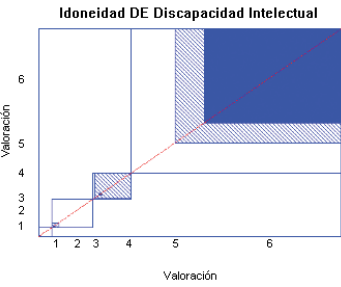
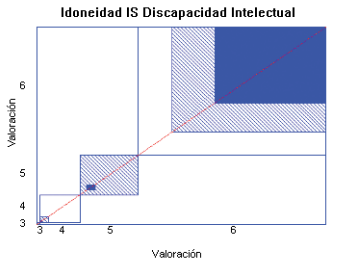
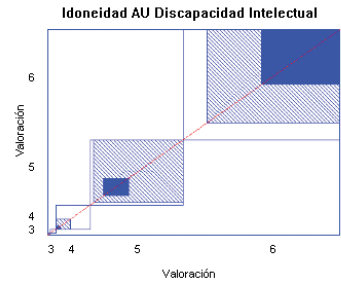
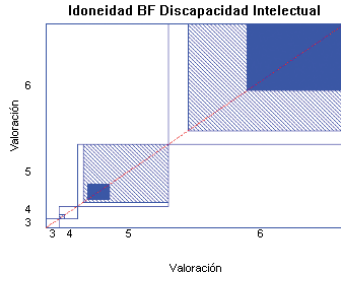
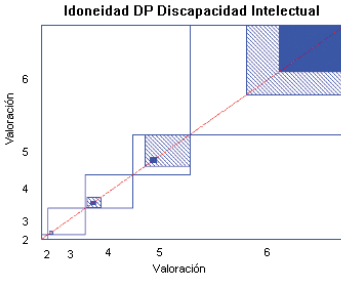
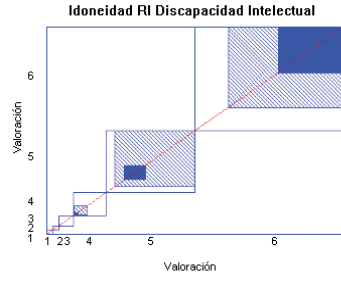
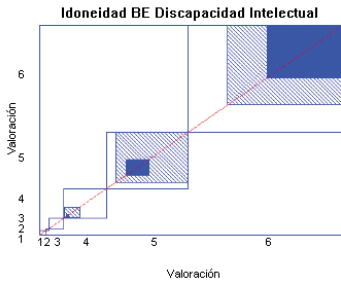


Figura 1. Acuerdo entre expertos en discapacidad en idoneidad

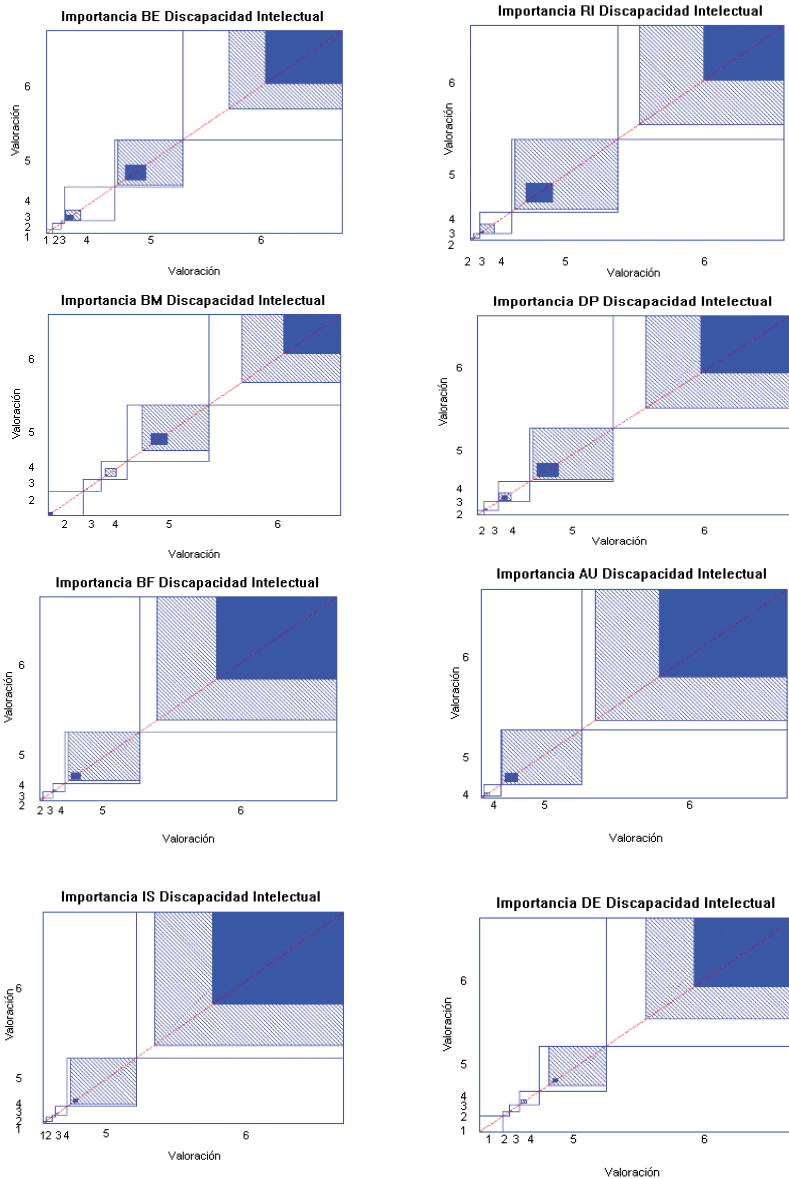


Figura 2. Acuerdo entre expertos en discapacidad en importancia

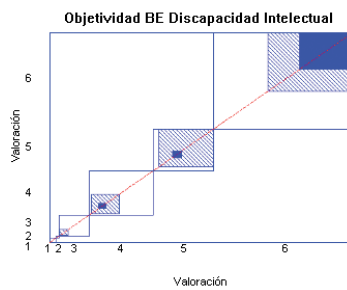
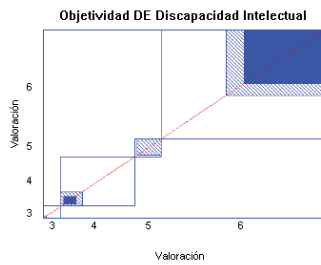
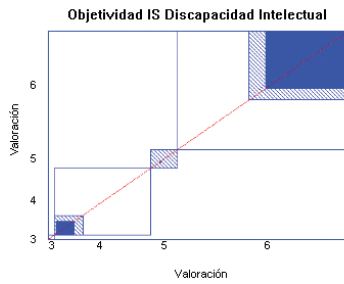
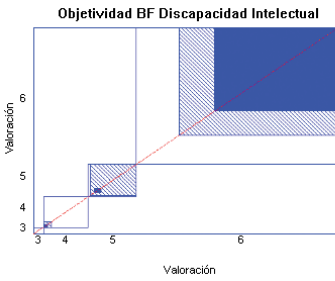
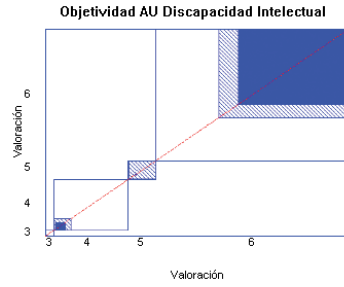
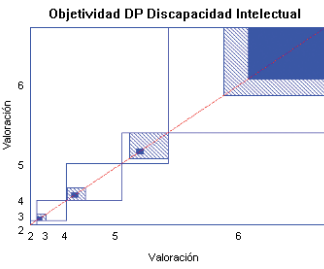
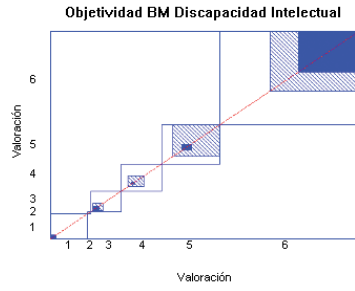
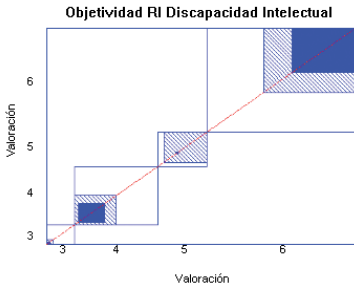


Figura 3. Acuerdo entre expertos en discapacidad en objetividad

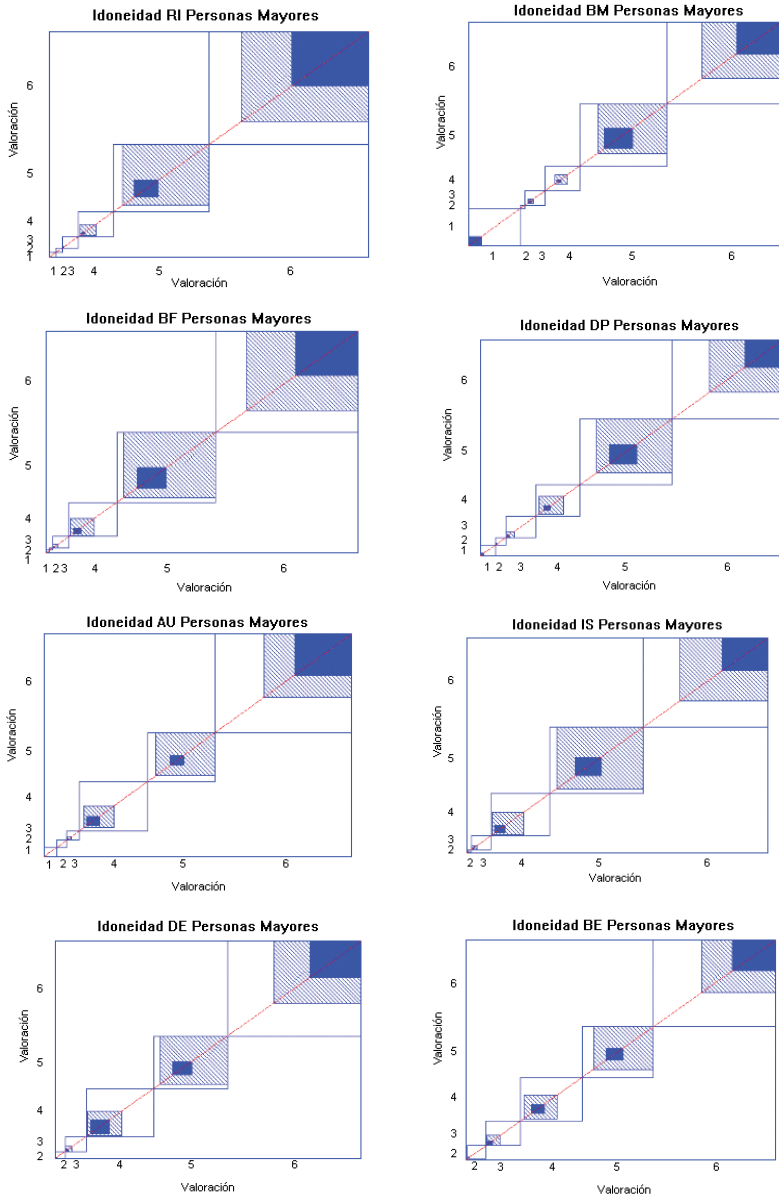


Figura 4. Acuerdo entre expertos en personas mayores en idoneidad

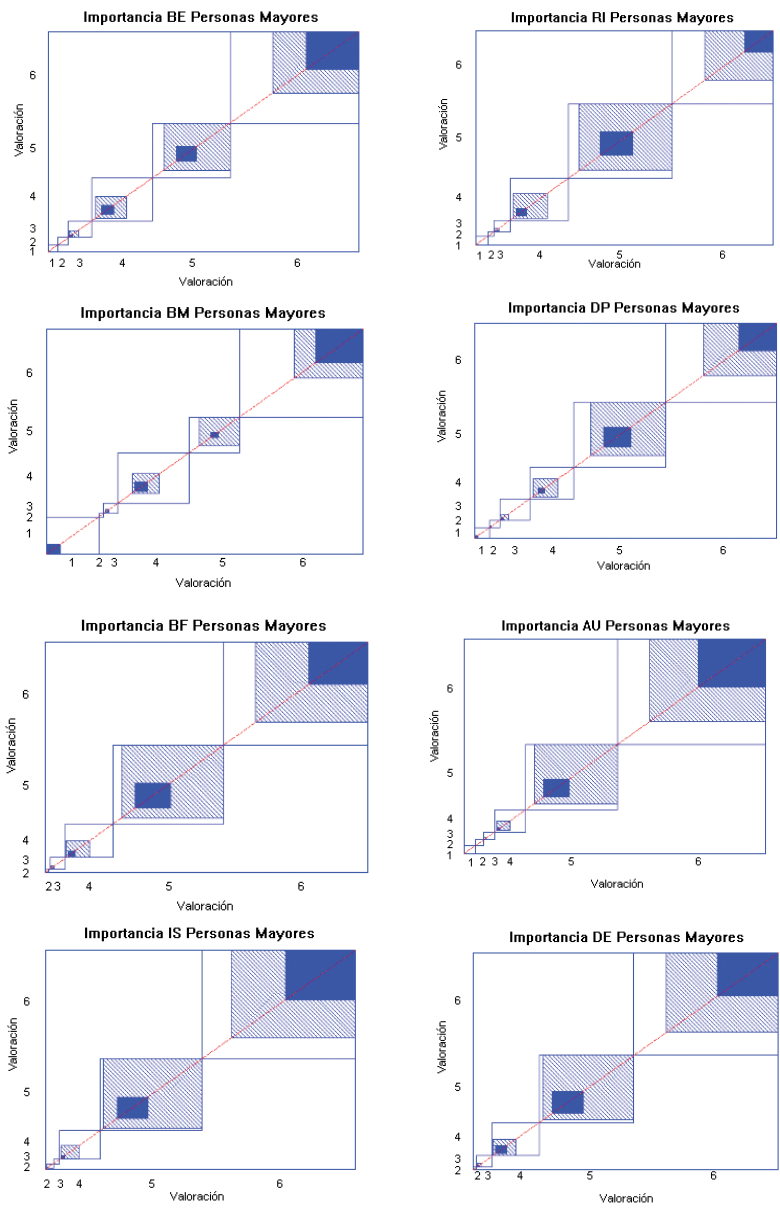


Figura 5. Acuerdo entre expertos en discapacidad intelectual en importancia

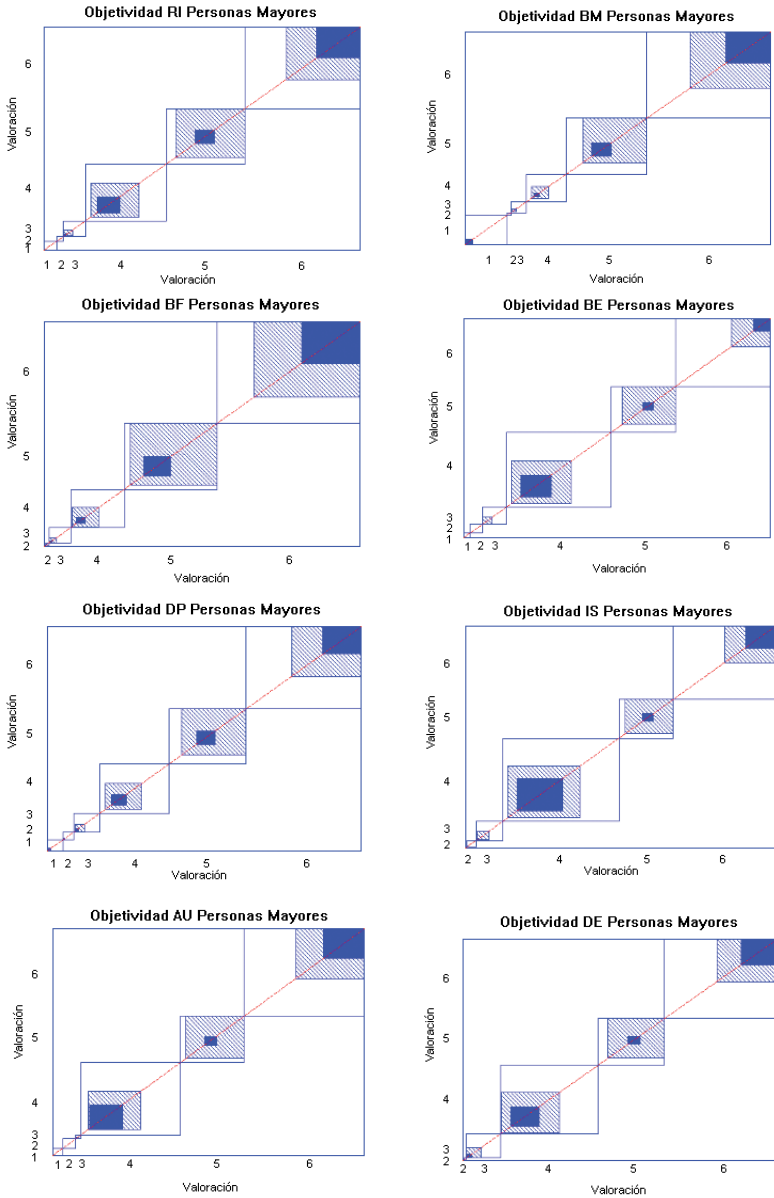


Figura 6. Acuerdo entre expertos en personas mayores en objetividad

3.5.1. Grado de consistencia

Posteriormente a la valoración de los ítems por parte de los jueces expertos, se procedió a determinar la consistencia del juicio de los expertos, a través del coeficiente alfa de Cronbach para la idoneidad, importancia y observabilidad de todos los ítems (Tabla 3).

Tabla 3. Grado de consistencia entre jueces

	Alfa de Cronbach
Idoneidad	,725
Importancia	,725
Observabilidad	,657

Tal como se observa en las Tablas 4, 5 y 6, las correlaciones entre cada juez y el conjunto, si se tiene en cuenta que en el conjunto se ha eliminando el juez implicado y el alto número de categorías ($N = 6$), son bastante altas en el caso de la idoneidad y la importancia ($\alpha > ,700$), y ligeramente más baja ($\alpha > ,600$) en cuanto a su observabilidad. En las Tablas 7, 8, 9 y 10, se observa cómo en general los jueces expertos asignaron una calificación muy alta a los 158 ítems en idoneidad y observabilidad, pero especialmente en importancia.

Tabla 4. Estadísticos ítem-total de la escala para idoneidad

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
JUEZ1	68,74	51,276	,197	,724
JUEZ2	68,84	50,898	,208	,722
JUEZ3	69,20	42,303	,508	,687
JUEZ4	70,12	43,622	,636	,680
JUEZ5	70,01	48,013	,170	,732
JUEZ6	69,99	51,592	,067	,731
JUEZ7	69,30	36,745	,677	,655
JUEZ8	68,93	51,352	,139	,726

Tabla 4. Estadísticos ítem-total de la escala para idoneidad (continuación)

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
JUEZ9	69,39	48,366	,204	,725
JUEZ10	70,32	43,443	,597	,682
JUEZ11	68,87	48,608	,226	,721
JUEZ12	71,38	45,906	,196	,737
JUEZ13	68,84	42,134	,601	,677
JUEZ14	70,20	48,515	,230	,721
JUEZ15	70,20	48,515	,230	,721

Tabla 5. Estadísticos ítem-total de la escala para importancia

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
JUEZ1	69,77	51,403	,154	,725
JUEZ2	69,80	51,242	,162	,724
JUEZ3	70,30	41,026	,569	,677
JUEZ4	71,02	42,770	,720	,672
JUEZ5	70,96	49,699	,021	,757
JUEZ6	71,02	51,509	,045	,731
JUEZ7	70,38	37,167	,646	,660
JUEZ8	69,73	51,919	,086	,727
JUEZ9	70,44	46,898	,290	,714
JUEZ10	71,03	42,770	,712	,672
JUEZ11	70,09	48,451	,170	,728
JUEZ12	72,41	43,083	,307	,720
JUEZ13	69,92	41,981	,586	,678
JUEZ14	71,22	48,632	,242	,719
JUEZ15	71,22	48,632	,242	,719

Tabla 6. Estadísticos ítem-total de la escala para observabilidad

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
JUEZ1	66,96	37,222	,111	,657
JUEZ2	66,97	36,987	,157	,655
JUEZ3	67,55	29,788	,433	,612
JUEZ4	68,97	30,615	,642	,591
JUEZ5	68,31	33,573	,266	,642
JUEZ6	68,06	37,663	-,039	,671
JUEZ7	67,62	31,698	,365	,626
JUEZ8	66,90	37,759	-,014	,661
JUEZ9	68,08	32,930	,254	,645
JUEZ10	68,98	30,557	,646	,590
JUEZ11	67,55	33,685	,161	,663
JUEZ12	69,76	29,579	,338	,634
JUEZ13	67,25	30,893	,366	,625
JUEZ14	68,49	36,316	,106	,659
JUEZ15	68,49	36,316	,106	,659

Tabla 7. Estadísticos descriptivos del banco de ítems

	Media	Desviación Típica
Idoneidad	4,98	0,35
Importancia	5,05	0,40
Observabilidad	4,86	0,36

Tabla 8. Estadísticos descriptivos para idoneidad

	N	Mínimo	Máximo	Media	Dev. típ.
JUEZ1	158	3	6	5,85	,420
JUEZ2	158	3	6	5,75	,501
JUEZ3	158	1	6	5,39	1,306

Tabla 8. Estadísticos descriptivos para idoneidad (continuación)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
JUEZ4	158	1	5	4,47	,962
JUEZ5	158	1	6	4,58	1,273
JUEZ6	158	3	6	4,61	,647
JUEZ7	158	1	6	5,37	1,393
JUEZ8	158	4	6	5,66	,512
JUEZ9	158	1	6	5,21	1,089
JUEZ10	158	1	5	4,27	1,032
JUEZ11	158	1	6	5,72	,977
JUEZ12	158	1	6	3,22	1,586
JUEZ13	158	1	6	5,79	,984
JUEZ14	158	2	6	4,40	,984
JUEZ15	158	2	6	4,40	,984

Tabla 9. Estadísticos descriptivos para importancia

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
JUEZ1	158	3	6	5,90	,360
JUEZ2	158	3	6	5,86	,399
JUEZ3	158	1	6	5,37	1,313
JUEZ4	158	1	5	4,65	,924
JUEZ5	158	1	6	4,71	1,482
JUEZ6	158	3	6	4,65	,639
JUEZ7	158	1	6	5,35	1,396
JUEZ8	158	4	6	5,94	,269
JUEZ9	158	1	6	5,22	1,074
JUEZ10	158	1	5	4,63	,933

Tabla 9. Estadísticos descriptivos para importancia (continuación)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
JUEZ11	158	1	6	5,58	1,113
JUEZ12	158	1	6	3,26	1,632
JUEZ13	158	1	6	5,78	,994
JUEZ14	158	2	6	4,44	,871
JUEZ15	158	2	6	4,44	,871

Tabla 10. Estadísticos descriptivos para observabilidad

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
JUEZ1	158	3	6	5,90	,360
JUEZ2	158	3	6	5,86	,399
JUEZ3	158	1	6	5,37	1,313
JUEZ4	158	1	5	4,65	,924
JUEZ5	158	1	6	4,71	1,482
JUEZ6	158	3	6	4,65	,639
JUEZ7	158	1	6	5,35	1,396
JUEZ8	158	4	6	5,94	,269
JUEZ9	158	1	6	5,22	1,074
JUEZ10	158	1	5	4,63	,933
JUEZ11	158	1	6	5,58	1,113
JUEZ12	158	1	6	3,26	1,632
JUEZ13	158	1	6	5,78	,994
JUEZ14	158	2	6	4,44	,871
JUEZ15	158	2	6	4,44	,871

Los ítems con calificación inferior fueron los ítems 30, 47, 48, 49, 53, 54, 57 59, 67 y 68, al no cumplir los requisitos establecidos

para aceptar los ítems como válidos, fueron eliminados. Todos ellos mostraron una puntuación media en los tres criterios –idoneidad, importancia y observabilidad– igual o inferior a 4 (Tabla 11).

Tabla 11. Estadísticos descriptivos de los ítems eliminados

		Media	DT
i030	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya (la misma discapacidad, la misma enfermedad o problemática)	4,04	1,90
i057	Sus ingresos son insuficientes para permitirle ahorrar	4,00	1,94
i067	El trabajo que desempeña le permite aprender cosas nuevas	3,96	2,19
i068	Cuenta con las habilidades necesarias para realizar bien su trabajo	3,96	2,18
i048	El lugar donde trabaja cumple con las normas de higiene	3,76	2,16
i047	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad	3,71	2,14
i054	Se queja de su trabajo o de no tenerlo	3,67	2,09
i049	El lugar donde trabaja tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	3,62	2,38
i053	Tiene un trabajo estable	3,49	2,16
i059	Su trabajo está bien remunerado	3,27	2,02

En contraste, los ítems mejor calificados por los jueces en general fueron los especificados en la Tabla 12.

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de los ítems mejor calificados

		Media	DT
i090	Tiene problemas de continencia	5,51	0,67
i084	Tiene problemas de movilidad	5,47	0,80
i087	Tiene problemas de sueño	5,47	0,69
i092	Se viste solo	5,44	0,77
i034	Recibe visitas de su familia	5,42	0,71

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de los ítems mejor calificados (continuación)

		Media	DT
i088	Dispone de ayudas técnicas si las necesita	5,42	0,82
i110	Elige cómo pasar su tiempo libre	5,40	0,76
i038	No tiene ningún familiar cercano	5,38	0,85
i083	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar	5,38	0,62
i096	Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal	5,38	0,78
i0140	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	5,38	0,71

Una vez realizados los análisis, el siguiente paso consistió en elegir los ítems más adecuados para que formaran parte de la versión final de la Escala FUMAT. Para ello, entre los 148 ítems válidos, se consideró que debían seleccionarse al menos: (1) 10 ítems por cada una de las ocho dimensiones de calidad de vida; y (2) un ítem por cada uno de los indicadores de calidad de vida. La selección realizada se muestra en la Tabla 13.

Con los 80 ítems seleccionados y una vez garantizado que éstos representaban las dimensiones e indicadores importantes para evaluar la calidad de vida de una persona, el siguiente paso consistió en la reformulación de todos los ítems. Dicha reformulación respondió a dos objetivos principales: (a) incorporar los comentarios y sugerencias aportados por los jueces expertos; (b) contar con la mitad de ítems con valencia positiva y la otra mitad de valencia negativa para evitar sesgos de respuesta (por ejemplo, la aquiescencia); (c) evitar el uso de adverbios de frecuencia (puesto que podrían entrar en conflicto con la escala de respuesta); y (d) evitar el uso del adverbio no y otras expresiones, que llevan a confusión en la respuesta.

Tabla 13. Ítems e indicadores seleccionados tras la consulta a jueces

BINESTAR EMOCIONAL		
Estabilidad Emocional (Salud Mental)	i001	El contexto en el que vive le produce estrés
	i002	En el servicio al que acude le proporcionan atención psicológica cuando la necesita
Satisfacción	i006	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe
	i007	Se muestra satisfecho consigo mismo
	i008	En general, se muestra satisfecho con su vida
Autoconcepto	i010	Dice que es un inútil
	i013	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad
Ausencia de estrés, sentimientos negativos	i017	Dice sentirse triste o deprimido
	i018	Tiene problemas de comportamiento
	i019	Se muestra intranquilo o nervioso
Relaciones de pareja	i021	El servicio al que acude dificulta el establecimiento de relaciones de pareja
	i022	Tiene pareja o tiene posibilidades de tenerla si quisiera
RELACIONES INTERPERSONALES		
Tiene amigos claramente identificados	i026	Recibe visitas de sus amigos
	i027	Realiza actividades que le gustan con otras personas
Relaciones Sociales	i031	Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude
	i032	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude

Tabla 13. Ítems e indicadores seleccionados tras la consulta a jueces (continuación)

Relaciones familiares	i035	Mantiene una buena relación con su familia
	i038	No tiene ningún familiar cercano
Contactos sociales positivos y gratificantes	i039	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él
	i040	Valora positivamente sus relaciones de amistad
BIENESTAR MATERIAL		
Vivienda	i041	El lugar donde vive es confortable
	i044	El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades
	i045	El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades
Condiciones del servicio	i050	El servicio al que acude cumple con las normas de seguridad
	i051	El servicio al que acude cumple con las normas de higiene
	i052	El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades
Jubilación	i055	Dice no estar satisfecho con su jubilación (por haber dejado de realizar la actividad que desempeñaba)
Posesiones	i056	Dispone de las cosas materiales que necesita
Ingresos	i058	Se queja de su salario (o pensión)
	i060	Sus ingresos le permiten cubrir sus necesidades básicas

Tabla 13. Ítems e indicadores seleccionados tras la consulta a jueces (continuación)

DESARROLLO PERSONAL		
Oportunidades de aprendizaje	i063	En el servicio al que acude realiza actividades que le permiten aprender cosas nuevas
	i064	En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan
	i065	El servicio al que acude le proporciona la oportunidad de adquirir nuevas habilidades
Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación)	i070	Es responsable de la toma de su medicación
	i072	Resuelve con eficacia los problemas que se le plantean
	i074	Muestra escasa flexibilidad mental
	i075	Comprende la información que recibe
Habilidades académicas	i076	Expresa información
	i077	Maneja conceptos matemáticos básicos útiles para la vida cotidiana (sumar, restar...)
	i078	Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico...)
BIENESTAR FÍSICO		
Atención Sanitaria	i079	Tiene acceso a la asistencia sanitaria que necesita
Memoria	i082	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, etc.)
Movilidad	i084	Tiene problemas de movilidad
Visión	i085	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales
Sueño	i087	Tiene problemas de sueño
Acceso ayudas técnicas	i088	Dispone de ayudas técnicas si las necesita
Actividades de la vida diaria. Continencia	i090	Tiene problemas de continencia
	i093	Se muestra limpio y aseado

Tabla 13. Ítems e indicadores seleccionados tras la consulta a jueces (continuación)

Audición	i096	Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal
Salud General	i097	Su salud le impide salir a la calle
AUTODETERMINACIÓN		
Metas y Preferencias Personales	i098	El servicio al que acude organiza actividades sin contar con sus preferencias
	i099	Hace planes sobre su futuro
Autonomía	i103	Maneja el dinero independientemente (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)
	i106	Organiza su propia vida
Elecciones	i110	Elige cómo pasar su tiempo libre
	i111	Los servicios y los apoyos que requiere cambian a medida que cambian sus deseos, necesidades y preferencias
	i113	Ha elegido el lugar donde actualmente vive
Decisiones	i116	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas
	i117	Toma decisiones importantes para su vida
	i118	Su familia respeta sus decisiones

Tabla 13. Ítems e indicadores seleccionados tras la consulta a jueces (continuación)

INTEGRACIÓN SOCIAL		
Participación	i120	Tiene dificultades para participar en su comunidad
	i121	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan
	i122	Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude
Integración	i123	No se relaciona con otras personas del centro
	i130	Está integrado en su comunidad
	i132	Está integrado con sus compañeros del servicio al que acude
Apoyos	i126	Su red de apoyos no satisface sus necesidades
	i135	En el servicio al que acude encuentra apoyos cuando lo necesita
	i138	Su familia le da apoyo cuando lo necesita
	i139	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita
General	i140	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos
DERECHOS		
Ejerce derechos	i141	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)
Responsabilidades	i142	Cumple con las normas establecidas en el servicio al que acude
Dignidad	i144	Sufre malos tratos
	i145	Sufre abandono
Derechos legales	i147	Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal
Información	i148	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe
Respeto	i150	En su entorno es tratado con respeto
Defensa de derechos	i154	Defiende sus derechos cuando no son respetados
Intimidad	i155	En el servicio al que acude se respeta su intimidad

4. APLICACIÓN A UNA AMPLIA MUESTRA

4.1. PARTICIPANTES

En la validación de la Escala FUMAT participaron 100 usuarios de los 5 centros de Matia Fundazioa en el País Vasco: Centro de Atención Residencial Especializada IZA (20%), Julián Rezola (20%), Lamourous (20%), Fraisoro (20%) y Txara 1 (20%). De estos, los cuatro últimos son centros residenciales para personas mayores, mientras que el primero es un centro para personas con discapacidad. De este modo, el 80% de la población evaluada fueron personas mayores, mientras el 20% restante fueron personas con discapacidad. La mayoría de los participantes fueron mujeres (56%). El rango de edades osciló entre 24 y 99 años, siendo la media 74,67 y la mediana 78,50. La edad más frecuente fue 87 años (11%) de la muestra. El grupo de edad minoritario fue el de personas menores de 65 años, que suponía un 24% de la muestra total. Más del 50% de la muestra tenía una edad superior a 78 años. Con respecto al estado civil, casi todos los participantes (80%) eran solteros sin pareja (41%) o viudos (39%), el 10% tenía pareja o estaban casadas, el resto estaban separados o divorciados. La mayoría de las personas evaluadas (83%) nunca habían estado escolarizadas o sólo tenían estudios de Primaria, solo el 2% alcanzó la Educación Secundaria y el 7% había llegado a estudiar Bachillerato o Formación profesional, el 4% tenían estudios universitarios y el 2% tenían estudios de doctorado.

Los profesionales que cumplimentaron las Escalas fueron 9. Todos excepto uno fueron mujeres. La mayoría de las escalas fueron completadas por 5 psicólogos (85,74%), un porcentaje considerable (10,2%) fueron completadas por tres trabajadores sociales y el resto (4%) por un terapeuta ocupacional. Las edades de los evaluadores estaban comprendidas entre 25 y 36 años. La mayoría conocían a las personas evaluadas desde hacía más de 2 años (49%) y todos contaban con más de 3 años de experiencia en atención especializada.

Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico casual: formaron parte todas aquellas personas mayores y personas con discapacidad, mayores de 18 años, que eran usuarios de los servicios prestados por Matia Fundazioa y que fueron

seleccionados por dicha entidad. En cuanto a los profesionales, participaron aquellos que estuvieron de acuerdo en completar la escala, conocían bien y trabajaban directamente con la persona sobre la que informaban.

4.2. INSTRUMENTO

Se utilizó la versión piloto de la Escala FUMAT y del Manual del Evaluador, ambos en su versión electrónica. Se trataba de un cuestionario autoadministrado, en el que el profesional respondía a cuestiones observables de la calidad de vida del usuario. El tiempo de cumplimentación era de 10 a 15 minutos y aproximadamente unos 20 minutos si sumamos el tiempo de lectura del manual donde se facilitaba toda la información necesaria para poder responder de forma autónoma. Constaba de 80 ítems que evaluaban diferentes indicadores de calidad de vida y que conforman las ocho dimensiones, enunciados en tercera persona, con formato declarativo y ordenados de forma aleatoria dentro de su correspondiente dimensión. Todos los ítems podían responderse con un formato de respuesta de frecuencia de cuatro opciones: *'nunca o casi nunca'*, *'a veces'*, *'frecuentemente'*, *'siempre o casi siempre'*.

4.3. PROCEDIMIENTO

En primer lugar se envió una carta por correo electrónico que explicaba los objetivos del estudio y en la que se solicitaba la participación a cada uno de los profesionales seleccionados. En la carta se incluyó la dirección Web donde se encontraba la versión electrónica de la Escala FUMAT, el manual con las instrucciones necesarias para completarla, la descripción del proyecto de investigación, y la explicación paso por paso del procedimiento de aplicación. Por supuesto, se garantizó la confidencialidad de los datos proporcionados de los usuarios y el anonimato de los profesionales. Además, se les proporcionó una dirección de correo electrónico para que pudieran realizar las consultas, comentarios o sugerencias que estimaran oportunos.

4.4. RESULTADOS

En primer lugar, analizamos las propiedades psicométricas de los ítems que componían la Escala FUMAT, para conocer su poder discriminativo y su contribución a la homogeneidad del test. Conociendo estos valores, analizamos la fiabilidad de cada una de las dimensiones que componían las subescalas y estudiamos la contribución de cada uno de los ítems a la fiabilidad de la dimensión para eliminar los inadecuados.

Según este procedimiento, se calculó en primer lugar la consistencia interna inicial de cada una de las subescalas. La consistencia interna hace referencia al grado de relación existente entre los ítems que componen la escala. Concretamente, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach (α) y la correlación de entre dos mitades de Spearman-Brown (r). El propósito era poder comprobar posteriormente hasta qué punto la eliminación de los ítems con escaso poder discriminativo afectaba a la fiabilidad. La Escala FUMAT obtuvo un $\alpha=,954$ y una correlación entre dos mitades $r=,905$; por tanto, una consistencia inicial muy alta.

A continuación, se analizó la fiabilidad de los ítems a partir de la correlación entre el ítem y la puntuación total del resto de los ítems que componen la escala. Esta correlación se conoce como índice de homogeneidad corregida (IH_c). Por contar con un IH_c inferior a $,300$ y por contribuir su eliminación a aumentar la consistencia interna de la dimensión que evaluaban, se eliminaron un total de 23 ítems. Con tal eliminación de ítems, llegamos a la versión final del instrumento que consta de 57.

3. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

1. CONSISTENCIA INTERNA

El índice de fiabilidad de una escala puede obtenerse de distintas formas, siendo las más frecuentes los coeficientes de consistencia interna, los coeficientes de estabilidad temporal y los coeficientes de equivalencia. El coeficiente de consistencia interna puede determinarse a partir de una sola aplicación de una única forma de un test, por lo que constituye el método más adecuado para demostrar la fiabilidad en nuestro caso. Los procedimientos que hemos utilizado para su cálculo han sido el método de correlación entre dos mitades de Spearman-Brown (r) y el coeficiente alfa de Cronbach (α).

Como puede observarse en la Tabla 14, en relación con el análisis inicial de la fiabilidad que realizamos antes de la eliminación de los ítems, se logró aumentar ligeramente la consistencia interna según el coeficiente alfa de Cronbach, aunque disminuyó ligeramente la correlación entre dos mitades de Spearman-Brown. Aún así, la fiabilidad de la escala, en términos de consistencia interna, continuaba siendo excelente a la vez que se lograba disminuir considerablemente la longitud de la escala. En cuanto a las dimensiones evaluadas, la eliminación de ítems dio lugar a un incremento de la consistencia interna en todas ellas (Tabla 14). Tal incremento puede apreciarse de una forma visual sencilla en la Figura 7.

Los resultados indicaron que los coeficientes de consistencia interna fueron bastante elevados (Tabla 15, Figura 8) en todos los casos, con la excepción de la dimensión Bienestar Material, en la

que se alcanzó una fiabilidad adecuada según el coeficiente alfa de Cronbach pero muy baja en el caso del coeficiente de Spearman Brown ($\alpha = ,694$; $r = ,308$). El resto de las dimensiones mostraron fiabilidades superiores a $,700$; la dimensión que presentó mayor consistencia interna fue Desarrollo Personal, seguida de la dimensión Autodeterminación, ambas con coeficientes superiores a $,900$.

Tabla 14. Comparación de la Fiabilidad de la versión piloto y la versión final

	Escala FUMAT piloto	Escala FUMAT final
Alfa	,954	,962
Spearman-Brown	,905	,894
N ítems	80	57
N casos	100	100

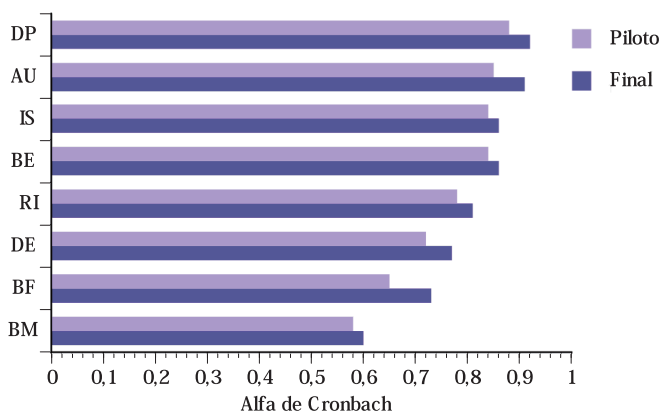


Figura 7. Comparación de la fiabilidad de la versión inicial y final

Tabla 15. Consistencia interna de las subescalas

ESCALA FUMAT	Alpha de Cronbach	Dos mitades	N Ítems
BIENESTAR EMOCIONAL	,860	,901	8
RELACIONES INTERPERSONALES	,807	,753	6
BIENESTAR MATERIAL	,604	,308	7
DESARROLLO PERSONAL	,918	,928	8
BIENESTAR FISICO	,732	,781	6
AUTODETERMINACIÓN	,908	,845	8
INCLUSIÓN SOCIAL	,862	,870	9
DERECHOS	,774	,823	5
ESCALA TOTAL	,962	,894	57

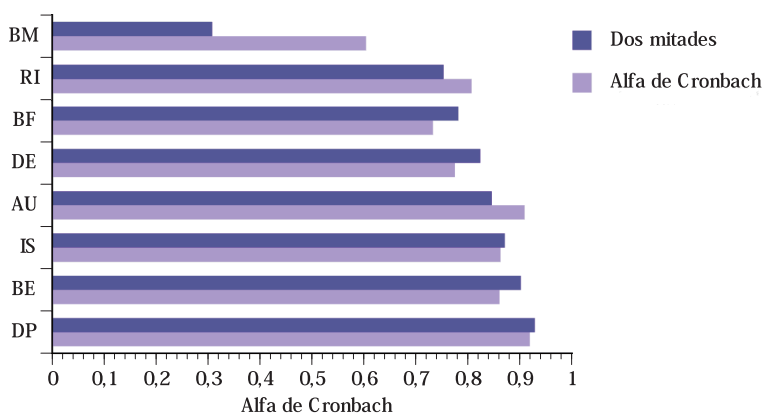


Figura 8. Consistencia interna de las subescalas

2. ERROR TÍPICO DE MEDIDA

Tanto el coeficiente de fiabilidad –medida relativa– como el error típico de medida (ETM) –medida absoluta– permiten estimar la precisión de un test. El primero indica la coherencia del test consigo mismo y la relativa constancia de la información que proporciona,

mientras que el segundo expresa directamente la cuantía del error de la medida. Así, el segundo nos indica la precisión absoluta del instrumento, dado que permite estimar la diferencia entre la medida obtenida y la que se obtendría si no hubiera ningún error. Los errores típicos de medida para la escala total y las ocho subescalas se presentan en la Tabla 16.

Tabla 16. Errores típicos de medida de las subescalas y la escala total

ESCALA FUMAT	DT	r	ETM
BIENESTAR EMOCIONAL	6,533	,807	2,870
RELACIONES INTERPERSONALES	5,193	,604	3,268
BIENESTAR MATERIAL	3,555	,918	1,018
DESARROLLO PERSONAL	7,511	,732	3,888
BIENESTAR FISICO	4,570	,908	1,386
AUTODETERMINACIÓN	7,887	,862	2,930
INCLUSIÓN SOCIAL	7,229	,774	3,437
DERECHOS	4,787	,962	0,933
ESCALA TOTAL	37,662	,860	14,092

Para interpretar el valor e importancia del coeficiente de fiabilidad en un grupo determinado, se suele comparar la desviación típica (DT) del grupo con el ETM. Si la DT es considerablemente mayor que el ETM, tenemos muchas garantías de la precisión del instrumento. En cambio, si la DT es del mismo orden de magnitud que el ETM, los errores serán tan grandes respecto a la variabilidad de las puntuaciones que se corre el riesgo de que gran parte de las diferencias individuales que se aprecien con la escala se deban únicamente a errores de medida. En la Figura 9, se ilustra cómo las DTs (representadas con cuadrados) son considerablemente mayores que los correspondientes ETMs (representados con un círculo).

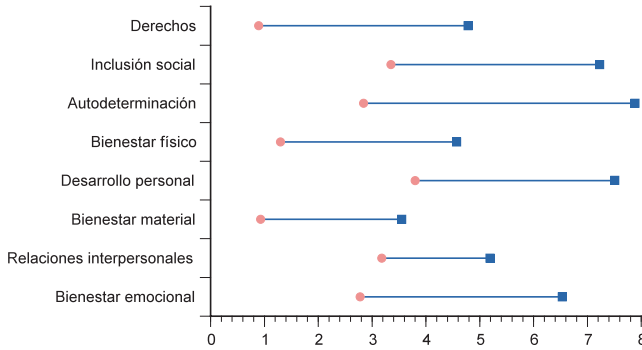


Figura 9. Distancias entre el error típico de medida y la desviación típica

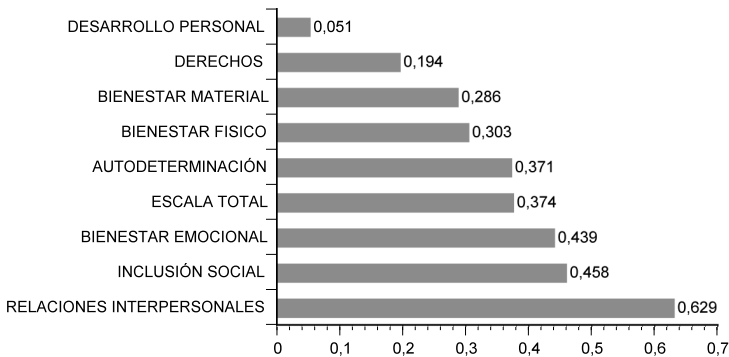


Figura 10. Magnitud del error típico de medida con respecto a la desviación típica

La Figura 10 muestra la comparación de la magnitud del ETM con respecto a las DTs. Gracias a estas representaciones gráficas podemos concluir de una forma intuitiva que las puntuaciones de la Escala FUMAT no tienen un elevado error típico de medida, y por lo tanto, que son fiables. Los ETMs de menor magnitud se encuentran en las dimensiones Desarrollo Personal y Derechos. Si bien, el ETM es más perjudicial en la dimensión Relaciones Interpersonales.

3. FIABILIDAD BASADA EN LA ESTRUCTURA FACTORIAL

Como complemento a los índices de consistencia interna, se calcularon otros dos indicadores derivados del análisis factorial como son Zeta de Carmines (Θ) (Carmines y Zeller, 1979) y Omega de Heise y Bohrnstedt (Ω) (1970). La fiabilidad de la Escala FUMAT y de las ocho subescalas según estos coeficientes se presenta en la Tabla 17 y se ilustra en las Figuras 11 y 12.

Tabla 17. Fiabilidad basada en la estructura factorial

	Θ	Ω
BIENESTAR EMOCIONAL	,868	,967
RELACIONES INTERPERSONALES	,821	,933
BIENESTAR MATERIAL	,626	,893
DESARROLLO PERSONAL	,936	,953
BIENESTAR FISICO	,744	,909
AUTODETERMINACIÓN	,915	,950
INCLUSIÓN SOCIAL	,864	,939
DERECHOS	,794	,873
ESCALA TOTAL	,968	,991

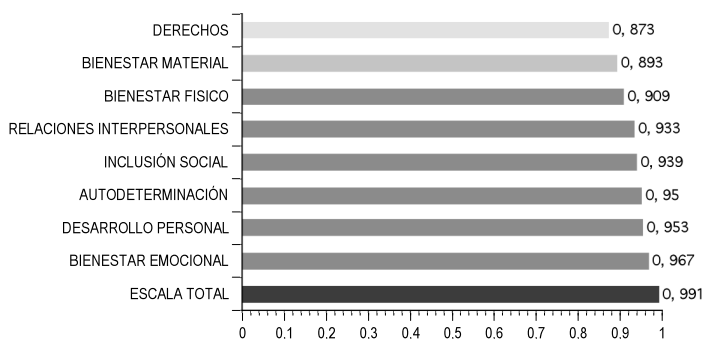


Figura 11. Fiabilidad Omega

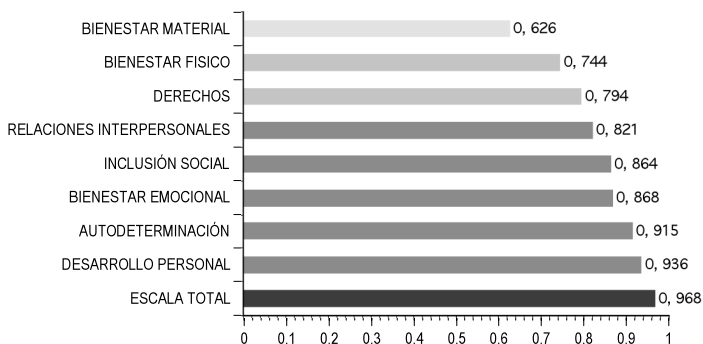


Figura 12. Fiabilidad Zeta

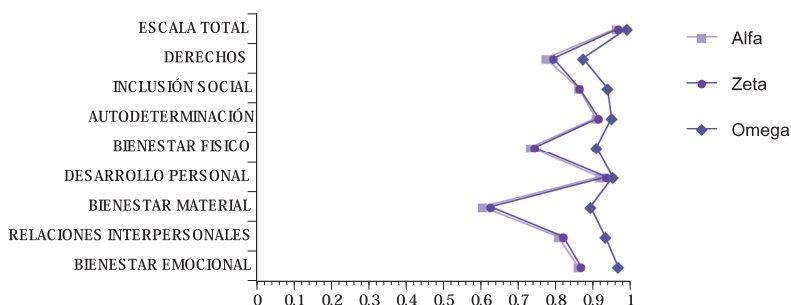


Figura 13. Comparación de índices de fiabilidad de la Escala FUMAT (Alfa, Zeta y Omega)

Los coeficientes Ω de las dimensiones oscilaron entre ,873 y ,967. La dimensión que mostró menor fiabilidad fue Derechos, seguida de Bienestar Material. La escala total mostró un coeficiente Ω muy cercano a 1 ($\Omega = ,991$), por lo que se puede afirmar que la prueba tiene una fiabilidad muy alta según este coeficiente. Los coeficientes Θ de las dimensiones, por su parte, oscilaron entre ,626 y ,936. La dimensión que mostró menor fiabilidad fue Bienestar Material, seguida de Bienestar Físico y Derechos. La escala total mostró un coeficiente Ω muy cercano a 1 ($\Omega = ,968$), por lo que también podemos afirmar que tiene una fiabilidad muy alta según este coeficiente. Ambos coeficientes –Zeta y Omega– son estimadores del

límite superior de α , siendo su ordenación en lo referente a su cuantía como sigue: $\alpha < \Theta < \Omega$, así puede observarse en la Figura 13.

4. EVIDENCIAS DE VALIDEZ BASADAS EN EL CONTENIDO

La validez de contenido alude a la necesidad de garantizar que el test constituye una muestra adecuada y representativa de los contenidos que se pretende evaluar con él. Su estimación parte de una buena definición de los contenidos que pretenden evaluarse mediante la escala. Posteriormente se realiza un análisis lógico del contenido que la compone y se comprueba el grado de coincidencia entre los contenidos definidos previamente y los que aparecen en la escala. Así pues, generalmente, el tipo de fundamento para la validez de contenido es más teórico y lógico que empírico, puesto que suele evaluarse al margen de las respuestas emitidas por una muestra representativa de personas. Se han empleado varios métodos para dotar de validez de contenido a la escala. El primero, mediante la revisión de la literatura realizada en nuestra *Justificación Teórica*. El segundo, mediante la consulta a jueces expertos comentada para la construcción del instrumento.

4.1. REVISIÓN DE LA LITERATURA CIENTÍFICA

El proceso de desarrollo del instrumento, comenzó con una exhaustiva revisión de la literatura científica sobre calidad de vida, discapacidad y envejecimiento. Los indicadores seleccionados fueron extraídos de dicha revisión de la literatura, de la Escala de Calidad de Vida de Schalock y Keith (1993), la Escala INTEGRAL de Calidad de Vida de Verdugo, Gómez, Arias y Schalock (2009), de la Escala GENCAT (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2008, 2009), de grupos focales realizados en distintos países sobre la importancia de dichos indicadores, y de investigaciones transculturales (Gómez, 2005; Gómez y Gómez-Vela, 2006; Gómez, Verdugo y Arias, 2007; Jenaro et al., 2005; Schalock, 1996, 1997; Schalock y Verdugo, 2002/2003, 2007; 2008; Schalock et al., 2005, en prensa; Verdugo,

2006; Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2009; Verdugo, Gómez, Arias y Schalock, 2009, en prensa; Verdugo y Schalock, 2001).

4. 2. CONSULTA A JUECES EXPERTOS

En cuanto al segundo método, como se ha descrito con detalle anteriormente, los ítems fueron sometidos a varias revisiones críticas y varios procesos de discusión por parte del equipo de investigación. Posteriormente, fueron revisados por 15 jueces. Sus valoraciones se sometieron a un análisis de concordancia que sirvió para eliminar aquellos ítems que no cumplieron los requisitos establecidos y seleccionar aquellos que formarían parte de la versión final. Del mismo modo, la consulta a jueces expertos sirvió para reformular todos los ítems teniendo en cuenta sus comentarios y sugerencias.

5. EVIDENCIAS DE VALIDEZ DISCRIMINANTE

Por otra parte, a fin de comprobar la capacidad de la escala para diferenciar entre sujetos con diferentes niveles globales de calidad de vida, se llevó a cabo un análisis *clusters* de *k*-medias a partir de las puntuaciones obtenidas en las ocho dimensiones. El análisis mostró la existencia de tres grupos diferenciados. El *cluster* 1 (37 casos) obtuvo puntuaciones medias en seis de las ocho dimensiones, y más altas en Bienestar Emocional y Bienestar Material. En estas dos dimensiones, junto con Relaciones Interpersonales, no se observaron diferencias significativas con respecto al *cluster* 3, conformado por los 49 casos que alcanzaron las puntuaciones más elevadas en el conjunto de los factores. El resto de los sujetos se agrupan en el *cluster* 2, y presentan un perfil de puntuaciones más bajas en todas las dimensiones con excepción del Bienestar Material.

Una vez configurados los *clusters* como se ha descrito, se procedió a realizar un análisis discriminante múltiple tomando las puntuaciones en las respectivas dimensiones como variables independientes y la pertenencia a los *clusters* mencionados como variable de agrupación. Los resultados (λ de Wilks = ,064; $F(16,180) = 33,26$; $p = ,000$) pusieron de manifiesto la capacidad de la función para clasi-

ficar correctamente al 100% de los participantes de los *clusters* 2 y 3, y al 94,59% de los participantes del *cluster* 1.

A la luz de estos resultados, podemos concluir que la Escala FUMAT permite diferenciar entre grupos de personas según sus puntuaciones de calidad de vida, constatando así su validez discriminante.

6. EVIDENCIAS DE VALIDEZ CONVERGENTE

La validez convergente se refiere al grado de coincidencia entre múltiples medidas de la misma magnitud con diferentes métodos. De forma operativa, esta validez existe cuando se obtiene una correlación significativa entre las variables en las que se descompone aquella que se pretende operar y que teóricamente se había supuesto que formaban parte de ésta. En la Tabla 18 se presentan las correlaciones de Spearman entre las ocho dimensiones de calidad de vida. En ella puede apreciarse que todas las correlaciones encontradas son significativas ($p < ,01$), a excepción de la correlación entre las dimensiones Derechos y Bienestar Material ($r = ,192$). Las correlaciones encontradas oscilaron entre ,192 y ,874. La mayor parte de los coeficientes oscilaban entre ,300 y ,700 (Figura 14).

Tabla 18. Validez convergente

	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS
RI	,650(**)	1,000					
BM	,430(**)	,463(**)	1,000				
DP	,425(**)	,320(**)	,198(*)	1,000			
BF	,411(**)	,325(**)	,228(*)	,745(**)	1,000		
AU	,481(**)	,419(**)	,239(*)	,874(**)	,753(**)	1,000	
IS	,573(**)	,680(**)	,307(**)	,600(**)	,591(**)	,642(**)	1,000
DE	,331(**)	,243(*)	,192	,866(**)	,762(**)	,846(**)	,576(**)

NOTA. ** La correlación es significativa al nivel ,01. *La correlación es significativa al nivel ,05.

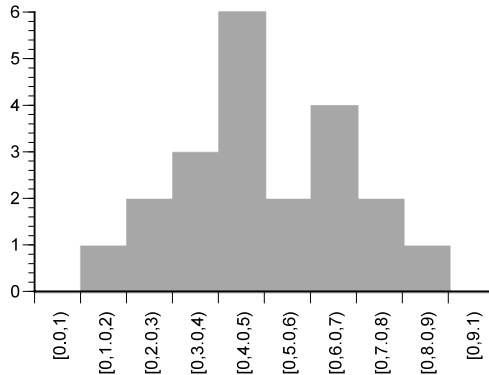


Figura 14. Coeficientes de correlaciones entre las dimensiones de calidad de vida

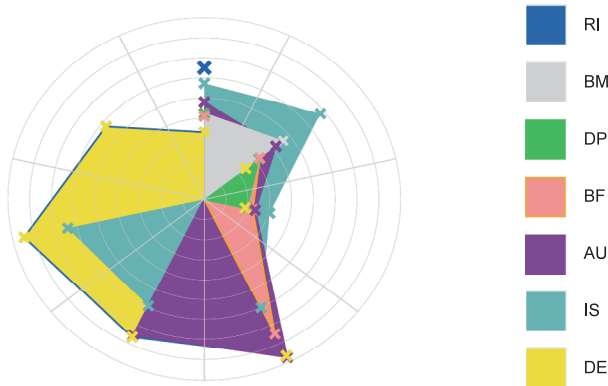


Figura 15. Correlaciones entre las dimensiones de calidad de vida

La Figura 15 representa gráficamente tales correlaciones. En ella puede observarse que las correlaciones más elevadas se encuentran entre Autodeterminación y Desarrollo personal ($r = ,874$), entre Derechos y Desarrollo personal ($r = ,866$), y entre Autodeterminación y Derechos ($r = ,846$). Los coeficientes de correlación más bajos se encuentran entre las dimensiones Derechos y Bienestar Material ($r = ,192$), y entre Desarrollo Personal y Bienestar Material ($r = ,198$).

4. NORMAS DE APLICACIÓN

1. REQUISITOS DEL INFORMADOR

La Escala FUMAT debe ser completada por un profesional que haya completado al menos tres años de estudios universitarios y que esté trabajando en el campo de los servicios sociales (un psicólogo, un trabajador social, un orientador, un gestor de casos, etc.), que esté familiarizado con el concepto de calidad de vida y pueda adoptar el rol de observador externo.

El informador, además, debe trabajar directamente con la persona cuya calidad de vida va a evaluar y debe conocerla bien (al menos desde hace tres meses). Debe tener posibilidad de observar a la persona en distintos contextos y durante amplios períodos de tiempo (al menos varias horas en cada contexto), puesto que tendrá que responder a preguntas de muy diversa índole sobre su vida. Es decir, debe conocer aspectos de la persona como, por ejemplo, cómo se desenvuelve en su trabajo, cómo se relaciona con otras personas o cómo se desenvuelve en su vida diaria.

Si el informador necesita solicitar información de otras personas, no debe hacerlo nunca al individuo sobre el cual está informando. Puede consultar a otros profesionales y, en último caso, a familiares, padres o tutores. Es responsabilidad del informador contrastar e integrar la información recibida de los distintos informadores para llegar a la calificación final.

2. EL ROL DEL INFORMADOR

El trabajo que lleva a cabo el informador en la aplicación de la Escala FUMAT es de vital importancia, puesto que de él depende la calidad de la información proporcionada. El informador debe adoptar el rol de observador externo para completar el cuestionario. Es en él en quien recae la responsabilidad, objetividad, veracidad y exactitud de los datos proporcionados, así como de sus implicaciones. La función principal como informador es proporcionar información de calidad sobre la calidad de vida de la persona que evalúa. La calidad de la información proporcionada radica fundamentalmente en su habilidad para completar de forma precisa la información requerida.

De este modo, el informador es la persona fundamental en el proceso de la evaluación objetiva de la calidad de vida con la Escala FUMAT y debe realizar de forma responsable la evaluación, aportando sus conocimientos y experiencia acerca de la persona que evalúa. Su máxima será asegurar la objetividad. El informador debe evitar que influyan sus ideas y sentimientos en el proceso de evaluación. Para ello, deberá ser imparcial, objetivo y preciso, garantizando que la información que proporciona esté libre de opiniones y prejuicios.

3. APLICACIÓN DE LA ESCALA FUMAT

La Escala FUMAT es aplicable a personas mayores (más de 50 años) y personas con discapacidad (con una edad mínima de 18 años), que sean usuarias de servicios sociales. Se trata de un cuestionario autoadministrado, en el que un informador responde a cuestiones observables de la calidad de vida del usuario. El tiempo de cumplimentación es aproximadamente de 10 minutos, pero el tiempo se incrementa si sumamos el tiempo de lectura de este manual en que se facilita al profesional toda la información necesaria para poder responder de forma autónoma. Cuando la tarea de complementar la escala exija más de 30 minutos, es probable que el informador tenga un problema para asumir el papel de observador externo, para proporcionar información de modo objetivo o que no conozca suficientemente a la persona que está evaluando.

La calidad de vida es evaluada a través de 57 ítems distribuidos en ocho subescalas que se corresponden con las dimensiones del modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2002/2003): Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos. Todos los ítems están enunciados en tercera persona, con formato declarativo, y se responden utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones (*'nunca o casi nunca'*, *'a veces'*, *'frecuentemente'* y *'siempre o casi siempre'*). Si tiene dificultad para contestar alguno de los ítems con la escala de frecuencia, el informador puede responder pensando en una escala Likert de cuatro puntos (*'totalmente en desacuerdo'*, *'en desacuerdo'*, *'acuerdo'* y *'totalmente de acuerdo'*).

El informador debe completar todos los ítems. Puede que le resulte difícil contestar algunos ítems si la persona tiene un alto deterioro cognitivo o si piensa que no son aplicables a un individuo en concreto. Si esto ocurre, el informador debe tener siempre en cuenta que la información que se le requiere consiste en determinar si la persona lleva a cabo o no una determinada actividad, si tiene o no oportunidades para hacer una determinada actividad, o si tiene o no una capacidad concreta. El informador no debe tener en cuenta los motivos por los que la persona no realiza una determinada actividad. Si en el momento de la evaluación, la persona no realiza alguna de las actividades que se recogen en el cuestionario, debe contestar pensando en cómo haría dicha actividad si la persona que está siendo evaluada fuera a realizar la actividad en cuestión. En el caso de evaluar la calidad de vida de una persona con un grave deterioro cognitivo, el informador encontrará varios ítems que puede considerar no aplicables a la persona. El informador debe responder a todos los ítems, aunque lo haga siempre de forma negativa, o contestar de forma positiva si la persona no lo hace por sí misma pero cuenta con los apoyos necesarios para poder realizar la actividad en cuestión.

Una vez terminada la aplicación de la escala y comprobado que no se ha dejado ninguna cuestión en blanco, el informador debe puntuar e interpretar los resultados como se describe en el siguiente apartado.

5. NORMAS DE CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

1. DATOS DEMOGRÁFICOS

En la primera página del cuadernillo el informador debe indicar la fecha en la que se completa la escala. Además, es preciso recoger la información demográfica de la persona evaluada (nombre y apellidos, sexo, edad, dirección, número de teléfono y lengua hablada en casa) y del informador (nombre, puesto de trabajo, agencia o afiliación, dirección, correo electrónico y teléfono). En el caso de que el informador necesite consultar a otras personas para completar el cuestionario, también deberá anotar el nombre, relación que mantiene con la persona evaluada y lengua que normalmente utilizan todos ellos.

2. LA ESCALA FUMAT

2.1. PUNTUACIONES DIRECTAS

Para obtener la puntuación directa total en cada dimensión se han de sumar las respuestas (1-2-3-4) de cada uno de los ítems que las componen, tal y como se muestra en la Figura 16.

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
1	En general, se muestra satisfecho con su vida presente	4	3	2	1
2	Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
3	Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
4	Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
5	Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
7	Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
8	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL				21	

Figura 16. Cálculo de la puntuación directa total de la dimensión Bienestar emocional

Siguiendo el ejemplo, como la puntuación directa de la dimensión Bienestar emocional es '21', anotamos este valor en la casilla correspondiente (puntuaciones directas totales) del cuadro 'Sección 1a. Escala de Calidad de Vida FUMAT' del resumen de puntuaciones. Se procederá de modo similar con el resto de las dimensiones hasta completar la primera columna de dicho cuadro (Figura 17).

Sección 1a. Escala de Calidad de Vida Fumat			
1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones			
2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles			
3. Introducir el Índice de Calidad de Vida			
Dimensiones de calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar Emocional	21		
Relaciones Interpersonales	17		
Bienestar Material	26		
Desarrollo Personal	12		
Bienestar Físico	12		
Autodeterminación	8		
Inclusión Social	23		
Derechos	10		
Puntuación Estándar TOTAL (suma)			
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)			
Percentil del Índice de Calidad de Vida			

Figura 17. Anotación de las puntuaciones directas totales en el cuadro de resumen de puntuaciones

2.2. PUNTUACIONES ESTÁNDAR Y PERCENTILES DE CADA DIMENSIÓN

En el Apéndice 2 se incluye la tabla de baremos, en ella se ha de localizar la puntuación estándar y el percentil correspondiente a la puntuación directa total de cada una de las dimensiones. Las puntuaciones estándar, como ya se ha señalado, establecen la posición relativa de una persona dentro de su muestra de tipificación, teniendo en cuenta que su media es 10 y su desviación típica es 3. Los percentiles, por su parte, indican el porcentaje de personas que tienen una puntuación superior o inferior. Una vez localizada en la tabla (Apéndice 1) la puntuación directa total, en la misma fila de la primera columna encontrará la puntuación estándar normalizada y en la última columna el percentil correspondientes a esa puntuación directa. Es necesario anotar todos esos valores en las columnas correspondientes del cuadro 'Sección 1a. Escala de Calidad de Vida FUMAT' (Figura 18). Tanto en el caso de las puntuaciones estándar como en el de los percentiles, las puntuaciones altas denotan una mayor calidad de vida.

Sección 1a. Escala de Calidad de Vida Fumat			
1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones			
2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles			
3. Introducir el Índice de Calidad de Vida			
Dimensiones de calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar Emocional	21	9	37
Relaciones Interpersonales	17	9	37
Bienestar Material	26	10	50
Desarrollo Personal	12	7	16
Bienestar Físico	12	6	9
Autodeterminación	8	6	9
Inclusión Social	23	9	37
Derechos	10	8	25
Puntuación Estándar TOTAL (suma)			
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)			
		Percentil del Índice de Calidad de Vida	

Figura 18. Cálculo de puntuaciones estándar y percentiles de la Escala FUMAT

2.3. ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA Y PERCENTIL DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

El Índice de Calidad de Vida o puntuación estándar compuesta tiene una distribución con media de 100 y una desviación típica de 15, por lo que la mayoría de los evaluadores están familiarizados con ella y las puntuaciones que genera, y permite una interpretación muy intuitiva.

Para obtener el Índice de Calidad de Vida primero se han de sumar las puntuaciones estándar de las ocho dimensiones y anotar el resultado en la casilla 'Puntuación Estándar TOTAL (suma)' del cuadernillo de anotación (Figura 19). Este valor se convierte en el 'Índice de Calidad de Vida' (o puntuación estándar compuesta) mediante la tabla que se incluye en el Apéndice 3. En dicha tabla deberá localizar la puntuación estándar total; en la misma fila, en las dos columnas de la derecha, encontrará el Índice de Calidad de Vida y su percentil.

Sección 1a. Escala de Calidad de Vida Fumat			
1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones			
2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles			
3. Introducir el Índice de Calidad de Vida			
Dimensiones de calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar Emocional	21	9	37
Relaciones Interpersonales	17	9	37
Bienestar Material	26	10	50
Desarrollo Personal	12	7	16
Bienestar Físico	12	6	9
Autodeterminación	8	6	9
Inclusión Social	23	9	37
Derechos	10	8	25
Puntuación Estándar TOTAL (suma)		64	
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)		87	
Percentil del Índice de Calidad de Vida			20

Figura 19. Cálculo del Índice de Calidad de Vida de la Escala FUMAT

2.4. PERFIL DE CALIDAD DE VIDA

El Perfil de Calidad de Vida que se encuentra en la última página del cuadernillo de anotación, proporciona una representación gráfica de las puntuaciones estándar obtenidas por el individuo en las dimensiones de calidad de vida, con su correspondiente percentil (Figura 20). Además representa el Índice de Calidad de Vida, también con su correspondiente percentil. Para obtener el Perfil de Calidad de vida, debe rodear la puntuación estándar obtenida en cada dimensión de calidad de vida y unir las mediante una línea. A través de este perfil el evaluador podrá obtener una representación visual inmediata de las dimensiones de calidad de vida, discriminando de un modo sencillo cuáles son las áreas en las que el individuo obtiene una puntuación más baja y podrían ser, por tanto, objeto de planes de apoyo para la mejora de su calidad de vida. Del mismo modo, discriminará fácilmente las dimensiones de calidad de vida en las que la persona ha obtenido mejores puntuaciones.

Sección 1b. Perfil de Calidad de Vida										
Rodea la puntuación estándar de cada dimensión y del índice de Calidad de Vida. Después una los círculos de las dimensiones con una línea para obtener el perfil										
Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	>122	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-122	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80									112-114	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									107-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60									103-104	60
55									102	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	99-101	50
45									98	45
40									95-97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20									87-89	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	83-86	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	78-82	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

Figura 20. Perfil de Calidad de Vida de la Escala GENCAT

Se debe tener en cuenta que la evaluación de calidad de vida puede variar no sólo en cuanto a las puntuaciones obtenidas en las distintas dimensiones, sino también a lo largo del tiempo y en función de distintos acontecimientos vitales que pueden acontecer en la vida de una persona. Es por ello recomendable evaluar periódicamente a cada persona con el objetivo de obtener información actualizada sobre su calidad de vida, especialmente si se lleva a cabo algún plan de intervención con el objetivo de mejorar alguna de las dimensiones. Si el plan de apoyo llevado a cabo para mejorar una determinada dimensión es eficaz, la persona obtendrá una puntuación más alta en dicha dimensión. Si por el contrario, la puntuación permanece o disminuye, será recomendable revisar el plan de apoyo.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Bangdiwala, K. (1987). Using SAS software graphical procedures for the observer agreement chart. *Proceedings of the SAS Users Group International Conference, 12*, 1083-1088.
- Butler, R.N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist, 9*, 243-246.
- Carmines, E. y Zeller, R. (1979). *Reliability and Validity Assessment*. Newbury Park, CA: Sage.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D. y Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: INSERSO.
- Gómez, L.E. (2005). *Construcción de una escala de calidad de vida para adultos con discapacidad intelectual*. Trabajo de grado sin publicar, Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Gómez, L.E. y Gómez-Vela, M. (2006). Análisis sobre la importancia y uso de los indicadores de calidad de vida en personas con discapacidad intelectual, familiares y profesionales. *INTEGRA, 9(23)*, 4-5.
- Gómez, L.E., Verdugo, M.A. y Arias, B. (2007). Aplicación del Modelo de Calidad de Vida en los Servicios Sociales de Cataluña. *INTEGRA, 10(27)*, 4-5.
- Gómez, L.E., Verdugo, M.A., Arias, B. y Navas, P. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala FUMAT. *Intervención psicosocial, 17(2)*, 189-199.
- Izal, M. (1985). Control percibido y comportamiento eficaz en ancianos. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid: *manuscrito sin publicar*.
- Jenaro, C., Verdugo, M.A., Caballo, C., Balboni, G., Lachapelle, Y., Otbrebski, W. y Schalock, R. L. (2005). Cross-cultural study of person-centered

- quality of life domains and indicators: A replication. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 734-739.
- Kempen, G., Jelicic, M. y Ormel, J. (1997). Personality, chronic medical conditions and health-related quality of life among older persons. *Health Psychology*, 16, 539-546.
- Moreno, B. y Ximénez C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En Buela Casal G, Caballo V E y Sierra J C (Dir.). *Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud*, Madrid. Siglo XXI: 1045-70.
- Montoro, I. (1999). *Intervención psicológica en la vejez*. Madrid: Síntesis.
- Moreno, B. y Ximenez, C. (1996) La evaluación de la calidad de vida. En G. Buela., V. Caballo y J.C. Sierra (Eds.), *Manual de Evaluación en psicología Clínica y de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Newsom, J. T. y Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 11,34-44.
- Schalock, R. L. (1996). *Quality of life. Conceptualization and measurement*. (Vols. I) Washington: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R.L. (1997). *Quality of life: Vol I: Conceptual and measurement issues*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R.L. (2000). Three Decades of Quality of Life. En M.L. Wehmeyer y J.R. Patton (Eds.), *Mental retardation in the 21st century* (pp. 335-358). Austin, TX: Pro-Ed.
- Schalock, R. L. (2006). Prólogo. En Verdugo (Dir.), *Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación (pp 21-25)*. Salamanca: Amarú.
- Schalock, R.L. y Keith, K.D. (1993). *Quality of life questionnaire*. Worthington, OH:IDS.
- Schalock, R. y Verdugo, M.A. (2002/2003). *Quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation [Traducido al castellano por M.A. Verdugo y C. Jenaro. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza].
- Schalock, R. y Verdugo, M.A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38 (4), 21-36.

- Schalock, R. y Verdugo, M.A. (2008). Quality of life conceptual and measurement frameworks: from concept to application in the field of intellectual disabilities. *Evaluation & Program Planning*, 31(2), 181-190.
- Schalock, R.L., Keith, K.D., Verdugo, M.A. y Gomez, L.E. (en prensa). Quality of Life Model Development in the Field of Intellectual Disability. En R. Kober (Ed.), *Quality of life for people with intellectual disability*. New York: Springer.
- Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Jenaro, C., Wang, M., Wehmeyer, M., Xu, J. y Lachapelle, Y. (2005). A cross-cultural study of QOL Indicators. *American Journal on Mental Retardation* 49(10), 734-739.
- Verdugo, M. A. (dir) (2006). *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp. 43-58). Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M. A., Arias, B. y Gómez, L. E. (2006). Escala integral de medición subjetiva y objetiva de la calidad de vida en personas con discapacidad intelectual. En M. A. Verdugo (Dir.), *Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp. 417-448). Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M.A., Arias, B., Gómez L.E. y Schalock, R.L. (2009). *Formulario de la Escala Gencat de Calidad de vida. Manual de aplicación de la Escala Gencat de Calidad de vida*. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Generalitat de Catalunya.
- Verdugo, M.A., Arias, B., Gómez L.E. y Schalock, R.L. (2008). *Formulari de l'Escala Gencat de Qualitat de vida. Manual d'aplicació de l'Escala Gencat de Qualitat de vida*. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Generalitat de Catalunya.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E. y Arias, B. (2007). La escala integral de calidad de vida: desarrollo y estudio preliminar de sus propiedades psicométricas. *Siglo Cero*, 38(4), 37-56.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B. y Schalock, R. L. (2009). *La Escala Integral de Calidad de Vida*. Madrid: CEPE.
- Verdugo, M.A. y Schalock, R. (2001). *Encuesta de Indicadores transculturales de calidad de vida: evaluación de su importancia y uso*. Salamanca: INICO, Universidad de Salamanca.
- Verdugo, M. A., Schalock, R, Gómez L. E. y Arias, B. (2007). Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto: la escala Gencat *Siglo Cero* 38(4), 57-72.

Apéndice 1.
LA ESCALA FUMAT

Verdugo, Gómez y Arias (2009)
Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO)

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre

Apellidos

Sexo Varón Mujer

Dirección

Localidad/Provincia/CP

Teléfono Lengua hablada en casa

	Día	Mes	Año
Fecha de aplicación	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Edad cronológica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre de la persona que completa el cuestionario

Puesto de trabajo

Agencia/Afiliación

Dirección

Correo electrónico Teléfono

Nombre de otros informantes	Relación con la persona	Idioma
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
1	En general, se muestra satisfecho con su vida presente	4	3	2	1
2	Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
3	Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
4	Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
5	Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
7	Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
8	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas	4	3	2	1
10	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude	4	3	2	1
11	Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
12	Carece de familiares cercanos	1	2	3	4
13	Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
14	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL					

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
15	El lugar donde vive es confortable	4	3	2	1
16	Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)	1	2	3	4
17	Se queja de su salario (o pensión)	1	2	3	4
18	El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
19	El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
20	Dispone de las cosas materiales que necesita	4	3	2	1
21	El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL

DESARROLLO PERSONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
22	Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc.)	4	3	2	1
23	Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	1	2	3	4
24	Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
25	En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	4	3	2	1
26	Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	1	2	3	4
27	Tiene dificultades para comprender la información que recibe	1	2	3	4
28	Es responsable de la toma de su medicación	4	3	2	1
29	Muestra escasa flexibilidad mental	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL

BIENESTAR FÍSICO		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
30	Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31	Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32	Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal	1	2	3	4
33	Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
34	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	1	2	3	4
35	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL

AUTODETERMINACIÓN		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
36	Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1
37	Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)	1	2	3	4
38	Otras personas organizan su vida	1	2	3	4
39	Elige cómo pasar su tiempo libre	4	3	2	1
40	Ha elegido el lugar donde vive actualmente	4	3	2	1
41	Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
42	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	4	3	2	1
43	Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL

INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
44	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	4	3	2	1
45	Está excluido en su comunidad	1	2	3	4
46	En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita	1	2	3	3
47	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
48	Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude	1	2	3	4
49	Está integrado con los compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
50	Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude	4	3	2	1
51	Su red de apoyos no satisface sus necesidades	1	2	3	4
52	Tiene dificultades para participar en su comunidad	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					

DERECHOS		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
53	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
54	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
55	Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4
56	Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1
57	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL					

RESUMEN

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y Apellidos

Informante

Fecha de aplicación

Sección 1a. Escala de Calidad de Vida Fumat

1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones
2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles
3. Introducir el Índice de Calidad de Vida

Dimensiones de calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar Emocional			
Relaciones Interpersonales			
Bienestar Material			
Desarrollo Personal			
Bienestar Físico			
Autodeterminación			
Inclusión Social			
Derechos			
Puntuación Estándar TOTAL (suma)			
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)			
Percentil del Índice de Calidad de Vida			

Sección 1b. Perfil de Calidad de Vida

Rotear la puntuación estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de Vida.
Después una los círculos de las dimensiones con una línea para obtener el perfil

Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	>122	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-122	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80									112-114	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									107-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60									103-104	60
55									102	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	99-101	50
45									98	45
40									95-97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20									87-89	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	83-86	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	78-82	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

Apéndice 2. BAREMOS

Puntuaciones directas

Puntuación estándar	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DE	Percentil
20									>99
19									>99
18									>99
17									99
16									98
15				32		31-32	36		95
14	32			30-31	24	29-30	34-35	20	91
13	30-31	23-24		27-29	22-23	26-28	31-33	18-19	84
12	27-29	21-22	28	25-26	21	23-25	29-30	17	75
11	25-26	20	27	22-24	19-20	21-22	26-28	15-16	63
10	23-24	18-19	25-26	20-21	18	18-20	24-25	13-14	50
9	21-22	16-17	24	17-19	16-17	16-17	22-23	12	37
8	19-20	14-15	23	15-16	15	13-15	19-21	10-11	25
7	16-18	13	22	12-14	13-14	10-12	17-18	9	16
6	14-15	11-12	21	10-11	12	8-9	14-16	7-8	9
5	12-13	9-10	20	8-9	10-11		13	6	5
4	10-11	8	18-19		9		9-12	5	2
3	8-9	6-7	17		6-8				1
2			16						<1
1			7-15						<1

Nota: BE= Bienestar emocional; RI= Relaciones interpersonales; BM= Bienestar material; DP= Desarrollo personal; BF= Bienestar físico; AU= Autodeterminación; IS= Inclusión social; DE= Derechos.

Apéndice 3.
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

Tabla para obtener el Índice de Calidad de Vida y el percentil del Índice de Calidad de Vida

Total (suma de las PE)	Índice CV	Percentil	Total (suma de las PE)	Índice CV	Percentil	Total (suma de las PE)	Índice CV	Percentil
109	123	94	83	102	56	57	82	11
108	122	93	82	102	54	56	81	10
107	122	92	81	101	52	55	80	9
106	121	92	80	100	50	54	79	8
105	120	91	79	99	48	53	78	8
104	119	90	78	98	46	52	78	7
103	118	89	77	98	44	51	77	6
102	118	88	76	97	42	50	76	6
101	117	87	75	96	40	49	75	5
100	116	86	74	95	37	48	74	4
99	115	84	73	94	35	47	74	4
98	114	83	72	94	34	46	73	4
97	114	82	71	93	32	45	72	3
96	113	80	70	92	30	44	71	3
95	112	79	69	91	28	43	71	2
94	111	77	68	90	26	42	70	2
93	110	76	67	90	24	41	69	2
92	110	74	66	89	23	40	68	2
91	109	72	65	88	21	39	67	1
90	108	70	64	87	20	38	67	1
89	107	68	63	86	18	37	66	1
88	106	66	62	86	17	36	65	1
87	106	65	61	85	16	35	64	1
86	105	63	60	84	14	34	63	1
85	104	60	59	83	13	33	63	1
84	103	58	58	82	12	32	62	1

Nota. PE = Puntuaciones estándar; ICV = Índice de Calidad de Vida

