UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

TESIS
PS 2003
D4

ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DEL CUESTIONARIO BREVE DE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS DE 65 AÑOS O MÁS RESIDENTES DEL ÁREA METROPOLITANA DE CARACAS

como requisito parcial para optar por el título de Lic. en Psicología

Autoras
DE OLIVEIRA LOPES, Clarinda Janete
URIBE ESCALANTE, Sandra

Profesor Guía:
Dr. Gustavo Peña Torbay

Caracas, Junio de 2003

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	págs.
Índice de Tablas y Figuras	v
I. Introducción	1
II. Marco Teórico	3
III. Método	52
Objetivo de la Investigación	52
Tipo de diseño de investigación	52
Sujetos	52
Instrumento	53
Procedimiento	55
Técnicas de Análisis y Expectativas de Resultado	56
Consideraciones éticas	59
IV. Análisis de Resultados	61
Descripción de la muestra en función de las variables externas sexo, domicilio y nivel socioeconómico	62
Análisis de las variables externas: edad y nivel socioeconómico	65
Análisis descriptivo y gráfico de las subescalas	68

Análisis de Confiabilidad por subescalas
y confiabilidad total 92

Análisis de la Validez de Criterio 94

Análisis de la Validez de Constructo 117

Análisis de ítems 119

V. Discusión, Conclusiones y Recomendaciones 158

VI. Referencias Bibliográficas 172

VII. Anexos 176

Anexo A: Cuestionario del Estudio Calidad de Vida

Anexo B: Cuestionario Breve de Calidad de Vida

Anexo C: Minimental Test

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Porcentajes de Elecciones de los tres elementos que definen la calidad de vida 32

Tabla 2. Consistencia Interna de las áreas analizadas mediante Alfa de Cronbach 40

Tabla 3: Análisis Factorial del Cuestionario 46

Tabla 4. Consistencia Interna de las áreas analizadas del CUBRECAVI 47

Tabla 5. Análisis Factorial del CUBRECAVI 49

Tabla 6. Frecuencia y porcentajes de las particiones que componen la muestra, clasificada por nivel socioeconómico, domicilio y sexo 63

Tabla 7. Estadísticos Descriptivos de la variable edad 65

Tabla 8. Distribución de la muestra por socioeconómico y domicilio 66

Tabla 9. Frecuencias observadas y esperadas de las variables domicilio y nivel socioeconómico 67

Tabla 10: Coeficiente de Contingencia de las variables domicilio y nivel socioeconómico 68

Tabla 11. Estadísticos de mínimo, máximo y número de sujetos para cada subescala 69

Tabla 12. Estadísticos Descriptivos de las subescalas: satisfacción con la vida, salud, habilidades funcionales y calidad ambiental en relación al sexo 69

Tabla 13. Estadísticos Descriptivos de la subescala actividad y ocio en relación al sexo 72

Tabla 14. Estadísticos Descriptivos de la subescala educación en relación al sexo 73

Tabla 15. Estadísticos Descriptivos de la subescala ingresos en relación al sexo 74

Tabla 16. Estadísticos Descriptivos de la subescala integración social en relación al sexo 75

Tabla 17. Estadísticos Descriptivos de la subescala servicios sociales y sanitarios en relación al sexo 76

Tabla 18. Estadísticos Descriptivos de las subescalas: satisfacción con la vida, salud, habilidades funcionales y calidad ambiental en relación al domicilio 77

Tabla 19. Estadísticos Descriptivos de la subescala actividad y ocio en relación a domicilio 79

Tabla 20. Estadísticos Descriptivos de la subescala educación en relación a domicilio 81

Tabla 21. Estadísticos Descriptivos de la subescala ingresos en relación a domicilio 82

Tabla 22. Estadísticos Descriptivos de la subescala integración social en relación a domicilio 83

Tabla 23. Estadísticos Descriptivos de la subescala servicios sociales y sanitarios en relación a domicilio 84

Tabla 24. Tabla de Correlación Múltiple de la edad como dependiente y las subescalas como independiente 86

Tabla 25. Coeficientes de Regresión de las subescalas como predictores de la variable edad 86

Tabla 26. Coeficientes de Regresión de las variables sexo, domicilio y nivel socioeconómico en función de la subescala satisfacción con la vida 87

Tabla 27. Coeficientes de Regresión de las subescalas en función de la variable edad para el grupo inst. público 88

Tabla 28. Coeficientes de Regresión de las subescalas como predictores de la variable edad para el grupo inst. privado 89

Tabla 29. Coeficientes de Regresión de las subescalas como predictores de la variable edad para el grupo no institucionalizado 90

Tabla 30. Confiabilidad de las Subescalas y del Cuestionario Total 92

Tabla 31. Estadísticos descriptivos de la variable salud en función de las variables sexo y domicilio 94

Tabla 32. Análisis de Varianza de la subescala salud en función de las variables sexo y domicilio 95

Tabla 33. Contraste a posteriori de la variable salud en función de la variable domicilio mediante el estadístico LSD de Fisher 95

Tabla 34. Estadísticos descriptivos de la subescala integración social en función de las variables sexo y domicilio 97

Tabla 35. Análisis de Varianza de la subescala integración social en función de las variables sexo y domicilio 97

Tabla 36. Contraste a posteriori de la subescala integración social en función de la variable domicilio mediante el estadístico LSD de Fisher 98

Tabla 37. Estadísticos descriptivos de la subescala habilidades funcionales en función de las variables sexo y domicilio 99

Tabla 38. Análisis de Varianza de la subescala habilidades funcionales en función de las variables sexo y domicilio con relación 100

Tabla 39. Contraste a posteriori de la subescala habilidades funcionales en función de domicilio mediante el estadístico LSD de Fisher 100

Tabla 40. Estadísticos descriptivos de la subescala actividad y ocio en función de las variables sexo y domicilio 102

Tabla 41. Análisis de Varianza de la subescala actividad y ocio en función de las variables sexo y domicilio 102

Tabla 42. Contraste a posteriori de la subescala actividad y ocio en función de la variable domicilio mediante el estadístico LSD de Fisher 103

Tabla 43. Estadísticos descriptivos de la variable calidad ambiental en función de las variables sexo y domicilio 104

Tabla 44. Análisis de varianza de la subescala calidad ambiental en función de las variables sexo y domicilio 104

Tabla 45. Contraste a posteriori de la subescala calidad ambiental en función de la variable domicilio mediante el estadístico LSD de Fisher 105

Tabla 46. Estadísticos descriptivos de la subescala satisfacción con la vida en función de las variables sexo y domicilio 106

Tabla 47. Análisis de Varianza de la subescala satisfacción con la vida en función de las variables sexo y domicilio 107

Tabla 48. Contraste a posteriori de la subescala satisfacción con la vida en función de la variable domicilio mediante el estadístico LSD de Fisher 107

Tabla 49. Estadísticos descriptivos de la variable educación en función de las variables sexo y domicilio 109

Tabla 50. Análisis de Varianza de la subescala educación en función de las variables sexo y domicilio 109

Tabla 51. Contraste a posteriori de la subescala educación en función de la variable domicilio mediante el estadístico LSD de Fisher 110

Tabla 52. Estadísticos descriptivos de la variable servicios sociales y sanitarios en función de las variables sexo y domicilio 112

Tabla 53. Análisis de Varianza de la subescala servicios en función de las variables sexo y domicilio 112

Tabla 54. Contraste a posteriori de la subescala servicios en función de domicilio mediante el estadístico LSD de Fisher 113

Tabla 55. Tabla de Correlación Múltiple como variable dependiente satisfacción con la vida y como predictoras las subescalas de la prueba 116

Tabla 56. Coeficientes de Regresión de las subescalas (a excepción de ingresos) como predictoras del nivel de satisfacción con la vida 116

Tabla 57. Proporción de Varianza explicada por las subescalas del cuestionario 117

Tabla 58. Análisis Factorial de las subescalas que componen el Cuestionario 118

Tabla 59. Estadísticos descriptivos de la pregunta uno en función a sexo y domicilio 119

Tabla 60. Análisis de Varianza de pregunta uno en función de las variables sexo y domicilio 120

Tabla 61. Contraste a posteriori de la pregunta uno en función de la variable domicilio 120

Tabla 62. Estadísticos descriptivos de la pregunta dos en función de las variables sexo y domicilio 122

Tabla 63. Análisis de Varianza de la pregunta dos en función de las variables sexo y domicilio 122

Tabla 64. Contraste a posteriori de la pregunta dos tipificada en función de la variable domicilio 123

Tabla 65. Estadísticos descriptivos de la pregunta tres en función de las variables sexo y domicilio 124

Tabla 66. Análisis de Varianza de la pregunta tres en función de las variables sexo y domicilio 125

Tabla 67. Estadísticos descriptivos de la pregunta cuatro en función de las variables sexo y domicilio 126

Tabla 68. Análisis de Varianza de la pregunta cuatro en función de las variables sexo y domicilio 126

Tabla 69. Contraste a posteriori de la pregunta cuatro en función de la variable domicilio 127

Tabla 70. Estadísticos descriptivos de la pregunta cinco en función de las variables sexo y domicilio 128

Tabla 71. Análisis de Varianza de la pregunta cinco en función de las variables sexo y domicilio 128

Tabla 72. Contraste a posteriori de la pregunta cinco en función de la variable domicilio 129

Tabla 73. Estadísticos descriptivos de la pregunta seis en función de las variables sexo y domicilio 130

Tabla 74. Análisis de Varianza de la pregunta seis tipificada en función de las variables sexo y domicilio 131

Tabla 75. Contraste a posteriori de la pregunta seis en función de la variable domicilio 131

Tabla 76. Estadísticos descriptivos de la pregunta siete en función de las variables sexo y domicilio 133

Tabla 77. Análisis de Varianza de la pregunta siete en función de las variables sexo y domicilio 133

Tabla 78. Contraste a posteriori de la pregunta siete con relación a la variable domicilio 134

Tabla 79. Estadísticos descriptivos de la pregunta ocho en función de las variables sexo y domicilio 135

Tabla 80. Análisis de Varianza de la pregunta ocho en función de las variables sexo y domicilio 136

Tabla 81. Contraste a posteriori de la pregunta ocho con relación a la variable domicilio 136

Tabla 82. Estadísticos descriptivos de la pregunta nueve en función de las variables sexo y domicilio 138

Tabla 83. Análisis de Varianza de la pregunta nueve en función de las variables sexo y domicilio 138

Tabla 84. Contraste a posteriori de la pregunta nueve en función de la variable domicilio 139

Tabla 85. Estadísticos descriptivos de la pregunta diez en función de las variables sexo y domicilio 140

Tabla 86. Análisis de Varianza de la pregunta diez en función de las variables sexo y domicilio 140

Tabla 87. Contraste a posteriori de la pregunta diez con relación a la variable domicilio 141

Tabla 88. Estadísticos descriptivos de la pregunta once en función de las variables sexo y domicilio 142

Tabla 89. Análisis de Varianza de la pregunta once en función de las variables sexo y domicilio 143

Tabla 90. Contraste a posteriori de la pregunta once con relación a la variable domicilio 143

Tabla 91. Estadísticos descriptivos de la pregunta doce en función de las variables sexo y domicilio 145

Tabla 92. Análisis de Varianza de la pregunta doce en función de las variables sexo y domicilio 145

Tabla 93. Contraste a posteriori la pregunta doce en relación a la variable domicilio 146

Tabla 94. Estadísticos descriptivos de la pregunta dieciseis en función de las variables sexo y domicilio 147

Tabla 95. Análisis de Varianza de la pregunta dieciseis en función de las variables sexo y domicilio 148

Tabla 96. Contraste a posteriori de la pregunta dieciseis en relación a la variable domicilio 148

Tabla 97. Análisis Descriptivo de la pregunta diecisiete en función de las variables sexo y domicilio 150

Tabla 98. Análisis de Varianza de la pregunta diecisiete en función de las variables sexo y domicilio 151

Tabla 99. Contraste a posteriori de la pregunta diecisiete en función de la variable domicilio 151

Tabla 100. Tabla de Correlación Múltiple de la subescala satisfacción con la vida y como predictoras las preguntas del cuestionario 153

Tabla 101. Coeficientes de Regresión de las preguntas en función de la satisfacción con la vida 154

Tabla 102. Total de Varianza explicada por las preguntas del Cuestionario 155

Tabla 103. Matriz de componentes rotados de las preguntas del cuestionario 156

Figura A: Multidimensionalidad de la Calidad de Vida: Factores Personales y Socio - ambientales 30

Figura B: Elementos Subjetivos y Objetivos de la Calidad de Vida 31

Gráfica Nº 1: Caja y bigote de la variable nivel socioeconómico 64

Gráfica N° 2: Distribución de la variable edad 65

Gráfico N° 3. Caja y Bigote de las subescalas satisfacción con la vida, salud, habilidades funcionales y calidad ambiental en función de sexo 70

Gráfico N° 4. Caja y Bigote de la subescala actividad y ocio en función de sexo 72

Gráfico N° 5. Caja y Bigote de la subescala educación en función de sexo 73

Gráfico N° 6. Caja y Bigote de la subescala ingresos en función de sexo 74

Gráfico N° 7. Caja y Bigote de la subescala integración social en función de sexo 75

Gráfico N° 8. Caja y Bigote de la subescala servicios sociales y sanitarios en función de sexo 76

Gráfico N° 9. Caja y Bigote de las subescalas satisfacción con la vida, salud, habilidades funcionales y calidad ambiental en función de domicilio 77

Gráfico N° 10. Caja y Bigote de la subescala actividad y ocio en función a domicilio 80

Gráfico N° 11. Cajas y Bigote de la subescala educación en función de domicilio 81

Gráfico N° 12. Caja y Bigote la subescala ingresos en función de Domicilio 82

Gráfico N° 13. Caja y Bigote de la subescala integración social en función de domicilio 83

Gráfico N° 14. Caja y Bigote de la subescala servicios sociales y sanitarios en función de domicilio 85

Gráfica N° 15. Caja y Bigote de las variables edad, sexo y domicilio 88

Gráfica Nº 16. Interacción de las variables sexo y domicilio en la subescala educación 111

Gráfica Nº 17. Interacción de las variables sexo y domicilio en la subescala servicios 114

Gráfica Nº 18. Interacción de las variables sexo y domicilio en la pregunta dieciséis 149

Resumen

El objetivo del presente estudio fue el análisis psicométrico del comportamiento del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) en ancianos, una prueba originalmente desarrollada por Rocío Fernández-Ballesteros y María Dolores Zamarrón (1996). Para esto, se estimó la confiabilidad y la validez, e igualmente se realizó el análisis de ítems correspondiente, de la prueba apartir de su aplicación a una muestra compuesta por 263 personas mayores de 64 años, que no presentaban deterioro mental al momento de tomar el test, residenciadas en el Área Metropolitana de Caracas; de los cuales, 62 moraban al momento de la evaluación en una institución geriátrica pública, 30 hombres y 32 mujeres; 100 vivían en un ancianato privado, 50 hombres y 50 mujeres; y, finalmente, 101 habitaban en su domicilio propio, 51 hombres y 50 mujeres.

Para el cálculo de la confiabilidad, siendo el caso de una administración en una única oportunidad, se usó el coeficiente Alfa de Crombach, obtenido para cada una de las subescalas del cuestionario que se componen de más de un reactivo. Igualmente, como un indicador de la confiabilidad de toda la escala, se calculó el coeficiente theta para el cuestionario.

La validez se estimó en términos de *validez de criterio* y de *validez de constructo*. La de criterio se manejó a nivel de las subescalas y bajo la modalidad *amplitud nomotética*; específicamente, se estimaron cuatro indicadores: un indicador del tipo relación con un criterio externo, la correlación de las subescalas con la pregunta ¿En qué medida está usted satisfecho, en términos generales, con la vida?. Y tres indicadores que se refieren a la *validación de constructos de los criterios*, las variables usadas como moduladoras de las subescalas fueron: Domicilio, Género y Edad.

Por otra parte, para apreciar la validez de constructo se recurrió al Análisis de Componente Principal (Rotación Varimax, Criterio de Kaiser), de los ítems del cuestionario y de sus subescalas.

Finalmente, para el análisis de ítems se procedió de modo similar al empleado para la validez de criterio, pero trabajando con los puntajes de los ítems.

En cuanto a los resultados, los coeficientes alfa de Crombach estuvieron todos entre 0.55 y 0.85, siendo la mediana de los mismos 0.72. Tanto si se comparan estos resultados con

los obtenidos en otras latitudes con el mismo instrumento o con pruebas similares, como si se cotejan contra los criterios usuales de confiabilidad para el tipo de test que es el CUBRECAVRI, se puede decir que el cuestionario goza de una adecuada consistencia interna como para generar datos confiables.

En lo que respecta a la validez, los resultados de los diferentes análisis permiten aseverar que el test tiene una conveniente validez tanto de criterio como de constructo, por lo cual se puede decir que el cuestionario representa una operacionalización satisfactoria del concepto calidad de vida en la vejez. Además, el instrumento goza beneficiosamente de validez ecológica (Langbein y Lichtman, 1978), es decir, el test resultó idóneamente sensible a los determinantes culturales locales y por ello permite un reordenamiento de las categorías de análisis y de los niveles de agrupación de los datos que facilita el evitar incurrir en la *falacia ecológica* (Weiss, 1998).

Con relación al análisis de ítems, sus resultados permiten llegar a conclusiones similares a las expresadas hasta ahora en relación a la confiabilidad y la validez del test; por lo cual, en síntesis, el CUBRECAVI resultó una operacionalización apropiada del constructo calidad de vida en personas de 65 años de edad o más.

Finalmente, dadas las adaptaciones hechas a los ítems y la heterogeneidad de la muestra empleada, que residía en el Área Metropolitana de Caracas, se puede asumir que el CUBRECAVI es una prueba idónea para la evaluación de la calidad de vida de la población de ancianos de Venezuela.

I. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad, el significado de la vejez ha variado según la cultura y el momento histórico. Algunas tribus antiguas maltrataban a los ancianos por considerarlos un estorbo para la estructura social imperante, debido al declive de sus capacidades físicas que mermaban su productividad; se pensaba que si el anciano ya no afinaba la puntería y no traía alimentos entonces ya no era útil (Catalán, 1998).

Por otro lado, existían otras culturas donde las personas mayores eran tomadas en cuenta por su sabiduría, siendo por tanto cuidados y respetados. Tal es el caso de las culturas donde existe la figura del chamán, quien viene a ser aquella persona con mayor edad y por consiguiente, con mayor sapiencia y prestigio para servir de guía al resto de la tribu (Catalán, 1998).

En nuestra sociedad hasta hace pocos años la idea que acompañaba a la vejez era similar a la concepción de las tribus antiguas como un ser inútil, improductivo y veían a la tercera edad como una fase descendiente no sólo en el aspecto físico sino también en los aspectos social, laboral e intelectual (Catalán, 1998).

En un ambiente social impregnado de una visión negativa de la vejez, se ha tornado temible un hecho que caracteriza actualmente a la sociedad a nivel mundial: la población está envejeciendo a un ritmo considerable. La proporción de personas mayores ha aumentado y lo seguirá haciendo a razón de un descenso en la mortalidad, aunado a las mejoras en el saneamiento, la vivienda y la nutrición que se han producido con el paso del tiempo en todo el mundo (OMS, 1999).

Se ha hecho, sin embargo, un esfuerzo por cambiar esa imagen poco satisfactoria de la vejez. Se ha ido más allá de las carencias típicas de declive de esta edad y se ha enfatizado en sus fortalezas y capacidades, las cuales han estado encubiertas por prejuicios sociales que impedían ver el potencial productivo del anciano para la sociedad.

La visión de una vejez más satisfactoria implica expectativas de una longevidad que puede ser vivida en mejores condiciones (Francis, 1998). En este contexto, se ha generado un gran interés entre profesionales de diversas áreas en estudiar cómo pueden colaborar para incrementar el nivel de vida en la tercera edad.

Es en este discurso en el que la calidad de vida toma importancia fundamental. El objetivo primordial de su estudio es conocer los elementos de los cuales se compone el concepto, con la idea de que la disposición de una mejor teoría al respecto permitirá la planificación y desarrollo de programas más eficientes para mejorar la vida de las personas mayores.

A la luz del creciente interés por la calidad de vida, se han realizado esfuerzos para crear instrumentos que permitan medirla. El Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI), creado por Fernández-Ballesteros y Zamarrón en 1993 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996), es uno de ellos. Una de las características que lo hace conveniente para evaluar ancianos es su corta extensión, aunado a la claridad de los reactivos que lo conforman y el soporte teórico en el cual se fundamenta. Diversos estudios han avalado la validez y confiabilidad del mismo en muestras españolas.

Sin embargo, en países como Venezuela no se ha destacado la necesidad de conocer, ante el aumento del envejecimiento poblacional, cómo es la calidad de vida en los ancianos. Las personas de la tercera edad y la calidad de vida que poseen han pasado desapercibidas en el área de la Psicología de la Salud. No existen estudios en relación a ello, ni instrumentos adaptados a muestras venezolanas que den información al respecto.

Teniendo en cuenta estas circunstancias, el objetivo de la presente investigación es estudiar el comportamiento Psicométrico, en términos de validez y confiabilidad del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI), en una muestra de personas de 65 años o más residentes en el área Metropolitana de Caracas.

Una vez que se tenga un instrumento psicométricamente idóneo para la medición de la calidad de vida de los ancianos, su aplicación permitirá la recolección datos confiables y válidos, que podrán ser considerados a la hora de formular planes de atención a las personas de la tercera edad y formular proyectos que apunten a satisfacer sus necesidades y por lo tanto mejorar su calidad de vida.

CAPÍTULO I

VEJEZ

Tradicionalmente ha existido una creencia socialmente compartida de que los cambios que se producen en la tercera edad se relacionan exclusivamente con la pérdida de habilidades y capacidades que se han ido adquiriendo a lo largo de la vida. Es decir, se han mantenido prejuicios negativos a lo largo del tiempo acerca de lo que implica adentrarse en la última etapa del ciclo vital (Vega y Bueno, 1996).

En este orden de ideas, la OMS plantea que la vejez "es el período de la vida en que el menoscabo de las funciones mentales y físicas se hacen cada vez más manifiestas en comparación con períodos anteriores" (2002, p.2).

En el idioma castellano no existía hasta hace algunos años un término que hiciera referencia clara al prejuicio que existe sobre las personas mayores. En inglés se ha utilizado el término "ageism" para designar esta concepción habitualmente prejuiciosa, a diferencia del término "aging" que se refiere al proceso de envejecimiento. A raíz de lo anterior, Vega y Bueno (1996) han propuesto utilizar el término "viejismo" para hacer referencia al conjunto de estereotipos hacia las personas mayores. El término entraría dentro del grupo de otros "ismos", como racismo o sexismo, representando la discriminación de un grupo contra otro, es decir, de los grupos de menor edad con respecto a los ancianos.

De manera semejante, Moragas (1995) postula el término ancianismo como indicador de un prejuicio activo sobre la vejez, basado en el desconocimiento y deformación de los recursos y potencialidades de las personas de la tercera edad, lo que constituye el primer paso para su discriminación; existiendo ancianismo por ejemplo cuando se decreta la jubilación a los 65 años sin considerar las capacidades que posea la persona.

A raíz de estos prejuicios negativos sobre la vejez, se han realizado diversas investigaciones para indagar cuál es la actitud hacia las personas de la tercera edad en la población.

En una investigación, realizada por Molina (2000), se pretendió estudiar la actitud hacia los ancianos en función de la edad. Así, se aplicó una lista de adjetivos relacionados con las

personas de la tercera edad a 41 personas con edades menores o iguales a 18 años; 80 en edades comprendidas entre 19 y 35 años; 68 entre los 36 y los 64 años y 31 con más de 65 años. El estudio reveló que todos los grupos tienen una actitud positiva hacia los ancianos. Sin embargo, a mayor edad la actitud es más favorable siendo las personas mayores de 65 años las que describen a la vejez con menos adjetivos negativos, tal vez por encontrarse más cerca de esa etapa.

Sin embargo, otra investigación, realizada por Villar y Triadó (2000), devenga resultados diferentes. La misma se desarrolló con dos objetivos: en primer lugar, presentar la adaptación de un cuestionario de conocimientos sobre el envejecimiento (FAQ) y, en segundo lugar, evaluar los posibles efectos de la edad y la actitud hacia la vejez en personas de diferentes cohortes. Así, se aplicó el FAQ adaptado a una muestra de 139 personas, divididas en 5 cohortes de 10 años, desde los 20 hasta los 60 años. Para cada uno de estos rangos se obtuvieron datos de 30 personas, 15 mujeres y 15 hombres. Los resultados indicaron que las personas sin un conocimiento "académico" sobre el envejecimiento, mantienen un número importante tanto de creencias erróneas como de desconocimiento respecto a algunos aspectos sobre los que existe un cierto consenso entre la comunidad científica. La naturaleza de las creencias erróneas hacía referencia a una devaluación o visión negativa del envejecimiento y/o de las personas mayores.

Aunque las investigaciones antes planteadas no permiten concluir que la actitud hacia la vejez sea favorable o desfavorable, la última de ellas evidencia la existencia de una visión negativa hacia la vejez, lo cual no resulta contradictorio con lo que plantean Fernández-Ballesteros y cols. (1999) con relación a que por mucho tiempo se ha concebido al envejecimiento como un fracaso en la adaptación, considerándose el deterioro de la vida como su característica fundamental, a causa del declive que se experimenta en el ámbito biológico. En consecuencia, el anciano deja de tener un rol activo y productivo en la sociedad para convertirse simplemente en una carga, en alguien a quien cuidar.

Sin embargo, la autora plantea que esta concepción de menoscabo y declive no es totalmente cierta. Si bien existe en la tercera edad un patrón de pérdidas en algunas áreas, también se generan ganancias en otras. Por tanto, parece claro que aquellos aspectos psicológicos que tienen una base biológica importante presentan un declive, inclusive desde edades tempranas; mientras que otras funciones, mucho más ligadas a lo cultural, no declinan e, inclusive, incrementan (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

Esto significa, tal como lo afirma Tamer (1989), que no existe una correspondencia exacta entre el envejecimiento físico y el envejecimiento psicológico. Esta correspondencia puede darse sólo cuando el envejecimiento biológico llega a un determinado nivel crítico y, sin embargo, este nivel puede aparecer mucho después de que se hallan hecho evidentes los rasgos externos de la vejez.

Todo lo anterior conduce a comprender el envejecimiento como un proceso resultante de múltiples variables difíciles de separar y, aún más, claramente, como lo expresa Fornós (2003), "envejecer es un fenómeno evolutivo, universal; es un proceso natural, gradual, de cambios y transformaciones a nivel biológico, psicológico y social, que se estructuran en torno al tiempo" (p.1). Así, se enfatiza la noción de cambio y transformaciones, dejando implícito que las mismas pueden tener un carácter tanto positivo como negativo.

Por su parte, Moragas (1995) considera a la vejez como una etapa vital, reconociendo que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, pero que estos pueden constituir cambios positivos para el desarrollo individual y social.

Así, se puede afirmar que la vejez es un proceso diferencial en el que intervienen numerosas variables, las cuales producirán efectos acumulativos, y otras compensatorios. Esto trae como resultado diferencias acusadas entre los sujetos de la tercera edad (Tamer, 1989).

Por tanto, no hay una sola vejez ni un solo envejecimiento, sino actitudes y sentimientos distintos sobre la vejez. Sin duda, es también diferente la forma de vivir de cada persona, tanto en las manifestaciones como en las vivencias (Fornós, 2003). De esta manera se puede decir que la vejez es un periodo caracterizado por ser muy diverso y heterogéneo, en el sentido de que las personas de la tercera edad presentan una variabilidad interindividual en el ámbito físico, psicológico y social mucho mayor de la que se manifiesta en otras etapas de la vida (Vega y bueno, 1996).

Dada la complejidad del concepto de vejez, se ha tratado de delimitar su inicio recurriendo a diversos criterios. Uno de ellos es el biológico, haciendo alusión a aspectos como la edad para definirla. La edad adulta tardía o senectud dura cuatro décadas de la vida, va desde los sesenta años hasta los noventa años aproximadamente.

Por otra parte, desde la Psicología del Desarrollo se asume este criterio para delimitar la vejez, al plantear a la tercera edad como la última de las etapas del desarrollo: etapa prenatal (desde la concepción hasta el parto), etapa de los primeros pasos (desde el nacimiento hasta los tres años), primera infancia (desde los 3 hasta los 6 años), infancia intermedia (6 a 12 años), adolescencia (12 hasta los 20 años), edad adulta temprana (de los 20 a los 40 años), edad adulta intermedia (de los 40 a los 64 años) y edad adulta tardía o vejez (de los 65 años en adelante) (Papalia y Wendkos, 1997).

Sin embargo, autores como Fernández-Ballesteros, Moya, Iñiguez y Zamarrón (1999) señalan que, si bien se pueden establecer rangos de edad arbitrarios para determinar cada una de las etapas, atendiendo a la ocurrencia de eventos evolutivos que señalarían el paso de una etapa a otra (la infancia empieza cuando se inicia la vida fuera del útero materno, la adolescencia cuando se inician los primeros asaltos de la pubertad y la edad adulta cuando el individuo se independiza), no se ha identificado un evento característico que delimite el inicio de la vejez.

Por tanto, no existe una respuesta definitiva, entre los científicos, de la existencia de una edad determinada en la que suceda algo específico que marque el inicio de la vejez. Utilizar el determinante de la edad cronológica como criterio definitorio es muy relativo. A principios de este siglo se denominaba anciano a un hombre de cincuenta años; hoy en día a uno de sesenta y cinco, y en los próximos cien años la consideración de la edad en la que se inicia la vejez aumentará (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

Atendiendo a lo anterior, diversos autores han optado por reemplazar el criterio de "edad cronológica" por el de "edad funcional". Así, Moragas (1995) plantea como una de las concepciones de la ancianidad a la vejez funcional, refiriéndose al uso del término viejo como sinónimo de incapaz, revelando la acepción tradicional de la vejez, enfatizando en sus limitaciones.

En relación a la capacidad funcional (por ejemplo la capacidad de ventilación, la fuerza muscular, el rendimiento cardiovascular), la OMS (2002) plantea que aumenta progresivamente al inicio del ciclo vital, llegando a su máximo en los adultos jóvenes, produciéndose una disminución con el pasar de los años. Atribuyen esta disminución en gran parte a factores relacionados con el modo de vida en la edad adulta, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el grado de actividad física y el régimen alimentario.

Como crítica a este criterio, Moragas (1995) afirma que, si bien el envejecimiento origina reducciones en la capacidad funcional a causa del paso del tiempo, esto no implica que lo limite para desarrollar una vida plena como persona, ya que no sólo se constituye en lo físico, sino también en lo psíquico y lo social.

En resumen, estos criterios que hacen referencia al aspecto funcional, bien sea la edad o la capacidad, han sido muy difíciles de operacionalizar y poco se ha avanzado en su estudio. Por ello, se ha planteado un último criterio para definir la vejez, el cual proviene de la socioeconomía (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

De acuerdo a este criterio, se considera que en la sociedad este periodo de la vida está asociado a roles particulares, uno de los cuales es la jubilación de las responsabilidades laborales.

Se plantea que la vejez empieza cuando ha llegado el momento de abandonar el trabajo. En España, el suceso de jubilarse ocurre a los sesenta y cinco años, momento en el que la persona se adentra a la tercera edad (Fernández-Ballesteros y cols., 1999). De igual manera, en México está establecido que una persona es social y legalmente viejo a partir de los sesenta y cinco años, ya que esta es la edad de la jubilación obligada (Somolinos, 1989).

Atendiendo a lo anterior, Fernández-Ballesteros y cols. (1999) definen la vejez como aquella "etapa de la vida que (en países desarrollados) empieza con la jubilación o retiro de las funciones laborales" (p. 14).

Sin embargo, si bien el definir a la ancianidad con base al retiro laboral, delimitándola a partir de los sesenta y cinco años, brinda un criterio objetivo, presenta el inconveniente de las diferencias que tiene el impacto del tiempo sobre cada persona, según cómo haya sido su forma de vida, su salud, sus condiciones de trabajo, etc. Existen otras condiciones personales y ambientales que determinan el estado global de las personas a esa edad (Moragas, 1995).

Debido a que no existe un criterio satisfactorio que delimite el inicio de la tercera edad, los psicólogos se han avocado a determinar qué cambios comportamentales (a nivel motor, emocional, cognitivo, afectivo) permiten diferenciar esta etapa de la vida según unos patrones propios y diferenciales (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

Fernández-Ballesteros y cols. (1999) han indagado en torno a este patrón característico, realizando investigaciones en aspectos como la memoria, la inteligencia, las relaciones sociales, el afecto, la personalidad y la afectividad en la tercera edad.

Aprendizaje y Memoria

Se han realizado diversos estudios comparativos entre personas mayores y jóvenes en cuanto a las diferencias existentes en diversos tipos de aprendizaje: condicionamiento clásico, condicionamiento operante, aprendizaje de habilidades perceptivo-motoras, aprendizaje verbal, aprendizaje por observación (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

En cuanto al aprendizaje por condicionamiento clásico, se ha encontrado que los adultos mayores adquieren la respuesta condicionada más lentamente que los jóvenes. Es decir, las personas mayores son capaces de aprender por condicionamiento igual que los jóvenes, pero requieren un número mayor de ensayos para que aparezca la respuesta condicionada (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

Autores como Vega y Bueno (1996) avalan esta conclusión, al afirmar que a los ancianos les lleva más tiempo registrar los estímulos y responder a ellos tornándose así más lento el condicionamiento clásico y en ocasiones, no llegan a condicionarse.

Se han planteado tres propuestas para explicar estos resultados:

1. Los adultos mayores son menos capaces de inhibir estímulos irrelevantes, lo que puede hacer que otros estímulos que no son el neutro o el condicionado, puedan asociarse y condicionarse, restando fuerza al estímulo neutro.

2. Puede ser que las estructuras cerebrales relacionadas con la producción de respuestas motoras o fisiológicas, sean menos eficaces, y por lo tanto, la respuesta involuntaria sea más lenta.

3. Debido a que las personas mayores presentan mayor lentitud que los jóvenes, es posible que el tiempo y el número de ensayos requeridos para aprender no sea suficiente (Fernández-Ballesteros y cols., 1999). En apoyo a esta hipótesis, Vega y Bueno (1996)

plantean, como una explicación de la demora en el condicionamiento, que las personas mayores requieren más tiempo para registrar los estímulos y responder a ellos.

En base a los resultados de los estudios relativos al condicionamiento operante, Vega y Bueno (1996) afirman que cuando la acción conduce a la obtención de una recompensa, no hay diferencias en el condicionamiento a lo largo del ciclo vital. Las diferencias de edad suelen aparecer, en especies no humanas, cuando el condicionamiento requiere de alguna acción para evitar una situación desagradable. Por otro lado, Fernández-Ballesteros y cols., (1999) reportan que las personas mayores requieren de un mayor número de ensayos para adquirir las respuestas, así como también un mayor número de sesiones de recuerdo para no olvidar las respuestas adquiridas.

En cuanto al aprendizaje de habilidades perceptivo-motoras, se han realizado estudios en torno a cómo la edad influye en el desenvolvimiento de las actividades automatizadas, cómo leer o conducir. Si bien durante la vejez se presentan pérdidas y declives en la agudeza visual y auditiva, la experiencia permite desarrollar un mecanismo de compensación que dota de recursos cognitivos, haciendo que las personas mayores presenten un rendimiento similar a las más jóvenes en este tipo de tareas.

Sin embargo, Vega y Bueno (1996) afirman que se ha constatado de manera amplia y consistente que los ancianos son más lentos cuando realizan tareas psicomotoras, en relación a los más jóvenes. Al parecer, este enlentecimiento es general en los ancianos y no se puede adjudicar a un déficit específico en alguna habilidad.

En relación con el aprendizaje verbal, se han realizado estudios sobre el aprendizaje de pares asociados (perro-gato) y se ha encontrando que a mayor edad, menor habilidad para el aprendizaje (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

Resultados similares son reportados por Rice (1997), al afirmar que tanto en tareas de pares asociados o tareas seriales (en las que el sujeto debe aprender una lista de palabras en el orden de presentación), existen pequeñas diferencias asociadas con la edad antes de los 60 años y diferencias considerables después de esa edad, incrementándose por tanto, el número de errores en la ejecución.

Para explicar lo anterior se plantean tres hipótesis (Fernández-Ballesteros y cols., 1999):

1.- Existe evidencia de que al menos en parte, este declive se debe al enlentecimiento del procesamiento de información que se sucede con los años.

2.- Se plantea que en el aprendizaje de pares asociados, interviene el aprendizaje del estímulo, para el cual podrían mediar operaciones mentales que tiene que ver con otros procesos y estructuras cognitivas diferentes del aprendizaje verbal (por ejemplo: asociar a cada estímulo a una imagen), las cuales son responsables de la peor ejecución.

3.- Otra hipótesis es que, la dificultad de la tarea sería la causante de la peor ejecución. Por ejemplo, al utilizar pares de estímulos con mayor fortaleza en la asociación la ejecución se mejora en las personas mayores.

Por último, se ha encontrado que en el aprendizaje por observación o modelado, las personas mayores pueden alcanzar nuevos conocimientos y habilidades pero les llevará mayor tiempo en función de las diferencias individuales que a los jóvenes.

En resumen, en cuanto al aprendizaje en la tercera edad Moragas (1995) plantea que actualmente se acepta en la Psicología que a cualquier edad se asimilan conocimientos, aptitudes y hábitos novedosos, variando únicamente la velocidad de asimilación. Además, el aprendizaje puede ocurrir a cualquier edad, con la peculiaridad de que se va disminuyendo en el rendimiento, disminución que no es sustancial hasta después de los setenta años. Lo necesario para que una persona de la tercera edad logre un aprendizaje efectivo es un mayor tiempo (en comparación con los más jóvenes) y estímulos adecuados que le motiven.

En cuanto a la memoria, se han planteado diversas hipótesis que permiten explicar los cambios que se suceden en la vejez (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

Una de ellas es la Teoría de las Etapas de Procesamiento. En ésta se plantea que la información es procesada a través de tres etapas sucesivas.

En primer lugar, en la etapa de adquisición, la información debe ser *percibida y codificada*; luego de ser mantenida durante un intervalo de tiempo pasa a la segunda etapa del

procesamiento, *el almacenamiento*; por último, es *recuperada* para ser recordada posteriormente, sucediéndose así la tercera etapa.

Se ha debatido si las dificultades de memoria en las personas mayores se deben a un problema de adquisición, de almacenamiento o de recuperación de la información. Diversas investigaciones muestran que las diferencias asociadas a la edad desaparecen cuando se utilizan tareas de reconocimiento. Así, se infirió que el proceso de recuperación es el responsable de los efectos de la edad, en vista que las tareas de reconocimiento requieren menos esfuerzo de recuperación de la información que las listas de recuerdo, otra de las tareas utilizadas en los estudios de memoria (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

Sin embargo, no queda claro si el menor rendimiento de los ancianos, cuando se enfrentan a tareas que implican memoria, se debe a fallas en la codificación o en la recuperación de la información. Existen dificultades metodológicas para estudiar de manera separada cada una de las etapas implicadas en el procesamiento de la información, lo cual ha dado lugar a otras hipótesis en la explicación de las diferencias con la edad en el proceso de memoria (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

Una de ellas es la Teoría de los Sistemas de Memoria. Esta plantea que la memoria puede ser dividida en tres sistemas encadenados o almacenes: la memoria sensorial, la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo. A su vez, se han definido dos componentes distintos de la memoria a corto plazo: la memoria primaria y la memoria de trabajo. La memoria a largo plazo se compone de la memoria episódica, semántica y procedimental (explícita o implícita) (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

En relación a la memoria sensorial, Vega y Bueno (1996) afirman que durante el envejecimiento sólo se presentan efectos pequeños y poco importantes sobre la memoria sensorial.

Sin embargo, sí se han encontrado diferencias claras en la memoria a corto plazo según la edad, manifestándose en los ancianos un mayor número de errores en actividades que implican este tipo de memoria (Vega y Bueno, 1996).

Los diversos estudios realizados sobre las diferencias relacionadas con la edad en los tipos de sistema de memoria a largo plazo permiten concluir lo siguiente (Fernández-Ballesteros y cols., 1999):

- Parecen existir diferencias significativas en la memoria de trabajo, la cual es un mecanismo fundamental que determina la efectividad de los procesos de codificación y recuperación de la información y la memoria a largo plazo.

- Parecen existir, además, diferencias en la memoria episódica, especialmente para hechos recientes. La memoria episódica implica el recuerdo de hechos concretos relacionados con la experiencia personal y que son recuperados activamente mediante la información contextual.

- No se han hallado diferencias en la memoria implícita, entendida como la recuperación de un conocimiento adquirido antes, de forma no intencional y cuya recuperación se hace sin conciencia del recuerdo de esos conocimientos.

La más reciente hipótesis planteada para explicar las diferencias de memoria con la edad es la Teoría de los Recursos Cognitivos. En ella se postula que se posee una cantidad de recursos de procesamiento limitados que son los que se aplican a la solución de una tarea cognitiva. Se plantea que si el envejecimiento se asocia a una reducción de estos recursos, su rendimiento en tareas de memoria se verá negativamente afectado (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

Entre los recursos cognitivos que se han propuesto teóricamente, los que se han podido definir y medir de forma independiente mostrando influencia en los distintos grupos de edad son: la memoria de trabajo, velocidad de procesamiento y procesos inhibitorios (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

1.- Memoria de trabajo. Se ha mostrado que las medidas de esta memoria pueden explicar hasta el 50% de la varianza relacionada con la edad.

2.- Velocidad de procesamiento. Este mecanismo cognitivo, más elemental y no excluyente u opuesto a la memoria de trabajo, ha mostrado ser mucho más efectivo a la hora de

explicar las variaciones que con la edad se evidencian en la memoria. Se ha encontrado que la velocidad de procesamiento es responsable del 99% de las diferencias.

3.- Procesos inhibitorios. El déficit en el rendimiento de las personas mayores en las tareas de memoria puede deberse a una deficiente inhibición en la recepción de información irrelevante en la tarea. El problema al que se han enfrentado los investigadores es que, al igual que para los otros recursos cognitivos, no se ha encontrado una medida independiente de los procesos inhibitorios.

Inteligencia

Uno de las interrogantes que se han planteado los investigadores es, si existen diferencias en la inteligencia asociadas a la edad. A la luz de esta inquietud, se han realizado investigaciones con la escala Weshler para adultos. Al comparar los resultados de la escala en distintos grupos de edad, se ha encontrado un incremento de la inteligencia verbal de los 17 a los 22 años y medio. A partir de esa edad, las puntuaciones mentales siguen creciendo, existiendo un leve declive que se acentúa a partir de los 67 años y medio.

Por otra parte, las puntuaciones manipulativas, disminuyen a partir de los 22 años y medio, presentándose un drástico declive a partir de los 67 años y medio. Las puntuaciones totales presentan una meseta entre los 20 y 30 años y un declive más severo a partir de los 67 años y medio (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

Estos resultados, derivados de estudios transversales, han sido muy cuestionados debido a que se entremezclan cambios debido a la edad, efectos generacionales y culturales en la ejecución de los sujetos. Se critica además que los subtests que componen las pruebas evalúan aptitudes diversas, por lo cual es difícil especificar qué aspectos declinan y cuáles se mantiene con la edad.

Por otra parte, Cattell y Horn han tratado de profundizar aún más en las aptitudes que declinan de las que no lo hacen, han planteado una teoría bifactorial de la inteligencia: la inteligencia fluida (Gf) y la inteligencia cristalizada (Gc) (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

Las investigaciones en torno a esta teoría revelan que la inteligencia fluida declina tempranamente hacia los treinta años siendo la inteligencia cristalizada altamente estable, al menos hasta edades muy avanzadas.

Si bien Rice (1997) avala la afirmación de que la inteligencia fluida declina con la edad y la inteligencia cristalizada se mantiene más estable, afirma que es a partir de los 14 años que la inteligencia fluida empieza a declinar, presentándose un mayor deterioro al iniciarse la vida adulta.

En conclusión, los estudios sobre la inteligencia revelan un declive del funcionamiento intelectual con el pasar de los años. Mientras algunos declinan fuertemente y en varias aptitudes, otros pueden no declinar en ninguna. Algunas funciones implicadas en la inteligencia fluida declinan antes, comenzando hasta en los treinta años, y otras mucho más tarde hacia los setenta años.

Sin embargo, una de las críticas que realiza Moragas (1995) a la medición de la inteligencia por medio de escalas, como las antes planteadas, es que lo relevante a la hora de medir la misma no es sólo la aptitud intelectual de la persona para el rendimiento (en lo cual se basan la mayoría de las escalas intelectuales), sino también la capacidad global vital del sujeto. Por tanto, se avoca a estudiar esta capacidad global, afirmando que no presenta un decremento general hasta los setenta u ochenta años y aún en estas edades puede ser prevenido gracias a la acción de un medio ambiente que estimule y apoye al anciano.

Afectividad y Personalidad

Se han realizado pocos estudios, transversales o longitudinales, en los que se examinen cómo cambian los sentimientos o las emociones básicas (miedo, ira, tristeza, alegría) (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

Aparentemente, según plantea Moragas (1995), la intensidad de las emociones vivenciadas disminuye en concordancia con el menor tiempo de reacción en la tercera edad a nivel neuroendocrinológico.

Otros hallazgos apoyan este hecho. Sin embargo, existen investigaciones que han generado resultados contradictorios. Por tanto, no se puede concluir al respecto.

Se ha planteado, además, la cuestión de si el humor y las emociones en la tercera edad se tornan más negativos. Si bien, como afirma Moragas (1995), las personas de la tercera edad están sometidas en esta época a un mayor número de vivencias negativas (detrimento de la salud, jubilación, muerte de amigos) debido a su dinámica vital, no se han realizado estudios extensos válidos que permitan afirmar que este incremento de los estímulos negativos genera en las personas de la tercera edad sentimientos y una personalidad menos positiva que cuando eran jóvenes.

En cuanto al estudio de los cambios de otros parámetros de la respuesta emocional, como la duración, la variabilidad y/o frecuencia de los eventos elicitadores de emociones, existen muy pocos estudios con resultados relevantes y hay inconsistencias entre ellos.

En cuanto a la personalidad, se han realizado estudios longitudinales que indican que a pesar de los cambios que ocurren en la vida, las características de la personalidad son bastante estables al igual que el autoconcepto, la autoestima y la percepción que se tiene sobre el control de la vida (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

En concordancia, Moragas (1995) afirma que existe continuidad en la personalidad de las personas de mayores, lo cual no implica que no se presenten algunos cambios, como es el hecho de que se tornan más volcados hacia el mundo interior, es decir, más introvertidos.

La autoimagen y la autoestima son conceptos relacionados con la identidad. La autoestima se asocia con la salud, las actitudes hacia el envejecimiento y la satisfacción con la vida pasada. Este es un buen predictor del grado de adaptación que pueden hacer las personas mayores a situaciones difíciles (Vega y Bueno, 1996).

Las personas mayores, en vista de las pérdidas que vivencian, se ven obligadas a reorganizar muchos aspectos de su vida para mantener su identidad. Algunas de estas pérdidas que pueden afectar la continuidad de la identidad del anciano son: las transformaciones en la imagen corporal, pérdida de la autonomía y cambios en el rol social (Fornós, 2003).

Relaciones Interpersonales

Las relaciones sociales son de importancia fundamental a lo largo del ciclo de la vida y también lo son durante la vejez, debido a que el ser humano es eminentemente un ser social y las necesidades sociales implican necesidades básicas (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

Por tanto, resulta importante indagar cómo son las relaciones interpersonales en la vejez según cada una de las áreas de interrelación:

Conyugales

En relación a la vida de pareja, Rodríguez y cols. (1998) señalan que se ha derivado de múltiples estudios la tesis de que la satisfacción marital implica una curva en forma de U, puesto que el matrimonio comienza con una satisfacción elevada que declina con la aparición de obligaciones y responsabilidades y que a causa de la desaparición de muchas obligaciones laborales y paternofiliales, en los últimos años se vuelve satisfactoria nuevamente para ambos cónyuges.

Estos autores plantean además que en los últimos años se presenta una convergencia de los cónyuges con relación a sus respectivas necesidades.

Sin embargo, Moragas (1995) reporta que las investigaciones realizadas no brindan conclusiones claras con relación a la felicidad y el éxito matrimonial, ya que existe gran variabilidad en torno a la misma.

Relaciones fraternales

En cuanto a éstas, Moragas (1995) señala la existencia de tres etapas en la relación entre hermanos: la primera etapa abarca la niñez y la adolescencia, en la cual los contactos son frecuentes debido a la convivencia en el hogar; en la segunda etapa, que se inicia con el abandono del hogar, el matrimonio y el inicio de la actividad laboral, ocurre un descenso en la interacción fraternal debido a las nuevas relaciones que se establecen; por último, en la tercera

etapa, respectiva a la madurez y la ancianidad, ocurre un reencuentro con los hermanos puesto que deben resolver problemas comunes, como el cuidado de los padres, entre otros.

Relaciones Padres-Hijos

Las relaciones padre-hijo presentan una dinámica particular en función del nivel de maduración de los hijos. En la vejez es probable que ocurra una recuperación del vínculo con los hijos, a causa del incremento de las necesidades de los padres, generándose un mecanismo de compensación vital. Por tanto, las relaciones entre las generaciones se tornan solidarias, debiéndose educar a los jóvenes en esa necesidad de compensación para que luego la practiquen (Moragas, 1995).

Sin embargo, a pesar de los patrones de relación antes detallados, diversos estudios señalan que el número de contactos sociales disminuye avanzada la vejez, reduciéndose así la red social. Esto tiene consecuencias negativas debido a que el apoyo social tiene una relación positiva con la salud integral de la persona y con su bienestar y satisfacción con la vida (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

Asimismo, la OMS (2002) afirma que las personas mayores no suelen contar con una red social amplia y, por consiguiente, es más probable que se encuentren aisladas. En una investigación realizada por Antonucci, Lansford y Akiyama (2002), se encontró que en cada uno de los países del estudio (Francia, Japón, Estados Unidos y Alemania) las mujeres presentaron más déficit en los recursos (entendidos estos como: viudez, enfermedad y rendimiento financiero) que los hombres. Este resultado, junto con la calidad de las relaciones sociales que mantienen las personas mayores, está consistentemente relacionado con la sintomatología depresiva, tanto en hombres como en mujeres, en la mayoría de los países investigados.

Condiciones externas como la partida de los hijos del hogar, la jubilación y la muerte del cónyuge influyen en la disminución de la red social del anciano. Aunado a las condiciones antes planteadas existen otros factores implicados en la disminución de la interacción social: las características específicas de personalidad y motivacionales, las condiciones socioculturales del individuo y, en general, el estado de salud (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

Entre las condiciones externas que influyen en la disminución de la red de apoyo social, la muerte del cónyuge es una de las más determinantes. La viudedad es uno de los eventos

más traumáticos que acontecen a lo largo de la vida. La probabilidad de enfermedad (y de muerte) aumenta en los seis meses siguientes a la muerte del cónyuge. Sin embargo, este suceso no tiene el mismo efecto en ambos sexos. Los hombres, por lo general y condicionado por otros factores, perciben y viven la viudez de manera más traumática que las mujeres, presentando mayores problemas de adaptación, al tener mayores dificultades para establecer nuevas relaciones, para sobrellevar las tareas del hogar, y un mayor impacto psicofisiológico, aumentando en edades avanzadas (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

En apoyo a lo anterior, Vega y Bueno (1996) plantean que los hombres presentan mayores problemas que las mujeres para realizar una gran cantidad de ajustes en su vida y poder continuar en ausencia de la esposa.

En las mujeres, en cambio, la viudedad supone un menor impacto, ya sea por su mayor posibilidad de entablar nuevas relaciones interpersonales, por contar con un número mayor de personas en su misma situación, aunado a una mayor predictibilidad de la viudedad para la mujer, que le lleva a anticipar y prepararse para este evento (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

Además del sexo, existen otros factores que influyen en la adaptación a la pérdida del cónyuge, como la salud, la identidad y la autosuficiencia, los ingresos económicos que se posean y las redes de apoyo, los cuales permiten o bien ayudar o agravar la asimilación y superación de este suceso en la vida del anciano (Vega y Bueno, 1996).

Por otro lado, existe el grupo de personas mayores que nunca llegaron a unirse en matrimonio y que por ello se les considera los solteros de la tercera edad. Según Cooney y Dunne (2001), dentro de los próximos 40 años la proporción de hombres solteros mayores de sesenta y cinco años se incrementará a más del doble. Además, los mismos autores mencionan que las personas mayores que son solteras logran una mejor adaptación que las personas mayores viudas y divorciadas.

Otra de las condiciones externas, que tiene un impacto importante en las relaciones sociales en la tercera edad, es la jubilación. Las actitudes iniciales ante ella son ambivalentes. Muchas personas anticipan el disfrute de su llegada mientras que otras no, ya que suponen que se ha iniciado la vejez. En la medida que la persona experimente mayor satisfacción con el trabajo que realiza, menor es el deseo de abandonarlo (Vega y Bueno, 1996).

Una de las consecuencias indeseables de la jubilación es que se acompaña de un progresivo aislamiento de la persona mayor de sus roles con la sociedad y de su contacto con otras personas. Sin embargo, se puede tener una jubilación satisfactoria cuando la persona goza de buena salud, no tiene preocupaciones económicas y disfruta adecuadamente de su tiempo libre (Vega y Bueno, 1996).

Otra consecuencia poco grata son los desajustes que se producen en la relación de pareja a causa de los nuevos roles que deben asumir dentro del hogar (Vega y Bueno, 1996).

En relación al efecto del género en la jubilación, se ha encontrado que las mujeres presentan un impacto menos traumático ante este acontecimiento que los hombres, tal vez debido a que éstas, una vez que han cumplido sus deberes maternales, se han enfrentado ya a un abandono importante, la partida de los hijos del hogar, les es más sencillo enfrentar una segunda pérdida (Vega y Bueno, 1996).

Uno de los acontecimientos a los que frecuentemente deben enfrentarse las personas al llegar a la tercera edad es la institucionalización, en un lugar de cuidado diario o geriátrico. Tal como lo describen Ferrey, Le Jones y Bobes (1994), estas instituciones aseguran la completa cobertura de las necesidades de las personas mayores. En principio, son lugares para personas que pueden valerse de sí mismas y que no presentan ningún trastorno de conducta que perturbe a los otros residentes. Sin embargo, existen residencias donde conviven personas con o sin trastornos mentales, encontrándose que en algunos casos estas personas se hallan separadas por departamentos y en otros lugares comparten el mismo.

En España, el 3% de la población de los ancianos que vive en residencias prefiere este modo de vida en lugar de vivir con su familia, en caso de tenerla, ya que en estas instituciones adquieren un nuevo estilo de vida, recibiendo servicios de atención que les resultan satisfactorios. Por otro lado, las personas que no se encuentran institucionalizadas mantienen un rechazo hacia vivir en una residencia (Vega y Bueno, 1996).

Se han realizado estudios del impacto de la institucionalización sobre las relaciones sociales. El ingreso en una institución geriátrica es una de las condiciones de cambio en la vejez que puede generar mayores consecuencias en las relaciones sociales (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

Esto se debe a que la institucionalización suele suceder por la ausencia de seres queridos o porque la persona mayor no desea ser una carga para ella. A pesar de que el traslado a una residencia implique el insertarse en un grupo social, este hecho puede repercutir negativamente en las relaciones interpersonales del individuo, esto último acostumbra a ocurrir debido a que el anciano presenta un sentimiento de rechazo a la institución.

Por tanto, la institucionalización puede frenar el incremento de las relaciones sociales con conductas como el asilamiento y rechazo de nuevos contactos. Se ha observado en los ancianos el llamado síndrome de "aislamiento – desocialización" (Benett, 1973 c.p Fernández-Ballesteros y cols., 1999) que implica que tras el ingreso una persona tiene mayores dificultades para adaptarse (seguir las normas, etc.) presentando problemas con el personal y los residentes.

Independientemente de los sucesos que influyen en la disminución de la red social de los ancianos, tales como la viudedad, la jubilación y la partida de los hijos del hogar, existe un patrón diferencial en las relaciones sociales de acuerdo al sexo.

Es mucho más probable que las mujeres tengan un mayor contacto y lazos emocionales más intensos, no sólo con sus hijos y nietos sino incluso fuera de la familia. Por otro lado, los hombres son más activos en sus relaciones con instituciones más amplias, como por ejemplo con la actividad política, pero las mujeres tienen una participación religiosa y en asociaciones voluntarias más amplia que la de los hombres (Vega y Bueno, 1996)

Las características de la etapa de la vejez explicitadas por Fernández-Ballesteros, Moya, Iñiguez y Zamarrón (1999), revelan la existencia de habilidades que presentan declives, como la inteligencia y la memoria, y el mantenimiento o incremento de otras, como la satisfacción y el auto concepto.

Dado este patrón de envejecimiento, de ganancias y pérdidas, la actitud que asume la persona mayor ante su envejecimiento resulta crucial en la manera como se envejece. En la medida en que se intente mantener un rol activo en la sociedad, una red social que le apoye y un estado de salud adecuado, cuidando tanto su estado físico como nutricional, se vivenciará la vejez con mayor satisfacción.

Esta idea ha cobrado importancia en los últimos años, a tal punto que la Organización Mundial de la Salud en el año 2002 postuló un Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, con la finalidad de promover la participación social de los ancianos, el aprendizaje a lo largo de la vida, las oportunidades de desarrollo individual, autorrealización y bienestar de las personas mayores. Se plantea como objetivo fundamental que los ancianos sigan desempeñando un papel activo en los asuntos familiares, sociales, económicos, culturales y cívicos. Esta perspectiva se ha denominado envejecimiento activo, el cual se define como:

> El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que se envejece...(que permita) que las personas desarrollen su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de toda la vida y participen conforme a sus necesidades, deseos y capacidades (OMS, 2002, p. 14).

Lo anterior da una visión positiva de lo que supone envejecer, al poner de manifiesto la imagen de un anciano con deterioro, pero a la vez con destrezas que no se modifican o que mejoran, pudiendo con ellas compensar las posibles dificultades en su funcionamiento integral y permitir una adaptación más satisfactoria al medio. Ya no es la persona mayor sólo como una carga, sino además como un ser con las potencialidades suficientes para contribuir con la sociedad.

CAPÍTULO II

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida fue definida por la Organización Mundial de la Salud (1994 cp. Monchietti y Krzemien, 2000), como la: "Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses" (p.1) .

Otra definición de calidad de vida es dada por García (1991), quien plantea que "la calidad de vida es una situación social y personal que permite satisfacer los requerimientos humanos, tanto en el plano de las necesidades básicas y sociales, como en el de las necesidades espirituales" (p. 206).

Para este autor, la calidad de vida resulta ser más que la calidad del ambiente; involucra la estabilidad emocional, intelectual, volitiva, la dinámica cultural en general, la coexistencia armónica entre los seres humanos, donde juega un papel primordial la justicia social, considerando las oportunidades que brinda la sociedad.

Durante mucho tiempo el constructo de calidad de vida se utilizó de manera indistinta a conceptos aparentemente iguales: modo de vida, estilo de vida y nivel de vida. Sin embargo, si bien tienen aspectos en común son diferentes. Para poder delimitarlos se debe partir de la definición de cada uno (Padilla, 1993).

El **modo de vida** se desprende del interés por el bienestar social como un problema político. Este concepto no es preciso y puede definirse de dos maneras: como una expresión concreta de la formación social, y como la forma peculiar en la que un grupo social se manifiesta a una globalidad mayor (Padilla, 1993).

Es un concepto sociológico en el que se formulan las motivaciones primordiales del hombre en sus sistemas de actividad concreta (González, 1992). Aunado al condicionante social, el individuo posee un papel activo en su modo de vida, condicionado por el nivel de desarrollo de su personalidad, su cultura y su experiencia, lo que incrementa la posibilidad de convertirse en sujeto activo de su conducta (González, 1992).

Es, por tanto, una categoría amplia y compleja que implica aspectos relativos a la estructura económica y la manera como ésta se evidencia en los individuos por medio de procesos sociales (Padilla, 1993).

El **nivel de vida** es utilizado por los economistas en los países capitalistas para hacer referencia al bienestar material de la población, siendo una categoría que involucra las condiciones materiales de existencia para poder vivir y no el grado de satisfacción que esas condiciones de vida pueden generar (Padilla, 1993).

Otro de los términos a diferenciar es el **estilo de vida**, el cual está relacionado con la forma de vida de las personas como seres individuales, dependiendo de los intercambios que se establezcan con el ambiente en el que se desenvuelve.

Partiendo de las definiciones de calidad de vida antes planteadas, se hacen evidentes las diferencias con conceptos como modo de vida, nivel de vida y estilo de vida, involucrando a cada uno de ellos y agregando nuevos elementos. Así, si bien abarca el bienestar material de la población (nivel de vida) en términos de la satisfacción de las necesidades básicas, involucra la repercusión de lo económico en el medio social (modo de vida) y el intercambio que establece el individuo con el ambiente (estilo de vida), comprendiendo además la percepción subjetiva que tiene la persona de todos estos elementos.

Es común hablar de calidad de vida en diversos círculos de profesionales, tales como, los planificadores sociales, científicos ambientales, sociales y de la salud, constituyendo para ellos una premisa o aspiración a lograr (Grau, 1998). Por tanto, este concepto ha sido utilizado de manera diferencial en diversos contextos a lo largo de la historia (Thivierge, 1991).

Contexto socio-económico

El concepto de la calidad de vida nace, en primer lugar, en el ámbito de las investigaciones socioeconómicas, utilizando la calidad de vida de dos maneras: en relación al consumo de bienes y, en oposición a la cantidad de bienes requeridos y consumidos. Se hace alusión, por tanto, al aspecto objetivo relacionado con los bienes disponibles, y el aspecto subjetivo, relativo a lo que se desea consumir.

El aspecto subjetivo se perfila hacia las necesidades, los deseos y los valores. Si bien las necesidades, con el aumento de la disponibilidad de los bienes, llegan a ser satisfechas, el acceso hacia los valores individuales, sociales y religiosos no es automático ni depende de los factores socioeconómicos. Por tanto, la posibilidad de alcanzar los bienes necesarios para vivir no se correlaciona directamente con la calidad de vida (Thivierge, 1991).

Contexto Médico

En el área de la medicina, con el apogeo de personalizar la relación médico-paciente y de humanizar el contexto hospitalario, resulta primordial el estudio de la calidad de vida, existiendo una visión de la misma que involucra no sólo la supervivencia del paciente sino además un nivel superior de autonomía personal, laboral y social.

En consecuencia, se ha insertado el aspecto ideológico-valorativo en el concepto de calidad de vida. Se debe dejar vivir una persona que posea un mínimo de calidad en su vida, lo cual implica el derecho a una vida sana (Thivierge, 1991).

Contexto ecológico

Otra perspectiva es la del ámbito ecológico. Desde este punto de vista, una vida de calidad implica que sea propensa a brindar a la persona una buena salud mediante la conservación del ambiente natural, del mejoramiento del ecosistema (Thivierge, 1991).

Contexto Cultural

Una comprensión ideológico-cultural del concepto calidad de vida, implica creer que la cultura industrial y de urbanización ya ha concluido y que la vida tendría que retornar a la espontaneidad subjetiva y naturalista, restituyéndose la libertad frente al trabajo dependiente y repetitivo, para aspirar al trabajo creativo (Thivierge, 1991). La vida debería constituirse de espontaneidad, creatividad y fiestas mediante el goce de la subjetividad.

Sin embargo, Thivierge (1991) plantea que ninguna de las visiones de calidad de vida en los contextos antes mencionados expresa de manera absoluta su noción real, ya que una conceptualización exhaustiva debería vislumbrar todas las dimensiones de la persona y las de la calidad, así como la armonía de las mismas. Afirma que un auténtico concepto debería considerar lo interno de la persona, la satisfacción de sus necesidades y los deseos, fundamentado en el respeto y desarrollo de los valores humanos, es decir, los valores espirituales y morales (Thivierge, 1991).

Por tanto, según Thivierge (1991) al referirse a la calidad de vida, se debe plantear la necesidad de cuestionarse el verdadero sentido de la vida. Partiendo de lo anterior, entiende la calidad de vida: "Como un proceso cultural, organizativo y operativo que lleva un grupo de personas o una organización a actuar integralmente o sistemáticamente para la satisfacción de las exigencias fundamentales de sus miembros o de sus usuarios" (p. 56).

En la definición de Thivierge (1991) se encuentra de manera implícita uno de los debates que durante mucho tiempo se ha relacionado con la naturaleza de la calidad de vida: si debe conceptualizarse centrándose en componentes subjetivos (valoración del propio sujeto) u objetivos (condiciones materiales de la vida). La tendencia apunta a una conceptualización objetivo-subjetiva del constructo (Grau, 1998).

Así, Thivierge (1991) plantea que deben tomarse en cuenta aspectos subjetivos referentes al mundo interno de la persona, los valores espirituales y morales, además de aspectos objetivos como la satisfacción de las necesidades básicas.

A este respecto, Fernández – Ballesteros y Macía (1997) consideran que mantener una operacionalización reduccionista de la calidad de vida, exclusivamente subjetiva u objetiva, puede empobrecer e invalidar un constructo como el de calidad de vida que, por su naturaleza, es extraordinariamente diverso.

Otro de los debates relacionados con la calidad de vida es de trascendencia metodológica, relacionado a si este concepto debe definirse y evaluarse de una manera global, o en función de determinadas dimensiones relevantes en un contexto determinado (unidimensionalidad o multidimensionalidad del constructo).

Al asumir la calidad de vida como una totalidad se ha exagerado su acepción, llegando al punto de reducir su evaluación a una única pregunta: ¿Cómo es su calidad de vida?. Un ejemplo de lo anterior es el cuestionario *How are you?,* elaborado por Maes y Buril en 1995 (Grau, 1998).

Hoy en día se asume a la calidad de vida como compuesta de múltiples dimensiones y se mide en relación a esas dimensiones de las que se parte (Grau, 1998).

Un último debate se refiere a las dificultades de medir un constructo cuya naturaleza bipolar objetiva-subjetiva, y su multidimensionalidad, le otorgan a su evaluación diversas opciones (Grau, 1998). Algunas de ellas son los siguientes (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996):

Cuestionario de Calidad de Vida (CCV): (A Generic Health Related Quality of Life Instrument). Este instrumento fue creado por María de los Ángeles Ruiz Fernández (Facultad de Psicología UNED) y Enrique Baca Baldomero (Facultad de Medicina UAM) en el año 1993. Para su elaboración se utilizó una muestra de 245 sujetos españoles sin problemas físicos ni psíquicos (49.4% hombres y 50.6% mujeres) con edades comprendidas entre los 18 hasta personas mayores de 56 años. A estas personas se les preguntó acerca de 96 cuestiones referidas a la calidad de vida. Luego del análisis los ítems se redujeron a 39.

Posteriormente, para el análisis psicométrico, se utilizaron dos muestras de un total de 2810 sujetos, y luego de los análisis factoriales se encontraron cuatro factores: soporte local, satisfacción general, bienestar físico y psíquico y ausencia de trabajo/ tiempo libre.

La fiabilidad, por medio del método de test-retest con un mes de intervalo, arrojó un valor de 0.96. Además, el Alpha de Cronbach fue de 0.94. Con relación a otras pruebas, se halló una correlación de –0.69 entre el CCV y el Cuestionario de Depresión de Hamilton y entre el CCV y el Inventario de Depresión de Beck se halló una correlación de –0.72 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996).

Por tanto, el CCV se caracteriza por ser de corta extensión y confiable. Sin embargo, el criterio de validez se basa en la correlación con instrumentos que miden depresión y no calidad de vida, sin ser este un criterio suficiente para afirmar que existe validez concurrente, de criterio, dejando a un lado, además, los otros tipo de validez. Por otra parte, asume la calidad de vida

como un constructo de carácter subjetivo, sin tomar en cuenta los elementos objetivos pertinentes al mismo.

Escala sobre calidad de vida percibida (The perceived quality of life scale): Fue elaborada por Donald Patrick de la Universidad de Carolina del Norte en 1988. Es un instrumento compuesto por 11 ítems, donde se pregunta al sujeto cómo está de satisfecho con su salud, pensamientos de felicidad, familia, ayuda, comunidad, ocio, ingresos y trabajo (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996).

A pesar de ser un instrumento innovador, corto y diverso en cuanto a las áreas que supone componen la calidad de vida, su fiabilidad y validez son limitadas. Además, se caracteriza por medir múltiples dimensiones pero todas de carácter subjetivo, dejando a un lado uno de los componentes de la calidad de vida: los de carácter objetivo.

Perfil de Impacto de la Enfermedad: Fue elaborado en 1981 por Bergner, Bobbit, Carter y Gibson de la Universidad de Washington. Es un extenso instrumento diseñado para evaluar el impacto de las enfermedades en la calidad de vida. Contiene 136 ítems que abarcan 12 categorías: paseos, movilidad, cuidado del cuerpo, interacción social, conducta de atención, conducta emocional, comunicación, sueño y descanso, comida, trabajo, trabajo en casa y recreo y pasatiempo (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996).

La fiabilidad test-retest del instrumento fue evaluada utilizando datos de cuatro sub-muestras de pacientes dando como resultado valores entre 0,75 y 0,92. La consistencia interna medida por el alpha de Cronbach fue de 0,97. Por otro lado, la validez fue obtenida comparando los datos de este instrumento con datos clínicos del paciente. Se obtuvo una correlación que osciló entre 0.44 y 0.84 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996).

Una limitación de este cuestionario es su énfasis en el estado de salud del paciente, es decir, en el aspecto objetivo, dejando a un lado lo subjetivo asociado a la calidad de vida.

Encuesta sobre Calidad de Vida referida a la salud en Suecia: Fue elaborado por Brorsson, Ifver y Hays en 1993. Consiste en 61 ítems que cubren 11 áreas de la salud física, mental, social y general. Es aplicado a la población en general y para personas accidentadas. Los estudios de confiabilidad y validez de esta encuesta han sido numerosos. El alpha de Cronbach supera en todas las escalas al .78 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996).

Se caracteriza, sin embargo, por ser un instrumento que mide calidad de vida en términos de salud subjetiva.

La breve descripción realizada anteriormente permite vislumbrar la variedad de opciones al momento de evaluar la calidad de vida. Por tanto, a la hora de seleccionar un instrumento para llevar a cabo un estudio de la calidad de vida, se debe tener una postura crítica ante las características del mismo.

Los instrumentos descritos anteriormente presentan limitaciones con relación a aspectos que son indispensables a la hora de evaluar el constructo, como lo son la longitud del cuestionario, el idioma en el que fue creado el instrumento, deficiencias en torno a la confiabilidad y validez, y el basamento teórico del autor en relación a la calidad de vida, enfocándose en el componente de calidad de vida subjetiva a expensas de la calidad de vida objetiva.

Un instrumento que solventa estas dificultades, es el Cuestionario Breve de Calidad de Vida elaborado por Rocío Fernández-Ballesteros y María Dolores Zamarrón en 1993 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996), el cual se caracteriza por ser de corta duración, de fácil aplicación, con una confiabilidad y validez corroborada en estudios realizados en muestras españolas y que posee un basamento conceptual sólido en el que se toma en cuenta tanto el aspecto objetivo como subjetivo de la calidad de vida, además de la multidimensionalidad del constructo.

Atendiendo a las ventajas antes mencionados se ha seleccionado para la presente investigación el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) como instrumento a ser objeto de análisis psicométrico, más específicamente para estimar su confiabilidad y validez en una muestra de personas venezolanas de 65 años o más.

CAPÍTULO III

CALIDAD DE VIDA Y VEJEZ

En la sociedad han existido a lo largo de la historia dos líneas de pensamiento acerca del envejecimiento. Una de ellas relativa a la idea de que prolongar la vida no es ni posible ni deseable, asumiendo la aceptación de la vejez como un estadio previo a la muerte. La otra línea de pensamiento refleja el deseo de prolongar la vida, de intentar alcanzar la inmortalidad tal como lo reflejan textos como la biblia al afirmar que personajes bíblicos como Noé y Matusalén vivieron más de 900 años (Vega y Bueno, 1996).

Si bien estas líneas resultan extremas, actualmente se asume una postura más moderada, existiendo aquellos que asumen la proximidad de la muerte como algo natural e inminente y aquellos que intentan evitar su llegada.

Este deseo de alargar la vida ha sido asumido como un reto por los científicos durante décadas, a tal punto de lograr mejoras a nivel de saneamiento, vivienda, nutrición e innovaciones médicas sustanciales que han generado un aumento de la esperanza de vida de la población a nivel mundial.

A raíz de este incremento en los años de vida ha surgido el interés no sólo de cuán larga puede ser la vida sino también de cómo se vive la misma, de qué tan satisfecha se siente la persona. En definitiva, una de las preocupaciones actuales por parte de los científicos es proveer de calidad a los últimos años de la vida.

Esta es la orientación de Fernández-Ballesteros y Zamarrón. Sin embargo, para poder mejorar la calidad de la vida en la tercera edad se requiere partir de una conceptualización de la misma, para así crear un instrumento que permita medir el concepto en la población y, de esta manera, conocer cómo es la calidad de vida para mejorarla.

Siguiendo lo anterior, Fernández-Ballesteros se aboca en primer lugar a generar un marco conceptual, planteando una serie de asunciones que delimitan dicho concepto en personas de la tercera edad (Fernández-Ballesteros, 1992).

La primera asunción es la especificidad del concepto en personas mayores. Aunque la calidad de vida posee aspectos similares cuando se compara en grupos de distintas edades, en ancianos se perfilan factores distintivos, como por ejemplo el mantenimiento de las habilidades funcionales o autocuidado.

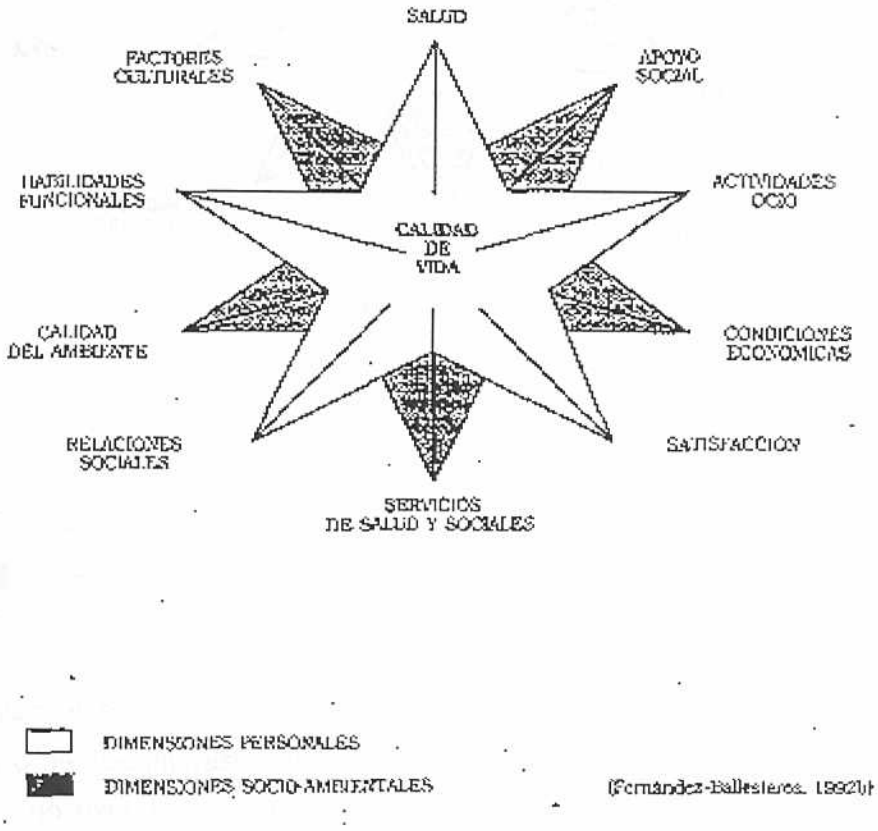
Una segunda asunción es su multidimensionalidad. La vida es ontológicamente multidimensional, y por tanto, la calidad de vida también debe serlo.

Esta asunción implica que se deben tomar en cuenta tanto factores personales (la salud, actividades de ocio, la satisfacción, relaciones sociales, habilidades funcionales), como socio-ambientales (apoyo social, condiciones económicas, los servicios de salud y sociales, calidad del ambiente y factores culturales), los cuales se encuentran en íntima relación.

Figura A

Multidimensionalidad de la Calidad de Vida: Factores Personales y Socioambientales

(Fernández – Ballesteros, 1992)



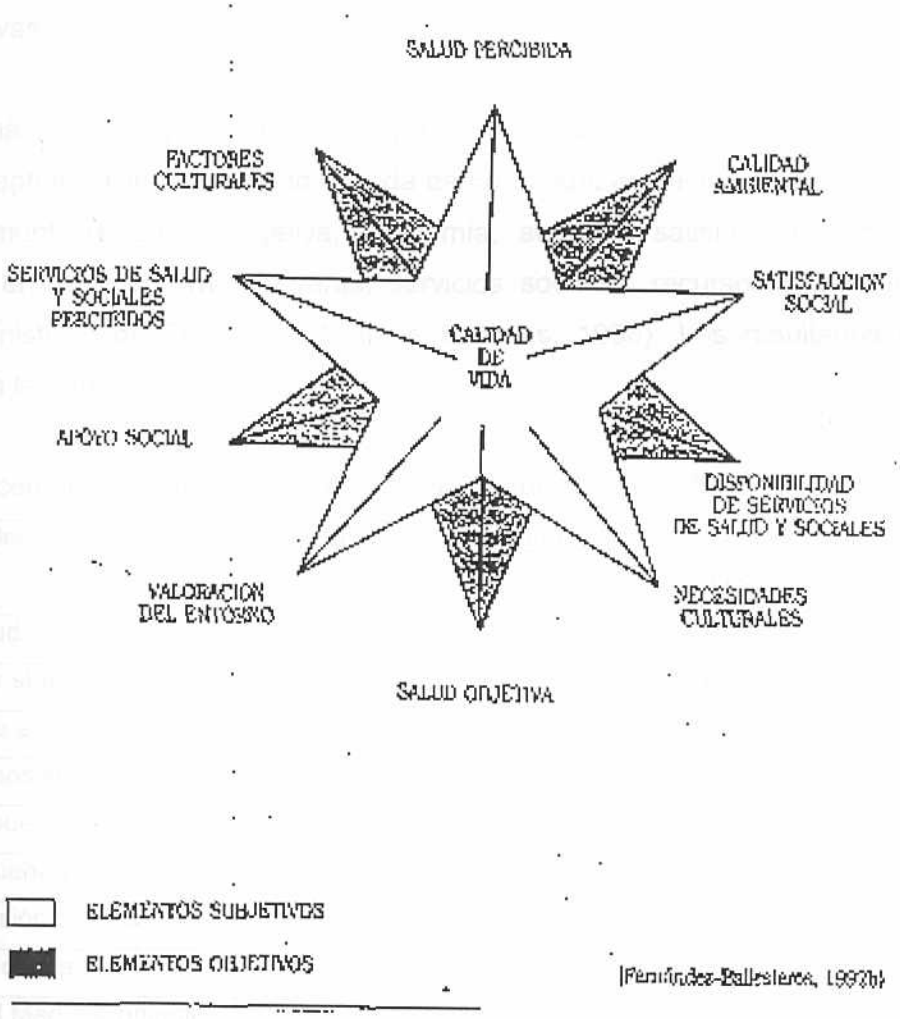
(Fernández-Ballesteros, 1992b)

Una tercera asunción se refiere a los aspectos subjetivos tales como valoraciones, juicios, sentimientos y a los aspectos objetivos como servicios disponibles, entre otros. Se parte, por tanto, de una conceptualización objetivo-subjetiva, ya que se consideran ambos tipos de indicadores para definir operacionalmente el constructo de calidad de vida. Existen múltiples relaciones entre los elementos objetivos y subjetivos de la calidad de vida.

Figura B

Elementos Objetivos y Subjetivos en la Calidad de Vida

(Fernández - Ballesteros, 1992)



Las asunciones expuestas por Fernández-Ballesteros son planteadas a nivel conceptual. Sin embargo, uno de sus intereses fue corroborar si dicha conceptualización coincidía con lo que la población no experta entendía por calidad de vida, para así lograr una aproximación empírica a dicho constructo, para el establecimiento posterior de un sistema de evaluación.

Para lograr lo anterior, Fernández-Ballesteros en 1992 realizó, junto con el Centro de Investigación sobre la Realidad Social (CIPRES), el siguiente estudio: Utilizó una muestra de sujetos españoles mayores de 65 años, a los cuales se les pidió que jerarquizaran, sobre la base de una lista de elementos, los tres primeros aspectos que para ellos definían lo que era la calidad de vida (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996).

La lista constaba de los siguientes ítems: - Tener buena salud - Valerse por sí mismo - Mantenerse activo - Tener buenos servicios sociales y sanitarios - Mantener buenas relaciones con la familia y sociales - Tener una buena pensión o renta - Sentirse satisfecho con la vida - Calidad del medio ambiente, del barrio o de la ciudad - Tener oportunidad de aprender y conocer nuevas cosas - Otras.

Además, se incorporaron algunas preguntas relativas a cada uno de los aspectos que para la conceptualización de calidad de vida de Fernández-Ballesteros, son importantes en diez áreas fundamentales: Salud subjetiva, autonomía, actividad, satisfacción laboral, apoyo social, satisfacción en la vida, nivel de renta, servicios sociales, recursos culturales y calidad de vivienda (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996). Los resultados del estudio se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Porcentajes de Elecciones de los tres Elementos que definen la calidad de vida

Elecciones	Primera opción	Segunda opción	Tercera Opción	Puntuación Pond.
Buena Salud	78	8.8	2.4	84.0
Valerse por sí mismo	11.2	48.3	7.3	45.83
Mantenerse activo	1	8.8	17.1	12.56
Tener buenos servicios	3.9	5.9	12.7	12.06
Mantener buenas relaciones	2	9.3	17.1	13.9
Vivienda buena y cómoda	1	4.9	9.3	7.36
Buena pensión o renta	1	9.3	22.4	14.6
Satisfecho con la Vida	–	1.5	5.9	2.9
Calidad del Medio Ambiente	–	–	0.5	0.5
Tener op. Apren / cono, con.	1.5	–	1	1.8
Otras	–	–	–	–
Ninguna	0.5	1	2	1.83
NS / NC	–	2	2.4	2.1

(Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996)

Como se puede apreciar, una mayoría considera que el elemento fundamental de la calidad es tener una buena salud, seguida de valerse por sí mismo, tener una buena pensión o renta y mantener buenas relaciones sociales y familiares.

Estos resultados evidencian la congruencia entre la conceptualización de la población no experta en torno a la calidad de vida y las asunciones planteadas por Fernández-Ballesteros, especialmente en lo que respecta a los aspectos de salud y valerse por sí mismo.

El estudio antes planteado permite delimitar los pormenores relacionados con el constructo de calidad de vida. Sin embargo, no resulta suficiente la labor teórica; para conocer cómo se comporta dicho concepto en el ámbito real es necesario crear un instrumento que permita indagar acerca de él.

Por tanto, Fernández-Ballesteros y García (1993 cp. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996) procedieron a operacionalizar el constructo. Crearon un instrumento para medir calidad de vida en ancianos. La aplicación del mismo se realizaría a través de una entrevista directa al sujeto, en un tiempo estipulado de 50 a 60 minutos. El cuestionario constaba de nueve áreas (Ver Anexo A).

La primera de ellas, denominada estado mental, está conformada por 10 ítems y se incluyó con la finalidad de identificar aquellos que padecían trastornos cognitivos, con el objetivo de tener datos de la calidad de vida de las personas con un estado mental deficitario. Si el sujeto cometía tres o más errores en esta área, se consideraba no apto a nivel mental y la modalidad de aplicación variaba a la siguiente: un allegado al sujeto respondería a todas las preguntas objetivas (señaladas con un asterisco en el anexo A), mientras que el propio sujeto debía responder las subjetivas.

La segunda área, se compone de cuatro sub-áreas: salud subjetiva (conformada de 5 ítems), salud objetiva (compuesta por 12 ítems), salud psíquica (integrada por una pregunta) y conducta de riesgo (compuesta por 11 ítems).

La siguiente área, denominada integración social está compuesta de 9 ítems. La cuarta área, llamada habilidades funcionales está conformada de 5 ítems. La quinta área, actividades de la vida diaria, se encuentra integrada por 4 reactivos. La siguiente área, calidad ambiental según el entrevistado, está compuesta de 5 preguntas.

La séptima área, calidad de servicios sociales y sanitarios, se encuentra integrada por tres ítems. Las dos últimas áreas, satisfacción con la vida y sinceridad, está compuesta por 3 y 1 ítem respectivamente.

El cuestionario incluye, además, un apartado conformado por 23 reactivos, que indaga en torno a los datos socioeconómicos y características de la vivienda del entrevistado. Una vez creado el instrumento, Fernández-Ballesteros e Intercampo (1993) iniciaron una investigación con el objetivo de dar respuesta a una inquietud de las autoras existente incluso antes de crear el instrumento: ¿existen diferencias en la calidad de vida de las personas de la tercera edad que habitan en diferentes contextos: su domicilio (no institucionalizado), residencias públicas y privadas?.

El interés por el contexto parte de la certeza de las autores de la influencia que tiene el mismo sobre la operacionalización de la calidad de vida. Por tanto, asumen que no se puede hablar de una calidad de vida general sin hacer referencia al contexto en que se circunscribe, entendiéndolo como las circunstancias globales del sujeto al afirmar que la calidad de vida de un paciente canceroso ha de evaluarse con elementos distintos a los de una persona de la tercera edad en buen estado de salud.

Junto a la investigación contextual se estudió además si existían diferencias en torno a la calidad de vida según otras variables como edad, sexo, pertenencia rural y urbana y la posición social.

Para este estudio se utilizó una muestra española de 1014 sujetos de 65 años o más, de los cuales 507 vivían en su domicilio, 256 vivían en residencias públicas y 251 habitaban en residencias privadas.

Las variables que se tomaron en cuenta para este estudio, se dividieron en dos grupos: por un lado, las denominadas variables de clasificación, variables de grupo o variables relevantes y, por otro lado las variables dependientes.

Se tomaron como variables de clasificación las siguientes: contexto (domicilio, residencia pública y residencia privada), edad (cuatro grupos: 65 - 69, 70 – 74, 75 – 79 y 80 y más), localidad (tres grupos de acuerdo al número de habitantes de la población) y posición social (según el nivel educativo y la profesión del entrevistado).

Las variables dependientes consideradas fueron: salud (se tomaron distintos indicadores subjetivos y objetivos), hábitos de salud (o estilos de vida), habilidades funcionales, actividades de la vida diaria y ocio y tiempo libre, integración social (se consideró el tamaño de la red de apoyo y la satisfacción producida por dicha red), satisfacción con la vida (utilizaron como modelo para este apartado el cuestionario de moral "Life Satisfaction Index"), servicios sociales y de salud (se evaluó el conocimiento, uso y satisfacción de 19 servicios) y la calidad ambiental.

Una vez recolectados los datos, las mencionadas autoras procedieron a realizar una comparación entre grupos en cuanto al constructo de calidad de vida, se encontró que: las personas mayores que habitaban en su domicilio y las que lo hacían en residencias tanto públicas como privadas, no difieren en la mayor parte de los indicadores de la variable dependiente salud. Por el contrario, los hombres frente a las mujeres (variable de clasificación sexo), los más jóvenes frente a los más viejos (variable edad) y las personas de posición social alta frente a los de posición social baja, tienen significativamente una mejor salud.

En relación a la variable dependiente habilidades funcionales, encontraron que las personas que viven en su propio domicilio y las que viven en residencias públicas consideran que pueden valerse por sí mismas en mayor medida que las personas que viven en residencias privadas.

La integración social, otra de las variables dependientes, difiere significativamente en los tres contextos examinados. Las personas que viven en su propio domicilio tienen más amplias redes de apoyo y están más satisfechas que las personas que viven en residencias.

En cuanto a las restantes variables dependientes tomadas para el estudio, se encontraron los siguientes resultados: en relación a las actividades de vida diaria, ocio y tiempo libre, las personas en residencias públicas tienen un mejor patrón de actividad que las otras dos. En cuanto a los servicios sociales y de salud, los de residencias públicas presentan mayor conocimiento y utilización de los servicios y en cuanto a la calidad ambiental, los que habitan en residencias reportan una mejor calidad que los que viven en domicilio (Fernández-Ballesteros e Intercampo, 1993 cp. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996).

En conclusión, no se puede afirmar que la calidad de vida es mejor o peor en un contexto u otro, puesto que las diversas variables dependientes no arrojan resultados que

coincidan en torno a que las personas que habitan en su domicilio, en residencias públicas o privadas, presenten mejor calidad de vida.

Sin embargo, la mayoría de los indicadores de calidad de vida sí permiten discriminar entre grupos de sujetos según las restantes variables de categorización; así, las personas más jóvenes en relación a los mayores (edad), los hombres con respecto a las mujeres (sexo) y los de posición social más alta frente a los de posición más baja (posición social), presentan una mayor calidad de vida.

Existen, además del estudio antes planteado, otras investigaciones que avalan estas conclusiones. La siguiente investigación apoya lo anterior, enfatizando en uno de los componentes de la calidad de vida, la satisfacción. Fernández – Ballesteros, Moya, Iñiguez y Zamarrón (1999) realizó un estudio en el que evaluó la satisfacción de vida a través de los siguientes indicadores: la satisfacción como rasgo de personalidad, la satisfacción en el momento presente y la satisfacción comparativa asociada a la edad (si se es más o menos feliz que hace cinco años o que dentro de cinco años). Los resultados obtenidos señalan que las variables de satisfacción mencionadas difieren significativamente en función de la edad, género y la posición social, siendo las personas de más edad, las mujeres y las personas que pertenecen a posiciones sociales media - baja y baja quienes presentan una puntuación significativamente más baja en la satisfacción con la vida. Sin embargo, no difieren en función del lugar donde viven las personas pertenecientes a la tercera edad (propio domicilio, residencias públicas y privadas).

La falta de apoyo hacia la hipótesis de que la calidad de vida difiere según el domicilio donde viven las personas mayores se evidencia en otro estudio, en el cual se evalúa un aspecto asociado a la calidad de vida: el bienestar psicosocial. Esta asociación la plantea Fernández-Ballesteros (1997) al afirmar que la calidad de vida resulta de gran relevancia a nivel social ya que se ha estado utilizando a nivel mundial como el objetivo por excelencia del estado de bienestar de una persona.

Cava y Musitu (2002), tenían como objetivo comparar la disponibilidad de recursos y la presencia de estresores en personas mayores de 65 años institucionalizadas y no institucionalizadas. Para ello se recolectó una muestra de 34 personas institucionalizadas en una residencia ubicada en el pueblo de Benetusser (Valencia) (16 hombres y 18 mujeres) y 40 no institucionalizadas (24 mujeres y 16 hombres), con predominancia de personas ubicadas

entre los 65 y 74 años, aunque también se compone de personas mayores de 65 años. En análisis abarcó tres áreas de la vida de las personas: física (hábitos no saludables y nivel general de salud), psicológica (autoestima, percepción de estrés y ánimo depresivo) y social (apoyo y estresares sociales).

Los resultados indican que las personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas apenas difieren con relación al bienestar psicosocial que manifiestan. En concreto, ambos grupos presentan diferencias significativas en tres variables: autoestima familiar, apoyo social y percepción del apoyo formal.

Así, las personas institucionalizadas poseen una percepción más favorable de los sistemas formales (centros de salud, servicios sociales, etc.) para brindarles ayuda en caso de necesitarla.

En cuanto a la autoestima familiar, las personas institucionalizadas tienen menor temor a perder la ayuda informal (brindada por los familiares) puesto que sus cuidadores principales son profesionales pertenecientes al sistema formal. Además, parecen tener una imagen más desfavorable con relación a qué tanto son valorados por su familia, lo cual puede deberse a la inexistencia de familiares, a la poca relación con ellos, o a una percepción desfavorable de su papel en ella en consecuencia de no vivir en el seno familiar.

Con relación a la autoestima social, las personas institucionalizadas expresan un concepto de sí mismos más favorable en cuanto a sus habilidades para iniciar y mantener relaciones sociales, valorando más las amistades, tal vez por la obligatoriedad de relacionarse con los demás al vivir en una institución.

Por tanto, no se encontraron diferencias entre personas institucionalizadas y no institucionalizadas en relación el bienestar psicosocial en todos sus aspectos, pero si en algunos de ellos, lo cual es semejante a lo encontrado por Fernández-Ballesteros y Maciá (1993) en relación a que la calidad de vida en general no varía de acuerdo al contexto, pero sí de acuerdo a determinados elementos de la misma.

Una vez creada la versión del Cuestionario de Calidad de Vida, Fernández-Ballesteros y Zamarrón (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996) consideraron que si bien el mismo fue apropiado para realizar una investigación inicial básica (el estudio en torno a si existen

diferencias en la calidad de vida en los ancianos que habitan en diferentes contextos), su extensión es inadecuada a la hora de realizar una evaluación práctica del contexto. Una característica exigible a un cuestionario de calidad de vida de personas mayores es su brevedad, por lo que sus autoras procedieron a reducirlo para crear el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) y probar sus propiedades psicométricas.

La metodología utilizada por Fernández-Ballesteros y Zamarrón (1993 cp. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996) para la reducción del instrumento fue la siguiente: Primero, se determinaron las variables relevantes que influyen en la calidad de vida de las personas mayores, con el objetivo de distinguir las áreas y los aspectos más significativos. En segundo lugar, se analizó la confiabilidad en términos de la consistencia interna de las áreas implicadas en el concepto de la calidad de vida: salud subjetiva y objetiva, estado mental, salud psíquica, estilo de vida, integración social, habilidades funcionales, actividades de la vida diaria y ocio, satisfacción con la vida y calidad ambiental (tanto objetiva como subjetiva).

En tercer lugar, se examinó la influencia de una fuente de error como lo es la sinceridad al responder el cuestionario. En cuarto lugar, se examinó la validez conceptual de cada una de las áreas así como del instrumento total a través de una serie de análisis factoriales. Finalmente, sobre la base de los hallazgos de los pasos anteriores se llegó al establecimiento del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (Ver Anexo B). A continuación se detallan los pasos de la reducción del instrumento:

- En primer lugar se indagó acerca de la existencia de variables en las que la calidad de vida difiriera en las personas de la tercera edad.

Se encontró que en múltiples investigaciones, entre ellas la realizada por Fernández-Ballesteros y Maciá (1993), se afirma que la calidad de vida varía en función del sexo (las mujeres poseen peor calidad de vida que los hombres), el nivel socioeconómico (las personas de mejor nivel socioeconómico poseen mayor calidad de vida) y de la edad (a mayor edad menor calidad de vida).

Por tanto, fueron consideradas para la creación del CUBRECAVI las siguientes cinco variables criteriales: la edad, la posición social, el sexo, el domicilio y el número de habitantes por localidad. Estas variables permitieron establecer el poder discriminativo de las respuestas.

El porcentaje de discriminación de cada ítem para cada variable criterio (edad, posición social, contexto, sexo) reveló lo siguiente:

Según el análisis de varianza, de 60 ítems analizados en 41 se encontraron diferencias significativas en contexto (68,3% de la varianza de los datos es explicada por esta variable), 28 fueron significativas para edad (46% de la varianza de los datos es explicada por la edad), se halló que 29 variables eran significativas para sexo (48% de la varianza de los datos es explicada por esta variable). Se encontraron 25 significativas para localidad (41% de la varianza de los datos es explicada por la localidad). Por último, para la variable posición social se hallaron 28 variables con diferencias significativas de 60 ítems (46% de la varianza de los datos es explicada por estas variables).

- En segundo lugar, las autoras procedieron a determinar la confiabilidad a través de la consistencia interna de las áreas que componen el concepto.

La confiabilidad es entendida por Kerlinger (1998) como "la exactitud o precisión de un instrumento de medición" (p. 459).

Otra definición es planteada por Anastasi y Urbina (1998), entendiendo confiabilidad como "la medida en que las diferencias individuales en los resultados pueden atribuirse a verdaderas diferencias en las características consideradas y el grado en que pueden deberse a errores fortuitos" (p. 84). Estos mismos autores plantean una definición más técnica del concepto "la medición de la confiabilidad de una prueba permite estimar qué proporción de la varianza total de las puntuaciones se debe a la varianza de error" (Anastasi y Urbina, 1998, p.84).

Para examinar la confiabilidad del CUBRECAVI Fernández-Ballesteros y Zamarrón (1993 cp. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996) hallaron la consistencia interna de cada una de las áreas que componen la calidad de vida según su teorización: salud, integración social, actividad y ocio, habilidades funcionales y ambiente. Se excluyeron las áreas satisfacción con la vida, ingresos y educación debido a que cuentan con un solo ítem en el instrumento. Se utilizó como estadístico el Alfa de Cronbach.

En la Tabla 2 se presentan los índices de consistencia interna de once subáreas, el número de elementos del que se compone cada una, así como el número de sujetos sobre el que se ha calculado.

Tabla 2. Consistencia Interna de las áreas analizadas mediante Alfa de Cronbach

Subáreas	Nº elementos del área	N	Alpha
Estado mental	10	783	.28
Salud Subjetiva	5	678	.73
Salud Objetiva	46	864	.84
Estilo de Vida	17	262	.37
Salud Psíquica	12	963	.86
Integración Social	16	114	.17
Habilidades Funcionales	17	484	.66
Actividades, Vida diaria y Ocio	33	92	.87
Satisfacción con la Vida	15	881	.76
Calidad Ambiental percibida por el Entrevistado	15	440	.77
Calidad Ambiental percibida por el Entrevistador	7	1013	.78

El tamaño de la muestra difiere de un área a otra debido a que existen reactivos no contestados por sujetos de la muestra del estudio, por lo que el alpha de Cronbach fue calculado con un número variable.

En general, se halló que la mayor parte de los índices se encuentran por encima de .70, a excepción de estado mental, estilo de vida e integración social. Con respecto al área de estado mental la cual aparece con una Alfa de .28, esto puede deberse a la heterogeneidad de los ítems que componen esta área.

Por último, el área integración social presenta un bajo índice, tal vez debido igualmente a la heterogeneidad de los reactivos que lo componen. A pesar de esto, se puede afirmar que la fiabilidad de la mayoría de las áreas del cuestionario es adecuada.

- En tercer lugar, se examinó la influencia de la sinceridad al responder el cuestionario como una posible fuente de error al momento de contestar el mismo. Para ello se incluyó el instrumento de sinceridad de Eysenck creado en 1959 compuesto por nueve elementos.

Se halló que las áreas que se encuentran libres de esta fuente de error son las siguientes: estado mental, hábitos de bebida y alimentación, habilidades funcionales, frecuencia de relaciones sociales, satisfacción con las actividades de la vida diaria, prácticas religiosas y estudios. Por el contrario, aquellas áreas donde los sujetos tienden a mentir son: salud subjetiva, número de problemas crónicos informados, número de dolores, medicamentos ingeridos, trastornos psíquicos, satisfacción con el ambiente, satisfacción con la residencia, satisfacción con la vida e ingresos mensuales.

Estos resultados llevan a las autoras a recomendar la utilización de alguna escala de sinceridad para corregir los resultados de los sujetos.

- En cuarto lugar, se evaluó la validez conceptual de cada una de las áreas así como del instrumento, utilizando como herramienta el análisis factorial.

La validez se refiere a la capacidad de un instrumento de medir lo que se supone que mide. Diversos autores han conceptualizado la validez. Uno de ellos es Magnunson (1966), quien la concibe como "la exactitud con que pueden hacerse medidas significativas con y adecuadas con él, en el sentido de que midan realmente los rasgos que pretende medir" (p.153). Si la validez no se demuestra, el instrumento no será de utilidad para el fin propuesto.

Los esfuerzos de Fernández-Ballesteros y Maciá para explorar la validez del CUBRECAVI, se dirigieron a verificar la estructura conceptual del conjunto de áreas y del instrumento total, es decir, determinar la validez de constructo, entendida como "el grado en que puede afirmarse que mide un constructo o rasgo teórico" (Anastasi y Urbina, 1998 p. 126).

Para determinar la validez de constructo, se realizó un análisis de componente principal con rotación varimax, tanto de las distintas áreas que Fernández-Ballesteros considera que

componen la calidad de vida (y en las que subdivide el instrumento) como del instrumento en su conjunto. Se tomó como criterio de inclusión de un reactivo en un factor, el presentar una carga factorial de .30 o más (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996).

Estructura factorial de las áreas

Estado Mental

El análisis de componentes principales a los diez elementos que componen el estado mental se hallaron dos factores, los cuales explican el 34% de la varianza total. Sólo el ítem 1 y 10 presentan cargas en ambos factores incluyéndose, por tanto, en el factor donde presentan mayor saturación.

El factor 1, denominado " Información" explica un 18% de la varianza total, ya que en èl saturan los reactivos relativos a conocimientos cotidianos del sujeto (ítems 5, 6, 7, 8, 9, 10). (Ver anexo A del instrumento).

El factor 2 "Orientación", explica un 16% de la varianza total y agrupa a aquellos ítems que están relacionados con orientación espacio-temporal. (reactivos 2, 3 ,4).

Se puede concluir, por tanto, que el instrumento de evaluación del estado mental se compone de dos aspectos esenciales, uno referente a la orientación inmediata y el segundo relacionado con el conocimiento de los aspectos cotidiano que posee del individuo (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996).

Salud

En cuanto a los indicadores de salud se han tomado en cuenta tanto la salud objetiva como la salud psíquica y subjetiva.

En cuanto a la *salud subjetiva* se realizó un análisis factorial de las cinco preguntas que lo componen, dando lugar a una solución monofactorial, en el cual dicho factor explica el 48,8% de la varianza total.

En relación a la *salud subjetiva*, ocurre un fenómeno similar. El análisis factorial revela un factor que explicaría el 17,5% de la varianza total.

El análisis factorial de los componentes de la salud psíquica, genera dos factores que explican un 52,69% de la varianza total.

El factor 1 explica un 27,4% de la varianza total, y puesto que los reactivos que lo componen (ítem 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8) se refieren a malestares de tipo psicológico, se le ha denominado "Neuroticismo".

El factor 2 explica un 25,29% de la varianza total, integrado por reactivos relacionados con problemas de memoria "Problemas Mnésicos" (ítems 4, 10, 11, 12).

Habilidades Funcionales

Se ha optado para esta área por una solución monofactorial, puesto que sólo los ítems 3 y 4 saturaron en el factor 2, y el ítem 2 no se encuentra representado por ninguno de ellos. Con esta solución factorial se explicaría el 58% de la varianza total.

Actividades de la vida diaria y ocio

Se realizó un análisis factorial de los ítems incluidos en esta área, dando lugar a una matriz de dos factores.

El factor 1 explica el 20,87% de la varianza total y se ha denominado "Ocio y tiempo libre", el cual incluye reactivos relacionados con el ocio tanto a nivel cultural como lúdico (ítems 10, 11, 12, 13, 14).

El factor 2, "Labores del hogar" explica el 19,49% de la varianza total (reactivo 10, 11, 12, 13, 14).

Integración Social

El análisis factorial de los 16 reactivos que componen dicha área reveló 5 factores, que explican el 67,44% de la varianza total:

Factor 1: "Satisfacción con la relación con los allegados" explica el 21,76% de la varianza total (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12).

Factor 2: "Relaciones Sexuales" explica el 15,49% de la varianza total (reactivos 13, 14, 15, 16).

Factor 3: "Relación con hijos y nietos" explica el 13,20% de la varianza total (ítems 3 y 4).

Factor 4: "Relación con parientes y amigos" explica el 8,58% de la varianza total (reactivos 5 y 6).

Factor 5: "Número de miembros en el hogar" explica el 8,41% de la varianza total (ítems 1 y 2).

Satisfacción con la Vida

El análisis factorial de los 12 reactivos que componen la satisfacción generó una matriz de dos factores, que en conjunto explican el 40,31% de la varianza total.

El factor 1 "depresión" explica el 21,78% de la varianza total (ítems 1, 2, 4, 6, 7, 8, 13, 14, 15) y el factor 2 "Irritabilidad" el 18,53% de la varianza total (reactivos 3, 5, 9, 11, 12).

Calidad Ambiental

En esta área, el análisis factorial reveló una solución de tres factores que se corresponden con las tres subescalas de calidad ambiental que hay en el cuestionario:

El factor 1, denominado "Satisfacción con la Residencia" explica el 26,43% de la varianza total.

El factor 2 "Satisfacción con la vivienda en General" explica el 22,54% de la varianza total.

El tercer factor "Reparaciones" explica el 12,53% de la varianza total.

Estilos de Vida

El análisis factorial, en el caso de estilos de vida, revela 5 factores que en conjunto explican el 50,22% de la varianza total.

El factor 1 "Hábitos Alimenticios" explica el 12,71% de la varianza total. Todos los ítems que la representan se encuentran incluidos en la pregunta 21 del cuestionario.

El factor 2, denominado "Bebidas Alcohólica" explica el 11.11% de la varianza total, y los ítems que la conforman corresponden a la pregunta 18 del cuestionario.

El factor 3 "Actividad" explica el 10,04% de la varianza total (ítems 7, 13, 14, 15).

"Hábitos de sueño" corresponde al cuarto factor, que explica el 9,03% de la varianza total (ítems 16 y 17).

El último factor, "Tabaco" explica el 7,33% de la varianza total (ítem 1 y 2).

Análisis Factorial del Instrumento

Luego de estudiar los factores resultantes de los análisis anteriores, la solución más pertinente para Fernández-Ballesteros (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996) es la matriz obtenida en el análisis factorial con rotación varimax que se presenta en la tabla 3, limitado a tres factores.

Tabla 3: Análisis Factorial del Cuestionario

Variable	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Estado Mental	.18	.02	.59
Salud Subjetivo	.71	.09	.35
Salud Crónica	-.69	-.03	-.13
Dolores	-.83	.01	-.10
Medicamentos	.81	-.12	-.06
Salud Psíquica	.-.34	-.69	-.20
Frecuencia Rel. Sociales	-.20	.45	-.38
Satisfacción	-.22	.36	.04
Coefic. de satisfacción ADV	.33	.14	.58
Dif, en Habilidades Sociales	-.42	-.40	.19
Calidad Ambiental	.05	.79	.21
Calidad de servicios sociales	-.10	-.15	.48
Satisfacción de vida	.54	.39	.30
Calidad ambien. (entrevistador)	-.02	.41	.55
Sinceridad	.14	.53	.04
Calidad de vida subjetiva	.71	.48	.17
Nivel de Educación	.17	-.00	.64
Ingresos Mensuales	.00	.16	.55
Autovalor	3.704	2.5154	2.3792
Varianza Explicada	20.75%	13.97%	13.21%

El factor 1 explica el 20,57% de la varianza total y se ha denominado salud. En él saturan salud objetiva, salud crónica, los dolores que padece, los medicamentos que toma, la dificultad en la realización de habilidades funcionales, la satisfacción con la vida y de índice de calidad de vida subjetiva.

El factor 2 denominada "Relaciones Sociales", explica el 13,97% de la varianza total. En este factor saturan la salud psíquica, la frecuencia y satisfacción de relaciones sociales, la calidad ambiental subjetiva y la sinceridad.

El factor 3 explica el 13,21% de la varianza total da lugar a un factor "Ocio y Cultura". En él saturan estado mental, la calidad de servicios sociales, el índice de frecuencia y satisfacción de las actividades de la vida diaria y ocio, la calidad ambiental según el entrevistador, el nivel de estudios del entrevistado y los ingresos mensuales que recibe.

- En quinto lugar, y como consecuencia de los pasos anteriores, se construye el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI).

El Cuestionario está compuesto por 18 preguntas integradas por varios ítems de tipo Likert relativos a las siguientes áreas: salud (pregunta 1 (p1)= 4 subítems, p2= 22 subítems, p3= 3 subítems), integración social (p4= 5 subítems, p5= 6 subítems), habilidades funcionales (p6= 5 subítems, p7= 4 subítems), actividad y ocio (p8= 6 subítems, p9= 11 subítems p10= 4 subítems), calidad ambiental p11= 6 subítems, p12= 4 subítems), satisfacción con la vida (p13= 5 subítems), educación (p14= 10 subítems), ingresos (p15=10), servicios (p16=.4 subítems, p17= 5 subítems) y calidad de vida (p18= 13 subítems) (Ver Anexo B).

Con respecto al tiempo de administración del cuestionario, se estiman 20 minutos aproximadamente. Puede ser autoadministrado individual o en grupo y mediante una entrevista individual.

Luego de obtener la versión final del Cuestionario Breve de Calidad de Vida, Fernández-Ballesteros y Maciá (1993 cp. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996) procedieron a realizar un nuevo análisis para establecer las características psicométricas del instrumento.

La **confiabilidad** se halló a través de la consistencia interna de los ítems. Dado que algunas de las áreas están compuestas por un solo ítem (satisfacción con la vida, ingresos y educación), se calculó el Alfa de Cronbach para cinco de las áreas: salud, integración social, actividad y ocio, habilidades funcionales y ambiente.

Tabla 4. Consistencia Interna de las áreas analizadas del CUBRECAVI

Áreas	N	Alpha
Salud (5)	919	.70
Integración Social (2)	263	.27
Actividad y Ocio (4)	955	.74
Habilidades Funcionales (5)	521	.92
Ambiente (2)	996	.78

Los índices de consistencia interna obtenidos son moderadamente altos (entre .92 y .70) para todas las áreas excepción hecha a integración social. Una de las razones de que los elementos de esta área obtengan tan baja consistencia (.27) se debe a que cuenta tan solo con dos ítems. Sin embargo, el área ambiente cuenta también con sólo dos ítems y su consistencia

fue de 0.78. Una segunda explicación es que la satisfacción y la frecuencia de las relaciones sociales no necesariamente son consistentes entre sí, es decir, que una persona tenga muchas relaciones sociales no implica necesariamente que éstas le produzcan satisfacción.

Por otra parte, destaca por su alto nivel de consistencia habilidades funcionales (.92). Las restantes áreas obtienen índices de consistencia moderados.

Los esfuerzos de Fernández-Ballesteros para explorar la **validez** del CUBRECAVI, se dirigieron a verificar tanto la estructura conceptual del conjunto de áreas, es decir, determinar la validez de constructo, además de la validez criterial, definida como "la efectividad de la prueba para predecir el desempeño del individuo en actividades específicas" (Anastasi y Urbina, 1998. p. 118).

Con respecto a la *validez de criterio o criterial*, se realizó un primer intento de validación de la calidad de vida utilizando una de las preguntas del cuestionario como criterio: la satisfacción con la vida (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996).

Se realizaron dos análisis de regresión:

-En el primero se incluyeron como predictores los 19 ítems del CUBRECAVI, a excepción de satisfacción. Los resultados del análisis de regresión mostraron una correlación múltiple de 0.66, lo cual indica que el conjunto de los ítems incluidos explican el 43% de la varianza total.

-En el segundo análisis de regresión se utilizaron como predictores las puntuaciones de siete de las áreas del instrumento: nivel de ingresos, índice de relaciones sociales, calidad ambiental, habilidades funcionales, actividad y ocio, educación y salud. Como criterio se utilizó la satisfacción con la vida.

Los resultados revelan una correlación múltiple de 0.51, lo que significa que las distintas áreas del CUBRECAVI explican un 26% de la satisfacción con la vida.

Ambos análisis de regresión avalan que el Cuestionario Breve de Calidad de Vida permite predecir un criterio subjetivo de la calidad de vida, es decir, si el sujeto se siente satisfecho con la vida (Fernández-Ballesteros y Maciá, 1993).

Por otra parte, para determinar la *validez de constructo*, se realizó un análisis de componente principal con rotación VARIMAX (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996). A continuación se presentan los resultados en la Tabla 5.

Tabla 5. Análisis Factorial del CUBRECAVI

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
Tareas fuera de casa	0.92							
Cuidar aspecto físico	0.88			-0.3				
Tareas de casa	0.86							
Caminar	0.84							
Valerse por sí mismo	0.48			0.46				
Dolores	0.36	0.48				0.36		-0.28
Calidad de vida	0.35	0.37	0.26		0.59	0.32		0.25
Nivel de Estudios					0.81			
Memoria		0.80						
Calidad Ambiental			0.98					
Sats. Aspectos Viv/Resi			0.89					
Neuroticismo		0.81						
Actividad tiempo libre							0.93	
Satis. Global Viv. Resi.			0.92					
Salud		0.89				0.34		
Índice de Sal AVD				0.92				
Actividad y Ocio				0.63			0.72	
Orientación		0.68	0.25	0.25				
Satisfacción con la vida						0.71		
Salud Objetiva						0.74		
Satisfacción de AVD				0.77				
Nivel de ingresos					0.78			
Frecuencia de AVD				0.57	0.36	0.40		0.26
Frec Re.Sociales						-0.34		0.67
Satisfacción Rel.sociales								0.76
Varianza Explicada	17.9%	12.5%	11.2%	10.3%	7.5%	7.2%	6.3%	5.3%

Se eliminaron los valores menores de 0,25

Los resultados del análisis arrojaron ocho componentes que se corresponden de manera satisfactoria con las siete áreas planteadas teóricamente como constituyentes de la calidad de vida: salud, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, calidad de vida objetiva

(ingresos y estudios) y subjetiva (satisfacción con la vida y salud subjetiva) y relaciones interpersonales. (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996).

El componente 1 se denominó habilidades funcionales, y explica el 17,9% de la varianza; en este factor se incluyen los ítems relativos a las dificultades que el sujeto pueda tener al realizar un conjunto de acciones sin necesidad de ayuda.

El componente 2 se llamó salud, y explica el 12,5% de la varianza; en él se incluye los dolores que padece el sujeto, el grado de neuroticismo, la memoria, la orientación y el índice combinado de salud.

El tercer componente se lo denominó ambiente, y explica el 11,2% de la varianza; en él se encuentran los ítemes relacionados con la satisfacción con los aspectos de la vivienda/residencia, satisfacción global con la vivienda/residencia y la medida combinada de ambiente.

El cuarto componente se lo llamó ocio y tiempo libre, y explica el 10,3% de la varianza total. En este se encuentran ítemes relacionados con las actividades en las que ocupa la persona su tiempo libre.

El componente 5 es denominado calidad de vida objetiva, y explica el 7,5% de la varianza. Incluye ítemes relacionados a los ingresos, la educación así como la medida combinada de la calidad de vida.

El componente 6 es la calidad de vida subjetiva, explicando el 7,2% de la varianza. En él se encuentran cuestiones referentes a la salud objetiva y la satisfacción con la vida.

El componente 7 explica el 6,3% de la varianza. Se denominó actividad física ya que el ítem que tiene mayor peso en este factor es el de la actividad física regular del sujeto.

Por último, el componente 8, denominado relaciones interpersonales y que explica el 5,3% de la varianza total (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996).

Como se ha podido vislumbrar en este capítulo, no se puede dejar a un lado en el estudio de la vejez un componente tan fundamental como la calidad de vida. De allí los

esfuerzos por desarrollar una conceptualización sólida y de operacionalizar dicho concepto con la finalidad de estudiar sus características en personas de la tercera edad, como un requisito indispensable para emplear planes de acción y así mejorar las condiciones de vida que poseen.

Sin embargo, en países como Venezuela no se ha resaltado la necesidad de conocer cómo es la calidad de vida en los ancianos. Las personas de la tercera edad y la calidad de vida que poseen han pasado desapercibidas en el área de la Psicología de la Salud. No existen estudios en relación a ello, ni instrumentos adaptados a muestras venezolanas que den información al respecto. El presente estudio busca emprender un camino para solventar esta situación, a través del análisis psicométrico del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI), mediante los datos obtenidos a partir de una muestra de personas de la tercera edad, residentes en el área Metropolitana de Caracas.

III. MÉTODO

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudiar el comportamiento Psicométrico, en términos de confiabilidad, validez y análisis de ítems, del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) en una muestra de personas de 65 años o más, residentes del Área Metropolitana de Caracas.

TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio no experimental de tipo Psicométrico, puesto que "integra la técnica de análisis estadístico con la teoría Psicológica para evaluar el instrumento y obtener indicadores claves e interpretables de la confiabilidad, validez y análisis de ítems del mismo" (Vásquez, 2001, p.41).

El análisis del Cuestionario Breve de Calidad de Vida, se enmarca dentro del tipo de investigación que se conoce como no experimental, ya que consistirá en una indagación empírica y sistemática, en la cual no se tiene un control directo de las variables independientes puesto que sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son intrínsicamente no manipulables (Kerlinger, 1988, p.394).

SUJETOS

Para el análisis psicométrico del Cuestionario Breve de Calidad de Vida, se administrará el mismo a personas de la tercera edad, de 65 años o más, que residen en el Área Metropolitana de Caracas.

La muestra estará conformada por 300 personas distribuidas de la siguiente manera: 100 personas residentes a una institución pública (50 hombres y 50 mujeres), 100 personas pertenecientes a instituciones privadas (50 hombres y 50 mujeres) y 100 personas no institucionalizados que viven con sus familiares o sin ellos (50 hombres y 50 mujeres).

Uno de los aspectos tomados en cuenta a la hora de seleccionar la muestra será el nivel de deterioro neurológico de los ancianos. Se seleccionarán individuos que no presenten deterioro neurológico, utilizando para su reconocimiento el Minimental State Examination.

INSTRUMENTO

El instrumento fundamental del presente estudio fue el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI), creado por Fernández-Ballesteros y Zamarrón (1993, cp. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996), para ser aplicada a personas de 65 años o más.

El Cuestionario está compuesto por 18 preguntas integradas por varios ítems de tipo Likert relativos a las siguientes áreas: salud (p1=4 opciones, p2=22 opciones, p3=3 opciones), integración social (p4= 5 opciones, p5= 6 opciones) , habilidades funcionales (p6=5 opciones, p7=4 opciones), actividad y ocio (p8=6 opciones, p9=11 opciones, p10=4 opciones), calidad ambiental (p11=6 opciones, p12= 4 opciones), satisfacción con la vida (p13=5 opciones), educación (p14=10 opciones), ingresos (p15=10 opciones), servicios (p16= 4 opciones, p17=5 opciones) y calidad de vida (p18=13 opciones) (Ver Anexo A).

Cabe destacar que la pregunta 18 fue utilizada como parte de una investigación, en relación a cuáles son, según las personas no expertas, los elementos más importantes que determinan la calidad de vida en el momento (Fernández – Ballesteros y Maciá, 1993). Por esta razón, aunque dicha pregunta esté incluida como parte del cuestionario utilizado en el presente estudio, no es considerada dentro de los análisis de resultados.

Con respecto al tiempo de administración del cuestionario, se estiman 20 minutos aproximadamente. Puede ser administrado en una entrevista individual, en grupo o autoadministrado.

Dado que la población a la que se dirige el instrumento son personas de 65 años o más, la modalidad de aplicación dependió de la capacidad lectora de los sujetos, pudiendo ser autoadministrada en algunas ocasiones o mediante una entrevista individual que llevaron a cabo las entrevistadoras.

Con la finalidad de adaptar el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) para ser aplicado en una muestra venezolana, se procedió a realizar los ajustes culturales sugeridos por los tres jueces consultados. Los ítemes modificados fueron los siguientes:

- En el ítem 2, el término *flojedad* fue sustituido por *debilidad*, *adormilado* por *sueño*, *escapársele la orina* por *dificultad para controlar la orina*, *picores* por *picazón,* y *ganchillo y punto* por *tejer.*

- Además, se modificaron los estilos de redacción de algunas preguntas con la finalidad de hacerlas más comprensibles.

- Por último, se sustituyeron dos preguntas del cuestionario por no resultar aptas para el contexto venezolano. Una de ellas es la referente a los ingresos económicos, la cual requirió de la adaptación de las opciones de respuesta de pesetas a bolívares, utilizando para ello la escala de ingresos económicos de la planilla de admisión de la Universidad Católica Andrés Bello. El otro ítem fue el relativo al nivel de estudio del entrevistado, que fue reemplazado por opciones de respuesta más adecuadas derivadas de los niveles de instrucción en Venezuela (Ver Anexo B).

Otro instrumento que fue aplicado es el Mini-Mental State Examination (MM), el cual fue elaborado por Folstein en 1975 (cp. Gregory, 2001) (Ver Anexo C). Es una prueba neuropsicológica utilizada como despistaje en el estudio del deterioro cognitivo. Es útil además para documentar los cambios intelectuales que aparecen en el tiempo. Sus principales atractivos son su brevedad, ya que puede realizarse en unos 5-10 minutos, el fácil manejo de administración y puntuación y su baja variabilidad. La confiabilidad de este test es excelente. Se reporta una confiabilidad test-retest a 24 horas de 0.89 y de 0.99 para 28 días.

El test consta de un conjunto de aspectos que evalúan: orientación en el tiempo y espacio (10 puntos), atención y concentración (3 puntos), cálculo (5 puntos), memoria reciente (3 puntos,) lenguaje y praxis (9 puntos). La máxima puntuación es 30 puntos, aunque las cifras de normalidad varían de acuerdo con la edad y el nivel de escolarización del examinado. En general, la mayoría de los estudios que han empleado este test dirigido a detectar deterioro cognitivo, establecen un punto de corte en 24 puntos (Noe, Pomares, Urrestarazu, Martínez-Villa y Luquin, 1999).

PROCEDIMIENTO

Para realizar el análisis Psicométrico del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI), se localizaron instituciones geriátricas públicas y privadas ubicadas en el Área Metropolitana de Caracas, en las que la directiva permitió aplicar los cuestionarios a las personas de la tercera edad que allí residen.

Una vez obtenida la autorización correspondiente, se realizó una descripción de cada institución en relación al sexo, la edad y el número de habitantes con la finalidad de seleccionar a 100 personas de cada tipo de institución (pública o privada) de 65 años o más, 50% hombres y 50% mujeres.

En cada institución, se seleccionó un número determinado de personas para completar a los 100 participantes de la muestra, en base al listado de características realizado a cada institución (sexo y edad de los residentes). Se procedió a realizar una selección al azar de los sujetos listados con la utilización de una tabla de números aleatorios.

En lo que respecta a las instituciones públicas, en el área metropolitana de Caracas sólo existe un geriátrico considerado como tal, denominado Unidad Geriátrica Quintero – Quintero, el cual pertenece al Instituto Nacional de Geriatría (INAGER), ubicado en Caricuao. Este es el único ancianato que es financiado y se mantiene por la contribución del estado. Únicamente 62 personas de esta institución cumplieron el requisito de no poseer deterioro mental, evaluados con el Minimental Test.

Las instituciones privadas que autorizaron la realización de las entrevistas fueron las siguientes: Ancianato Cumbres de Curumo, Ancianato Madre Emilia (Montalbán), Hogar Divina Providencia (San Martín), Casa Hogar Santo Domingo 1 y 2 (Bello Monte), Geriátrico San Judas Tadeo (Prados del Este), Hogar Virgen del Carmen (Los Chorros). En estas instituciones fue posible entrevistar 101 personas (51 hombres y 50 mujeres).

Por último, se entrevistaron a 100 personas no institucionalizadas (50 hombres y 50 mujeres), las cuales fueron entrevistadas en diversos lugares: en las plazas, parques, centros comerciales y asociaciones de vecinos.

También participaron aquellas personas conocidas que se encontraban entre las edades de estudio y estas mismas personas permitieron contactar a otras, con lo cual se realizaron visitas a varios hogares. Algunos otros entrevistados, fueron los familiares de las personas que se residenciaban en las instituciones y cuyas visitas a los geriátricos coincidió con las fechas de las entrevistas del estudio.

La aplicación se realizó de la siguiente forma: se abordó a los sujetos explicándoles la finalidad del estudio a realizar. Posteriormente la entrevistadora administraba el Mini-Mental State Examination y lo corregía en el momento. Si la persona puntuaba 24 puntos o más en el test, calificaba con ausencia de deterioro cognitivo, por lo que era apta para contestar el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI).

En el caso en que el entrevistado no cumplía el criterio, se le aplicaba el cuestionario, pero no se tomaría en cuenta. Si presentaba un nivel de lectura adecuado, se le entregaba el cuestionario para que lo contestase; de no ser así, la entrevistadora le formulaba las preguntas.

Una vez aplicado el cuestionario, se procedía a puntuar cada pregunta del mismo, utilizando para ello lo especificado en el anexo A referente al cálculo de las medias para cada pregunta y para las subescalas.

Una vez puntuados los cuestionarios se inició la fase de análisis estadístico de los resultados con la finalidad de indagar acerca de la validez y confiabilidad de la prueba, para lo cual se conformó una base de datos utilizando el programa estadístico SPSS.

TÉCNICAS DE ANÁLISIS Y EXPECTATIVAS DE RESULTADOS

Para la estimación del comportamiento psicométrico de la prueba se estimará:

1. La confiabilidad del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI), únicamente como la consistencia interna de las subescalas que componen el test y del test como un todo, ya que la prueba se aplicará en una sola oportunidad. Para las subescalas se utilizará el método de Alfa de Cronbach, el cual consiste en hallar la varianza total de las puntuaciones individuales de cada reactivo que conforma cada subescala y sumar las varianzas de todos los reactivos. Con base a los resultados obtenidos por Fernández-Ballesteros y

Zamarrón (1993, cp. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996) al analizar la fiabilidad del instrumento, se esperaban obtener los siguientes valores aproximados para cada subescala:

Salud: Alfa de Cronbach de 0.70.

Integración Social: Alfa de Cronbach de 0.27.

Actividad y Ocio: Alfa de Cronbach de 0.74.

Habilidades Funcionales: Alfa de Cronbach de 0.92.

Ambiente: Alfa de Cronbach de 0.78.

Para estimar la confiabilidad del test como un todo, se estimará el coeficiente τ (tetha), el cual es "el coeficiente alfa para una escala en la cual se selecciona el peso del vector de modo tal que maximice el alfa" (Carmines y Zeller, 1979, p.61). Se tomará como un índice de la confiabilidad total del instrumento, revelando el techo de la consistencia interna de las subescalas. Este valor se calcula utilizando el monto del autovalor (λ) mayor de la solución de Componente Principal de los ítems.

$$\tau \text{ (tetha)} = (N / N - 1)\ (1 - 1 / \lambda)$$

2. La validez de criterio y de constructo:

En cuanto a la validez de criterio, ésta es definida por Kerlinger y Lee (2002)

> como su burdo y desafortunado nombre lo indica, la validez relacionada con el criterio se estudia al comparar las puntuaciones de una prueba o escala con una o más variables externas, o criterios, que se sabe o se considera que miden el atributo que se estudia (p. 606).

Sin embargo, debe destacarse que a efectos del presente estudio éste tipo de validez se utilizará más bien de manera similar a lo denominado por Embretson (1985) *amplitud nomotética*, refiriéndose con este término a la red empírica de relaciones del test con medidas de otros criterios o los efectos predecibles de determinadas variables externas o criteriales en las puntuaciones del instrumento.

Con base a esta concepción se estimarán cinco indicadores:

- En primer lugar se hallarán mediante análisis de regresión las correlaciones de las preguntas del cuestionario con un indicador externo de la variable, o uno de sus aspectos,

como lo es la pregunta 13 del cuestionario ¿En qué medida está usted satisfecho, en términos generales, con la vida?, Éste devengará un coeficiente análogo al coeficiente de validez (Muñiz, 2000; Martínez, 1995).

- Posteriormente se calcularán los siguientes tres indicadores correspondientes a lo que se conoce como *validación de constructos de los criterios* (Martínez), 1995), donde se tomarán en cuenta variables que puedan actuar como moduladoras de las puntuaciones de la prueba ya sea por cada pregunta o por las subescalas; en concreto domicilio, género y edad. Lo anterior se obtendrá mediante análisis de varianza 2 x 3, en los cuales se emplearán como variables independientes sexo y domicilio, y como variables dependientes las subescalas que componen la prueba. Para la variable edad, se calculará un análisis de regresión múltiple utilizando las subescalas de la prueba como variables independientes y la edad como dependiente, a fin de lograr los coeficiente parciales de regresión.

El efecto de las variables relevantes se evaluará mediante diagramas de caja y bigote, separando las imágenes de acuerdo con los niveles de las variables.

Para poder afirmar que el cuestionario posee validez de criterio, se esperarán las siguientes relaciones con respecto a las variables externas (Fernández-Ballesteros y Maciá, 1993):

.- Sexo: Las mujeres presenten una calidad de vida inferior que los hombres.
.- Contexto: Las personas que habitan en instituciones (públicas-privadas) no diferirán en relación con la calidad de vida en comparación con las personas no institucionalizadas.
.- Posición social: A mayor posición social la calidad de vida será mejor.
.- Edad: A mayor edad la calidad de vida será menor.

- Como un quinto indicador se analizarán los resultados del análisis de ítems que contribuyan al esclarecimiento de la validez de criterio.

Con respecto a la Validez de Constructo, ésta es "entendida como las evidencias que apoyan que las conductas observables del test son indicadores del constructo, es el aspecto esencial de la validez" (Martínez, 1995, p. 348). Se juzgará mediante un Análisis de Componente Principal con rotación varimax y autovalores mayores a 1,5 (criterio de Kaiser),

empleando como variables las puntuaciones en las subescalas que componen la prueba. En cuanto a lo esperado, se asume que los resultados respetarán la estructura multifactorial que las autoras presumen que tiene el constructo calidad de vida.

3. El análisis de ítems:

Finalmente, se realizará en primer lugar, un análisis de varianza de cada pregunta con relación a las variables externas: sexo y domicilio. Segundo, se procederá a realizar análisis de regresión, empleando como variable dependiente la subescala satisfacción con la vida y como variables predictoras las preguntas del cuestionario, a excepción de la pregunta 13 (que compone la variable satisfacción con la vida). Tercero, se realizará un análisis de componentes principales con rotación varimax y utilizando autovalores mayores a 1,5, empleando como variables todas las preguntas que componen el cuestionario.

En cuanto a lo esperado:

1.- Se espera que las variables externas diferencien entre los ítems.
2.- Se espera que los ítems correlacionen de modo significativo con la subescala de satisfacción con la vida, así como de modo directo y mayor que 0,30.
3.- Se espera que el Análisis de Componente Principal de todas las preguntas revele ocho componentes principales, que se correspondan con los siguientes: Habilidades Funcionales, Salud, Ambiente, Ocio y Tiempo Libre, Calidad de Vida Objetiva, Calidad de Vida Subjetiva, Actividad Física y Relaciones Interpersonales (Fernández-Ballesteros y Maciá, 1993).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Debido al carácter privado para la persona entrevistada del contenido de las preguntas del CUBRECAVI y al hecho de que el criterio de exclusión de la muestra es tener un estado mental sin deterioro cognitivo, se procederá tomando las siguientes consideraciones:

Se le solicitará a las personas de 65 años o más, candidatos a conformar la muestra su participación en el estudio, informándoles el objetivo del mismo, y señalándoles además, que el Cuestionario Breve de Calidad (CUBRECAVI) está conformado por preguntas de contenido muy

personal como lo son su estado de salud o sus relaciones familiares e interpersonales que pueden resultarle invasivas.

Luego de tener su autorización, se les explicará que le serán administrados dos test: en primer lugar una prueba que mide su estado mental y luego el cuestionario del que ya se les habló. No se les informará que el Minimental Test condiciona su inclusión en la muestra, puesto que no se considera ético devolver información sobre el estado mental de la persona con base a una sola prueba y además, puesto que el impacto para el entrevistado del resultado de la prueba puede ser perturbador. Por tanto, se administrarán ambas pruebas a todos los posibles candidatos.

Se tendrá un trato amable y paciente con las personas entrevistadas, agradeciéndoles su colaboración al finalizar la aplicación.

Por último, en agradecimiento a la colaboración prestada por las instituciones geriátricas, se les facilitarán los resultados de la investigación a quienes las soliciten.

IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El Análisis de los resultados se presentará de acuerdo al siguiente esquema:

1. Descripción de la muestra obtenida en función de las variables externas sexo, domicilio y nivel socioeconómico.

2. Análisis de las variables externas: edad y nivel socioeconómico.

3. Análisis descriptivo y gráfico de las subescalas: salud, integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, servicios sociales y sanitarios, satisfacción con la vida, ingreso y educación.

4. Análisis de Confiabilidad por subescalas y confiabilidad total.

5. Análisis de la Validez de Criterio:

   a) Mediante Análisis de Varianza 2 x 3, utilizando como variables independientes sexo y domicilio y como variable dependiente las subescalas de la prueba.

   b) Mediante Análisis de Regresión, empleando como variable dependiente la subescala satisfacción con la vida y como variables predictoras las restantes subescalas que integran la prueba.

6. Análisis de la Validez de Constructo, a través del Análisis de Componente Principal de las subescalas que componen la prueba, a excepción de la subescala ingreso.

7. Análisis de ítems, mediante:

   1. Análisis de varianza de cada pregunta con relación a las variables externas: sexo y domicilio.

   2. Análisis de regresión, empleando como variable dependiente la subescala satisfacción con la vida y como variables predictoras las preguntas del cuestionario, a excepción de la pregunta 13 (que compone la variable satisfacción con la vida).

3. Análisis de Componente Principal de las preguntas que contiene el cuestionario, con excepción de la pregunta 15 referente a ingresos

1. **Descripción de la muestra en función de las variables externas sexo, domicilio y nivel socioeconómico**

Inicialmente, se propuso recolectar una muestra de 300 personas de 65 años o más, distribuidas de la siguiente manera de acuerdo a las variables externas: sexo, domicilio, nivel socioeconómico y edad.

Sexo: 50% hombres (150 personas) 50% mujeres (150 personas).

Domicilio: 1/3 personas que vivieran en instituciones pública (100 sujetos), 1/3 en instituciones privadas (100 personas) y 1/3 no institucionalizadas (100 personas).

Nivel Socioeconómico: se esperaba obtener una distribución equitativa de la muestra en relación a 5 niveles: nivel socioeconómico bajo, medio bajo, medio, medio alto, alto.

Además, uno de los requisitos para pertenecer a la muestra era desempeñarse favorablemente en el Minimental Test (obtener 24 puntos o más) para de esta manera, recolectar una muestra de personas de la tercera edad sin deterioro mental que interfiriera con la percepción de su calidad de vida.

A continuación, se presenta en forma de tabla la composición de la muestra recolectada clasificada según las variables externas ya citadas.

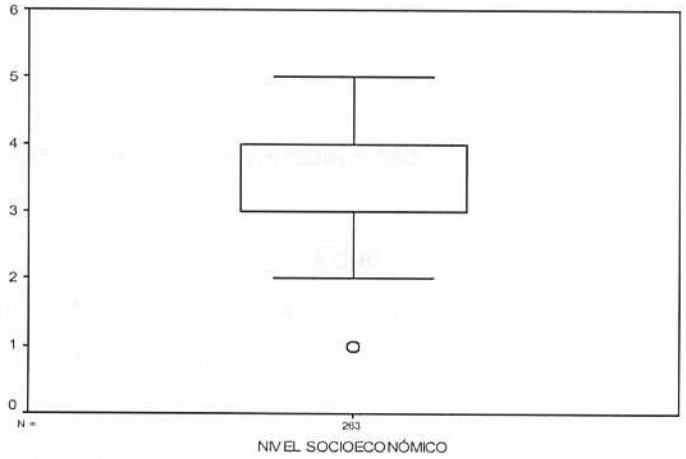
Tabla 6. Frecuencia y porcentajes de las particiones que componen la muestra, clasificada por nivel socioeconómico, domicilio y sexo

		NSE					Sub-total	Total	Total
Dom.	Sexo	Alto	Medio alto	Medio	Medio bajo	Bajo		Dom.	Sexo
Púb.	Masc.			3 1.14%	24 9.13%	3 1.14%	30 11.41%	62 23,57%	Masc.
	Fem.			3 1.14%	28 10.65%	1 .38%	32 12.17%		131
Priv.	Masc.		8 3.04%	8 3.04%	34 12.93%		50 19.01%	100	49,8%
	Fem.		2 .76%	27 10.27%	20 7.6%	1 .38%	50 19.01%	38,02%	Fem.
No inst.	Masc.	1 .38%	9 3.42%	38 14.45%	3 1.14%		51 19.39%	101 38,4%	132 50,19%
	Fem.	1 .38%	10 3.8%	32 12.17%	7 2.66%		50 19.01%		
Total	Dom	2 .76%	29 11.02%	111 86.32%	116 44.1%	5 1.9%	263		100%

Como se puede apreciar, la muestra está compuesta por 263 personas, distribuidas de la siguiente manera en cuanto a las variable externas:

Nivel Socioeconómico: 2 personas corresponden al nivel alto (categoría 1) (0.76% del total) y 5 al nivel bajo (categoría 5) (1,90%). Por otra parte, se entrevistaron 116 sujetos pertenecientes al nivel medio bajo (44,1%), 111 personas al nivel medio (42,3%) y 29 personas al medio alto (11%). La dispersión de esta variable se aprecia en la siguiente gráfica:

Gráfica Nº 1: Caja y bigote de la variable nivel socioeconómico



Como se puede observar, el 25% de las personas que componen la muestra se agrupan hasta la categoría 3 (alto + medio alto), la mediana coincide con el valor 3 y el 75 % se acumula hasta la categoría 4 (medio bajo). Por tanto, el grueso de la muestra se ubica entre las categorías 3 y 4 (227 personas).

Domicilio: 101 personas de la tercera edad no institucionalizadas (38,4 %), 62 personas que viven en instituciones públicas (23,57%) y 100 en instituciones privadas (38,02).

Sexo: 132 mujeres (50,19%) y 131 hombres (49,8%).

Por tanto, el monto total de la muestra propuesta inicialmente no se logró. Esto se debe a que no fue posible completar las particiones planteadas en los niveles de la variable domicilio. Si bien, se entrevistaron 100 personas residenciadas en instituciones públicas y 101 no institucionalizadas, sólo se entrevistaron 62 personas institucionalizadas públicas, debido a que:

- En el área metropolitana de Caracas sólo existe un geriátrico considerado como público, denominado Unidad Geriátrica Quintero – Quintero, el cual pertenece al Instituto Nacional de Geriatría (INAGER), ubicado en Caricuao. Constituye, por tanto, el único ancianato que es financiado y se mantiene por la contribución del estado.

- Únicamente 62 personas de esta institución cumplieron el requisito de no poseer deterioro mental, evaluados con el Minimental Test.

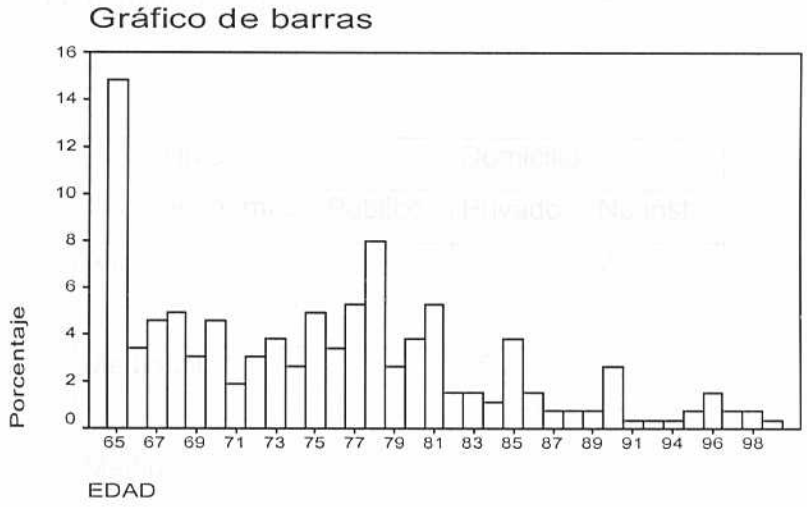
2. Análisis de las variables de externas:

a) Edad

Tabla 7. Estadísticos Descriptivos de la variable edad

Edad									
Media	Mediana	Moda	Desv.	Asimetría	Curtosis	P25	P75	Min.	Máx.
75,49	75	65	8,45	,663	-,115	68	81	65	99

Gráfica N° 2: Distribución de la variable edad



Como se puede apreciar, la edad de los sujetos de la muestra recolectada oscila en un rango entre 65 y 99 años. Se observa que la mayoría de las personas entrevistadas se agrupan alrededor de 65 años (moda). Existe, a pesar de la imagen, una baja dispersión en la distribución de la edad de los sujetos, tal como lo indican el valor de la desviación típica (8,45), que al ser llevada a CV da sólo 11%. La asimetría de la distribución (0,66) y el rango de 3 puntos existente entre los percentiles 25 y el mínimo versus el de 19 puntos entre el percentil 75 y el máximo, evidencian una distribución coleada hacia fuera (asimetría= 0.66), además platicúrtica (curtosis = -,115).

Lo antes reportado no coincide con lo planeado, ya que la intención era lograr una distribución cercana a una rectangular, es decir, equitativa en lo que a edad se refiere.

Este ideal no se alcanzó, quizás porque el requisito representado en el Minimental Test sesgó la muestra hacia los valores menores, como 65 años; así, esto podría dar sentido ya que el modo coincide con el más bajo valor de la variable.

Además, es claro que la distribución por edad en la población es, más bien, como la obtenida, con predominio de las edades menores; en términos estadísticos, una coleada hacia afuera o de asimetría moderada y positiva; no en vano este valor dio 0,66 en la muestra recolectada.

b) Nivel Socioeconómico

Tabla 8. Distribución de la muestra por socioeconómico y domicilio

Nivel Socioeconómico	Domicilio		
	Público	Privado	No inst.
Alto			2 1,98%
Medio alto		10 10%	19 18,81%
Medio	6 9,67%	35 35%	70 69,31%
Medio bajo	52 83,88%	54 54%	10 9,9%
Bajo	4 6,45%	1 1%	
	62 100%	100 100%	101 100%

Porcentaje en base a la n de cada nivel de la variable domicilio

Un aspecto de los datos no planificado fue la asociación entre algunas de las variables criterio; como se observa en la Tabla 8, los resultados de las variables nivel socioeconómico y domicilio muestran un nivel de asociación apreciable.

Como se puede evidenciar, 56 de las 62 personas que habitan en instituciones públicas se agrupan en los niveles socioeconómicos bajo y medio bajo (93,55%); en tanto que las que viven en instituciones privadas se ubican alrededor del nivel socioeconómico medio bajo pero tendiendo a los niveles medio-medio alto (45%). Por último, las personas mayores no institucionalizadas se agrupan en las categorías medio pero dirigidas a medio alto-alto (91 personas, 90,09%).

Debido a esta asociación entre variables, se procedió a realizar la prueba de chi cuadrado para obtener el coeficiente de contingencia de las mismas.

Tabla 9. Frecuencias observadas y esperadas de las variables domicilio y nivel socioeconómico

		Alto	Medio alto	Medio	Medio Bajo	Bajo	Total
Público	Frecuencia observada	0	0	6	52	4	62
	Frecuencia esperada	.5	6.8	26.2	27.3	1.2	62.0
Privado	Frecuencia observada	0	10	35	54	1	100
	Frecuencia esperada	.8	11.0	42.2	44.1	1.9	100.0
No inst.	Frecuencia observada	2	19	70	10	0	101
	Frecuencia esperada	.8	11.1	42.6	44.5	1.9	101.0
Total	Frecuencia observada	2	29	111	116	5	263
	Frecuencia esperada	2.0	29.0	111.0	116.0	5.0	263.0

Tabla 10: Coeficiente de Contingencia de las variables domicilio y nivel socioeconómico

		Valor	p
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	.544	.000

Como se puede observar, las variables tienen un grado de asociación de 0,54, que puede considerarse elevado y, además, significativo ($p \leq 0,05$). Igualmente, si se transforma el coeficiente de contingencia en su monto en phi, una modalidad de medir la asociación más fácil de leer ya que es derivado del Producto Momento de Pearson, el resultado es 0,648. Esto indica una asociación directa, revelada de suyo en la imagen de las tablas 1 y 3, y alta.

Dada esta asociación, no se pueden utilizar estas dos variables simultáneamente como variables independientes. Teniendo que escoger una, se opta por el domicilio, ya que su determinación es más objetiva que la del nivel socioeconómico.

3. Análisis descriptivo y gráfico de las subescalas: salud, integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, servicios sociales y sanitarios, satisfacción con la vida y educación.

De seguido, se analizarán los resultados de las diferentes subescalas de la prueba, para ello se usarán como variables externas el sexo y el domicilio. De modo que se estimarán los estadísticos descriptivos y se realizarán los gráficos de caja y bigote de cada una de las subescalas, diferenciándolos en función de los niveles del género (masculino – femenino), y luego de domicilio (institucionalizados públicos, institucionalizados privados y no institucionalizados). Luego se presentará una descripción de la variable criterio edad en relación a las subescalas. Para ello se calcularán coeficientes de regresión múltiple.

Además, las subescalas se agruparán a los efectos de la presentación con base a dos elementos: su recorrido y el número de sujetos. Ver Tabla 11:

Tabla 11. Estadísticos de mínimo, máximo y número de sujetos para cada subescala

Subescalas	N° de sujetos	Mínimo	Máximo
Actividad y Ocio	257	1,00	3,48
Calidad Ambiental	263	1,00	3,33
Educación	263	,00	8,00
Habilidades Funcionales	263	1,00	4,00
Ingresos	176	,00	8,00
Integración social	252	,18	3,30
Salud	263	1,56	3,97
Satisfacción con la vida	263	1,00	4,00
Servicios Sociales	185	1,00	3,50

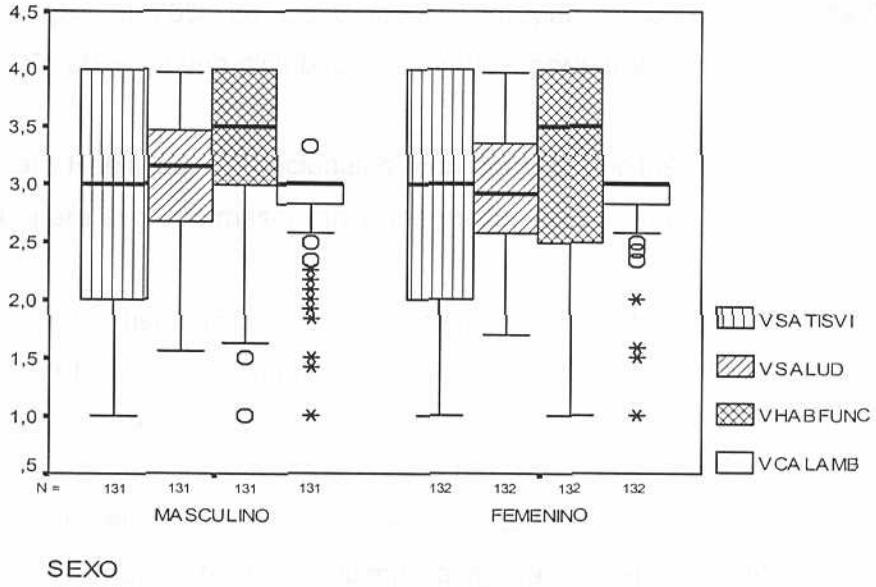
De manera que las subescalas: satisfacción con la vida, salud, habilidades funcionales y calidad ambiental se agruparán en la misma tabla y gráfica por coincidir en el recorrido (1 y 4) y en el número de sujetos que respondieron a cada subescala (263). En cuanto al resto de las subescalas: actividad y ocio, educación, ingresos, integración social, servicios sociales y sanitarios, se presentarán de manera separada.

A continuación se consideran las subescalas en función del sexo:

Tabla 12. Estadísticos Descriptivos de las subescalas: satisfacción con la vida, salud, habilidades funcionales y calidad ambiental en relación al sexo

Sexo	Subescalas	Media	Desv.	P25	P75	Mediana
Masculino	Satisfacción con la vida	2,88	,91	2,00	4,00	3,00
	Salud	3,05	,54	2,66	3,46	3,15
	Habilidades funcionales	3,41	,74	3,00	4,00	3,50
	Calidad ambiental	2,80	,35	2,83	3,00	3,00
Femenino	Satisfacción con la vida	2,84	,97	2,00	4,00	3,00
	Salud	2,90	,55	2,57	3,37	2,92
	Habilidades funcionales	3,17	,89	2,50	4,00	3,50
	Calidad Ambiental	2,82	,33	2,83	3,00	3,00

Gráfico N° 3. Caja y Bigote de las subescalas satisfacción con la vida, salud, habilidades funcionales y calidad ambiental en función de sexo



En relación a la subescala Satisfacción con la Vida, conformada por la pregunta 3, se observa que el grupo masculino presenta una media de 2,88 y el grupo femenino una media de 2,84.

En la Gráfica N° 3 se aprecia que la dispersión de los datos resulta similar para ambos grupos. El 25% de las personas que respondieron a la pregunta 13 ¿en qué grado se siente satisfecho, en términos generales, con la vida?, se ubican en la categoría 2 (Algo), mientras que el 75% de los sujetos se agrupan hasta la categoría 4 (Mucho). Se observa una distribución asimétrica y coleada hacia adentro.

Estos resultados indican que la mayoría de los hombres y mujeres entrevistados, reportaron sentirse entre algo o bastante satisfechos, en términos generales, con la vida.

La subescala Salud, conformada por las preguntas 1, 2 y 3, presenta una media para el grupo masculino de 3,05 y para el grupo femenino una media de 2,90, lo cual indica que con respecto al estado de salud subjetiva, objetiva y psíquica, la mayoría de los hombres y mujeres reportan estar algo o bastante satisfechos.

En lo que respecta a la dispersión del grupo masculino, se encuentra que el 25% de los sujetos que respondieron a las preguntas de la subescala salud (referente la satisfacción de la salud y frecuencia de malestares físicos y psíquicos), se ubican hasta la categoría 2 (Algo - Algunas veces) y que el 75% de los datos se agrupan hasta la categoría 3 (Bastante-Frecuentemente). Se observa una distribución simétrica para ambos grupos.

La subescala Habilidades Funcionales, conformada por las preguntas 6 y 7, presenta una media de 3,41 para el grupo masculino y una media de 3,17 para el grupo femenino.

En cuanto a la distribución de las respuestas, se encuentra que el 25% de las respuestas del grupo femenino en relación a su satisfacción y dificultad para realizar algunas actividades cotidianas se agrupan hasta la categoría 2 (Regular - Bastante), mientras que el 75% se ubican hasta el categoría 4 (Muy bien – Ninguna). Por otro lado, se observa que el grupo masculino agrupa el 25% de sus respuestas hasta la categoría 3 (Bien – Alguna) y que el 75% de los datos se agrupan hasta la misma categoría que el grupo femenino (Muy bien – Ninguna). Se observa que ambas distribuciones son coleadas hacia adentro.

Esto indica que tanto los hombres como las mujeres, en promedio, reportan valerse bien o muy bien por sí mismos y manifiestan ninguna o alguna dificultad para realizar algunas actividades cotidianas. Destaca que el grupo masculino parece reportar menores dificultades que las mujeres para realizar estas actividades cotidianas.

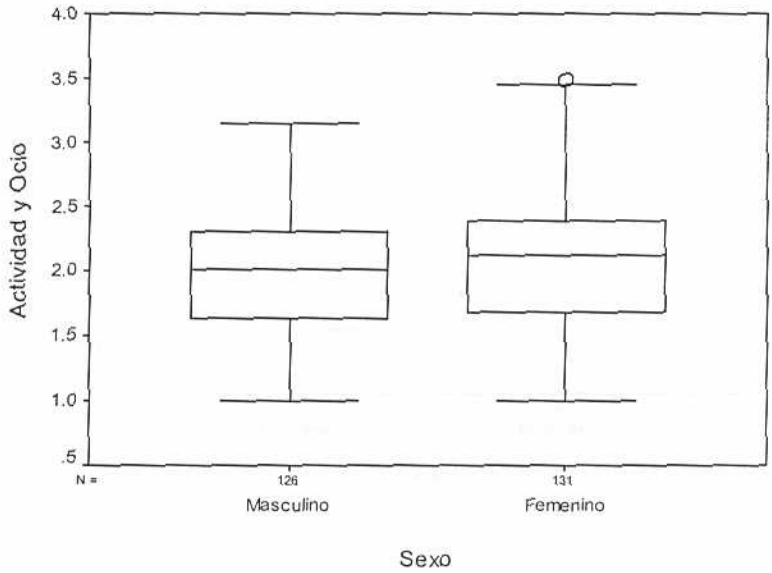
En cuanto a la subescala Calidad Ambiental, la cual se compone de las preguntas 11 y 12, se encuentra que la media del grupo masculino es de 2,80 y para el grupo femenino es de 2,82.

En relación con la dispersión de los datos, se observa en la Gráfica N° 13 una distribución heterogénea para ambos grupos. El 25 % de las respuestas (para ambos grupos) referentes a la satisfacción de la calidad ambiental, se agrupan hasta la categoría 2 (Indiferente - Algo) y el 75% de las mismas se hallan hasta la categoría 3 (Satisfecho - Bastante). Por lo tanto se puede decir que con respecto a la calidad del ambiente en el que viven, la mayoría de los hombres y las mujeres entrevistados se sienten entre indiferentes y satisfechos.

Tabla 13. Estadísticos Descriptivos de la subescala actividad y ocio en relación al sexo

Sexo	Media	Desv.	P25	P75	Mediana
Masculino	1,98	,47	1,62	2,31	2,02
Femenino	2,03	,55	1,64	2,39	2,12

Gráfico N° 4. Caja y Bigote de la subescala actividad y ocio en función de sexo



En la Tabla 8 se observa que para la subescala Actividad y Ocio, compuesta por 8, 9 y 10, el grupo de sexo masculino presenta una media de 1,98, en tanto que el grupo femenino obtuvo una media de 2,03.

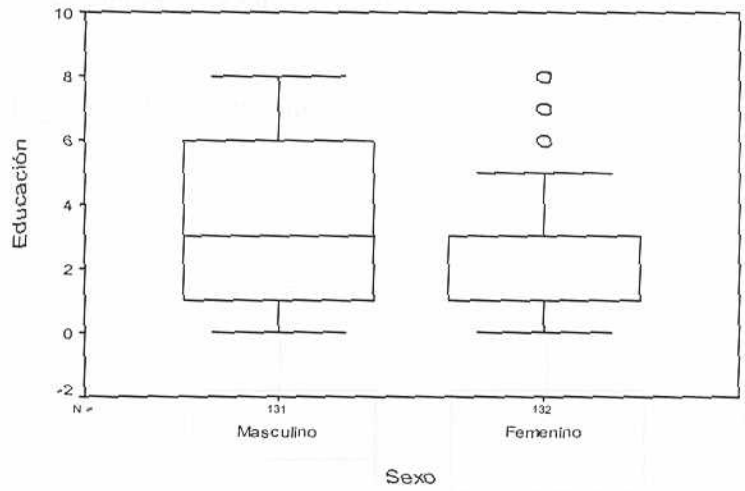
Se evidencia que ambas distribuciones son similares y simétricas. El 25% de los datos se agrupan hasta la categoría 1 (Casi completamente inactivo: leer, ver televisión, etc.), mientras que el 75% de las respuestas se agrupan hasta la categoría 2 (Actividad doméstica normal: gestiones, compras, ir al cine).

Todo esto significa que en relación a las actividades de ocio, la mayor parte de los hombres y las mujeres realizan una actividad doméstica normal (hacer gestiones, ir a comprar, al cine) y al parecer se sienten indiferentes ante la forma en que ocupan su tiempo libre.

Tabla 14. Estadísticos Descriptivos de la subescala educación en relación al sexo

Sexo	Media	Desv.	P25	P75	Mediana
Masculino	3,50	2,73	1,00	6,00	3,00
Femenino	2,19	2,18	1,00	3,00	1,00

Gráfico N° 5. Caja y Bigote de la subescala educación en función de sexo



Tal como se observa en la Tabla 9, la subescala Educación, conformada por la pregunta 14, reveló una media de 3,50 para el grupo masculino y una media de 2,19 para el grupo femenino.

En la Gráfica N° 5 se puede apreciar que en la distribución del grupo masculino, el 25% de los datos se agrupan hasta la categoría 1 (Educ. Básica Incompleta) y el 75% de los datos hasta la categoría 6 (Educación Técnica Completa). Por su parte, el grupo femenino ubica el 25% de las respuestas hasta la categoría 1 (Educ. Básica Incompleta), siendo esta misma categoría en donde se ubica la mediana, y el 75% de las respuestas del mismo grupo se ubican hasta la categoría 3 (Educación Básica Incompleta). Así, se observa que la distribución masculina es más bien simétrica, mientras que la femenina es coleada hacia afuera.

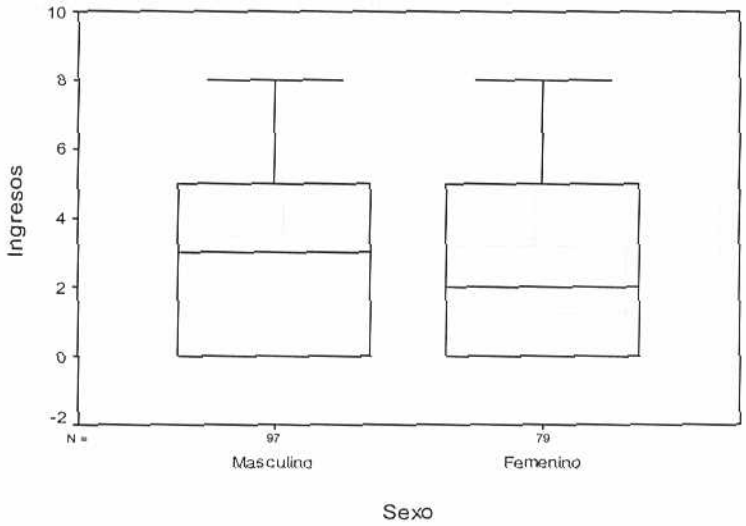
Por lo tanto, se puede afirmar que la mayor parte del grupo femenino entrevistado ha cursado un nivel de estudios máximo que se encuentra por debajo del promedio del grupo masculino. De manera que el promedio de los hombres entrevistados han reportado la Educación Media Diversificada Incompleta ó Completa como su nivel máximo de estudios

alcanzado y por su parte, el grupo femenino reportó como máximo nivel de estudios cursado la Educación Básica Completa.

Tabla 15. Estadísticos Descriptivos de la subescala ingresos en relación al sexo

Sexo	Media	Desv.	P25	P75	Mediana
Masculino	3,00	2,77	,00	5,50	3,00
Femenino	2,54	2,54	,00	5,00	2,00

Gráfico N° 6. Caja y Bigote de la subescala ingresos en función de sexo



En cuanto a la subescala Ingreso, esta se compone por la pregunta 15 del cuestionario. Se encontró lo siguiente: el grupo masculino presenta una media de 3,00 y el grupo femenino una media de 2,54. Por lo tanto, se puede decir que la mayoría de las personas entrevistadas reportaron que los ingresos mensuales que entran o entraban en su hogar oscilan entre 600.000 y 800.000 Bs.

Sin embargo, esta subescala fue respondida por 176 personas, por lo que estos resultados no representan al total de sujetos de la muestra entrevistada. Esta baja tasa de respuesta obliga a su discriminación en los análisis posteriores, ya que de tomarse en consideración esta subescala, bajaria mucho el tamaño de la muestra.

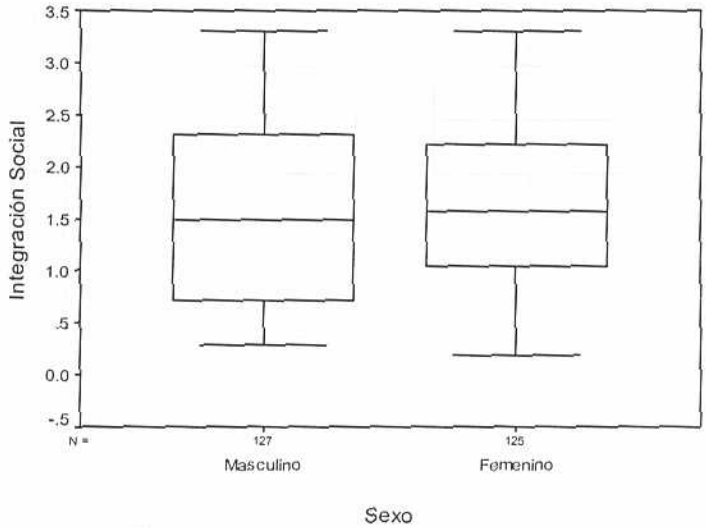
En la Gráfica N° 6, se observa que la mayoría de los hombres y mujeres entrevistados, reportaron un ingreso mensual en su hogar que se distribuye de manera similar en ambos

grupos. Sin embargo, destaca que la mediana para el grupo femenino es más baja que para el otro grupo (1,50<1,58). Se observa además una distribución coleada hacia fuera para ambas agrupaciones, donde el 25% de los datos se encuentran hasta la categoría 0 (Menos de 200.000 Bs.) y el 75% de los datos hasta la categoría 5 (1.000.001 a 1.500.000).

Tabla 16. Estadísticos Descriptivos de la subescala integración social en relación al sexo

Sexo	Media	Desv.	P25	P75	Mediana
Masculino	1,55	,85	,70	2,32	1,50
Femenino	1,59	,80	1,05	2,23	1,58

Gráfico N° 7. Caja y Bigote de la subescala integración social en función de sexo



Con relación a la variable Integración Social, compuesta por las preguntas 4 y 5, se halla que la media para el grupo masculino es de 1,55 y para el grupo femenino es de 1,59. Esto significa que la mayor parte de los hombres y mujeres entrevistados presentan poca frecuencia y satisfacción en cuanto a sus relaciones interpersonales.

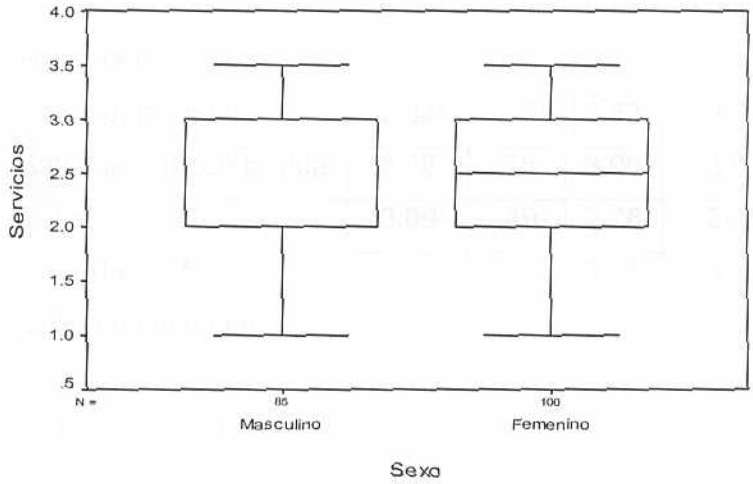
Se observa en la Gráfica N° 7 que ambas distribuciones son simétricas, agrupándose el 25% de los datos en la distribución masculina hasta la categoría 0 (No sé / No contesta - Insatisfecho), esta categoría también agrupa a aquellas personas cuyos cónyuges han fallecido o también quienes nunca se casaron. El 75% de los datos de la muestra masculina se agrupan hasta la categoría 2 (Al menos una vez al mes - Indiferente). Por otro lado, el grupo masculino presenta el 25% de las respuestas agrupadas hasta la categoría 1 (Menos de 1 vez al mes –

Insatisfecho) y el 75% de los datos se agrupa hasta la categoría 2 (Al menos una vez al mes - Indiferente).

Tabla 17. Estadísticos Descriptivos de la subescala servicios sociales y sanitarios en relación al sexo

Sexo	Media	Desv.	P25	P75	Mediana
Masculino	2,68	,68	2,00	3,00	3,00
Femenino	2,41	,64	2,00	3,00	2,50

Gráfico N° 8. Caja y Bigote de la subescala servicios sociales y sanitarios en función de sexo



La subescala Servicios Sociales y Sanitarios, se halla compuesta por las preguntas 16 y 17. La media del grupo masculino es 2,68 y la del grupo femenino es 2,41. Esto indica que la mayoría de los hombres y mujeres entrevistados, reportan utilizar ocasionalmente o nunca los servicios sociales y sanitarios del lugar donde viven y además manifiestan sentirse algo o bastante satisfechos de dichos servicios.

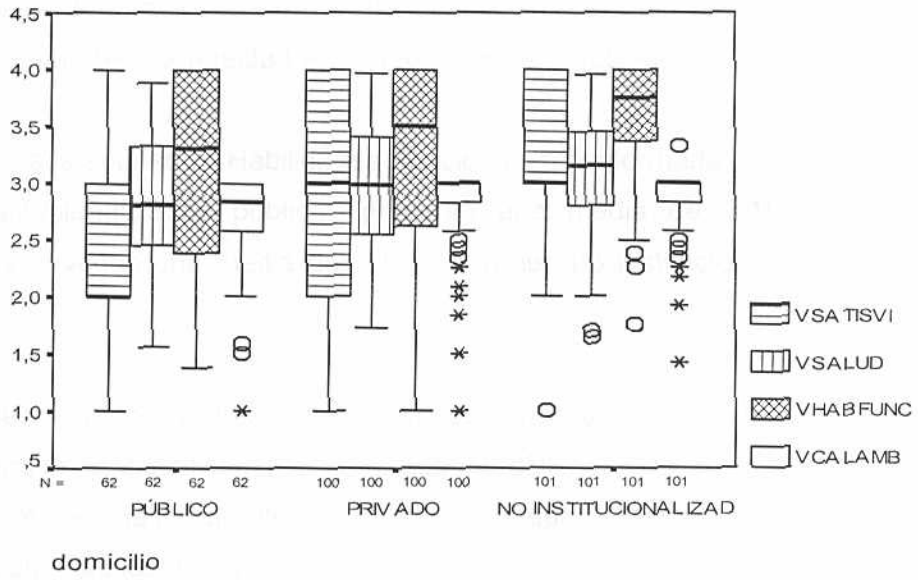
En el Gráfico N° 8 se aprecia que tanto en el grupo femenino como masculino, el 25% de los datos se agrupan hasta la categoría 2 (Ocasionalmente – Algo satisfecho). Por otro lado, el 75% de los datos del grupo femenino se ubican hasta la categoría 3 (Nunca – Bastante satisfecho), mientras que el 75% de los datos del grupo masculino corresponden con la

mediana de la distribución (3,00). A continuación se consideran las subescalas en función de domicilio:

Tabla 18. Estadísticos Descriptivos de las subescalas: satisfacción con la vida, salud, habilidades funcionales y calidad ambiental en relación al domicilio

Domicilio	Subescalas	Media	Desv.	P25	Mediana	P75
Públicos	Satisfacción con la vida	2,40	,86	2,00	2,00	3,00
	Salud	2,82	,58	2,45	2,81	3,33
	Habilidades Func.	3,15	,85	2,38	3,31	4,00
	Calidad ambiental	2,67	,44	2,58	2,83	3,00
Privados	Satisfacción con la vida	2,72	1,00	2,00	3,00	4,00
	Salud	2,95	,56	2,54	2,99	3,41
	Habilidades Func.	3,11	,97	2,56	3,50	4,00
	Calidad ambiental	2,84	,32	2,83	3,00	3,00
No instituc.	Satisfacción con la vida	3,28	,75	3,00	3,00	4,00
	Salud	3,09	,49	2,78	3,15	3,46
	Habilidades fun.	3,56	,56	3,38	3,75	4,00
	Calidad ambiental	2,87	,25	2,83	3,00	3,00

Gráfico N° 9. Caja y Bigote de las subescalas satisfacción con la vida, salud, habilidades funcionales y calidad ambiental en función de domicilio



En cuanto a la subescala Satisfacción con la Vida, conformada por la pregunta 13, la media del grupo de los institucionalizados públicos es de 2,40, la media del grupo de los institucionalizados privados es de 2,72 y la media del grupo de los no institucionalizados es de 3,28. Se puede decir entonces que la mayoría de las personas del grupo de no institucionalizados manifiesta bastante o mucha satisfacción con la vida, a diferencia de los otros grupos que reportan sentirse algo o bastante satisfechos.

En la Gráfica N° 9 se puede observar que las distribuciones de los grupos no institucionalizados e institucionalizados privados presentan una distribución coleada hacia adentro, a diferencia del grupo de los institucionalizados públicos donde la distribución es más simétrica. Destaca que el 75% de los datos de este último grupo se encuentran hasta la categoría 3 (Bastante), a diferencia del 75% de los datos de los otros grupos (no institucionalizados e institucionalizados privados) cuyos datos se hallan hasta la categoría 4 (Mucho).

La subescala Salud conformada por las preguntas 1, 2 y 3, presenta una media de 2,82 para el grupo de institucionalizados públicos, una media de 2,95 para el grupo de los institucionalizados privados y por último una media de 3,09 para el grupo de los no institucionalizados. Además, se observa que las distribuciones de los tres grupos son simétricas y que en particular se halla mayor dispersión en los datos del grupo institucionalizados públicos.

De esta manera, se puede decir que la mayor parte de las personas entrevistadas que no están institucionalizadas, reportan sentirse bastante satisfechas y reportan menos dolencias físicas y emocionales que los otros grupos del estudio. Además el grupo de institucionalizados públicos reporta mayor heterogeneidad en sus respuestas a esta subescala.

En relación a la subescala Habilidades Funcionales, conformada por las preguntas 6 y 7, el grupo de institucionalizados públicos presenta una media de 3,15, el grupo de los institucionalizados privados una media de 3,11 y el grupo no institucionalizado una media de 3,56.

El 25% de los datos de los institucionalizados públicos y privados se hallan hasta la categoría 2 (Regular - Bastante), mientras que el 25% de las respuestas del grupo no institucionalizado recaen hasta la categoría 3 (Bien – Alguna). Como se observa en la Gráfica N° 9 las distribuciones de los tres grupos son asimétricas y coleadas hacia adentro.

Esto significa que los tres grupos en su mayoría reportan valerse por sí mismos bien o muy bien y reportan ninguna o poca dificultad para realizar actividades diarias de manera independiente. Sin embargo, el grupo de los no institucionalizados es el que reporta mayor independencia en cuanto a la realización de las actividades rutinarias que el resto de los grupos.

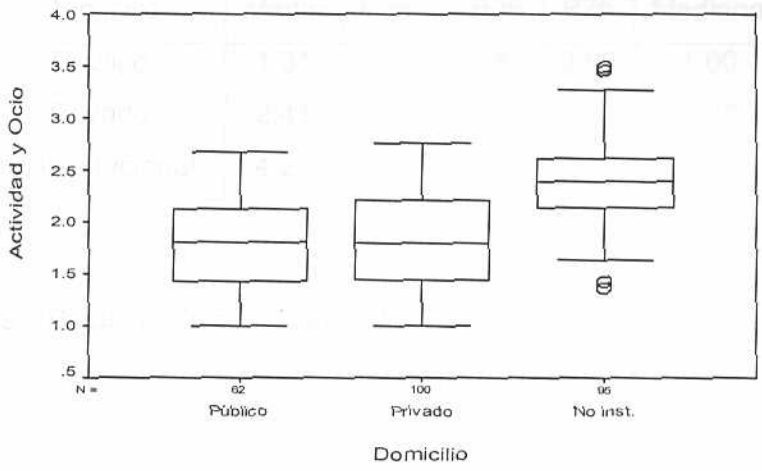
En lo que se refiere a la subescala Calidad Ambiental, la cual se compone de las preguntas 11 y 12, se halló que la media del grupo de institucionalizados públicos es 2,67 y que la media de los grupos institucionalizados privados y no institucionalizados fueron 2,84, y 2,87, respectivamente. Así, se puede decir que el grupo de los institucionalizados públicos manifestó en su mayoría que se encontraban indiferentes o satisfechos ante la calidad ambiental del lugar donde viven, al igual que los otros dos grupos.

En la Gráfica N° 9 se evidencia que las distribuciones de los tres grupos son heterogéneas, habiendo la mayor dispersión en el grupo de los institucionalizados públicos, luego en el grupo de los institucionalizados privados y por último la menor dispersión se halla en el grupo de los no institucionalizados.

Tabla 19. Estadísticos Descriptivos de la subescala actividad y ocio en relación a domicilio

Domicilio	Media	Desv.	P25	P75	Mediana
Público	1,78	,42	1,42	2,14	1,80
Privado	1,79	,45	1,43	2,21	1,79
No institucional.	2,38	,40	2,12	2,64	2,39

Gráfico N° 10. Caja y Bigote de la subescala actividad y ocio en función a domicilio



En la Tabla 19 se aprecia que para la subescala Actividad y Ocio, compuesta por 8, 9 y 10, la media del grupo de los institucionalizados públicos es de 1,78, la media del grupo de los institucionalizados privados es de 1,79 y la media del grupo de los no institucionalizados es de 2,38.

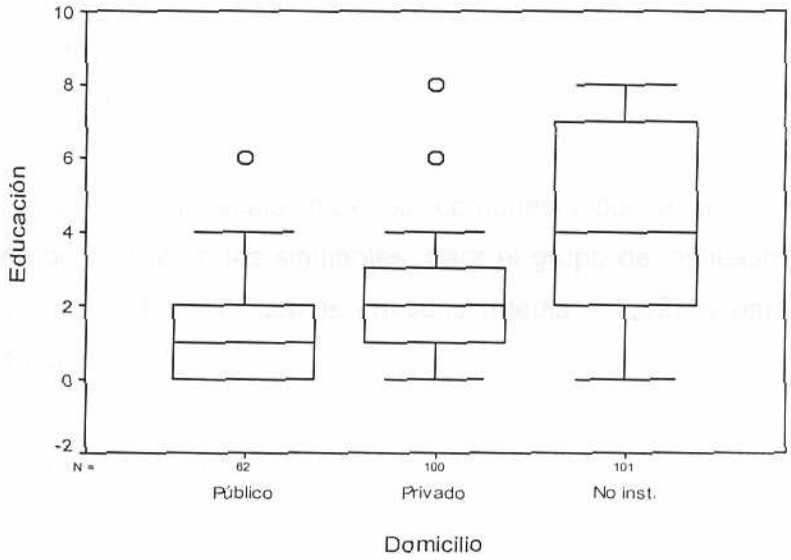
Tal como se puede observar en la Gráfica N° 10, las respuestas de los grupos institucionalizados públicos y privados se distribuyen de manera similar y simétrica. El 25% de los datos de estos grupos se ubican hasta la categoría 1 (Casi completamente inactivo: leer, ver televisión, etc.) mientras que el 25% de los datos de los no institucionalizados se hallan hasta la categoría 2 (Actividad doméstica normal: gestiones, compras, ir al cine). También destaca que el 75% de los datos de este grupo (no institucionalizados), se encuentran hasta la categoría 2 (Actividad doméstica normal) al igual que los otros grupos.

Todo esto significa que la mayor parte del grupo de los no institucionalizados, reportan que ocasional o frecuentemente realizan diversas actividades cotidianas, y a este respecto manifiestan mayor satisfacción de las mismas que las personas institucionalizadas.

Tabla 20. Estadísticos Descriptivos de la subescala educación en relación a domicilio

Domicilio	Media	Desv.	P25	P75	Mediana
Público	1,31	1,25	,00	2,00	1,00
Privado	2,41	2,18	1,00	3,00	2,00
No institucional.	4,21	2,80	2,00	7,50	4,00

Gráfico N° 11. Cajas y Bigote de la subescala educación en función de domicilio



En la Tabla 20 se aprecian los estadísticos descriptivos de la subescala Educación, compuesta por la pregunta 14. Las medias arrojadas son las siguientes: para el grupo de institucionalizados públicos (media =1,31), para los institucionalizados privados (media = 2,41), y para el grupo de no institucionalizados (media = 4,21).

Se encontró además que la distribución del grupo de los no institucionalizados posee la mayor dispersión y agrupa el 75% de los datos hasta la categoría 7 (Educación Superior Incompleta), a diferencia de los institucionalizados privados y públicos donde el 75% de los datos se agrupan hasta las categorías 3 (Educación Media Diversificada Incompleta) y 2 (Educación Básica Completa), respectivamente.

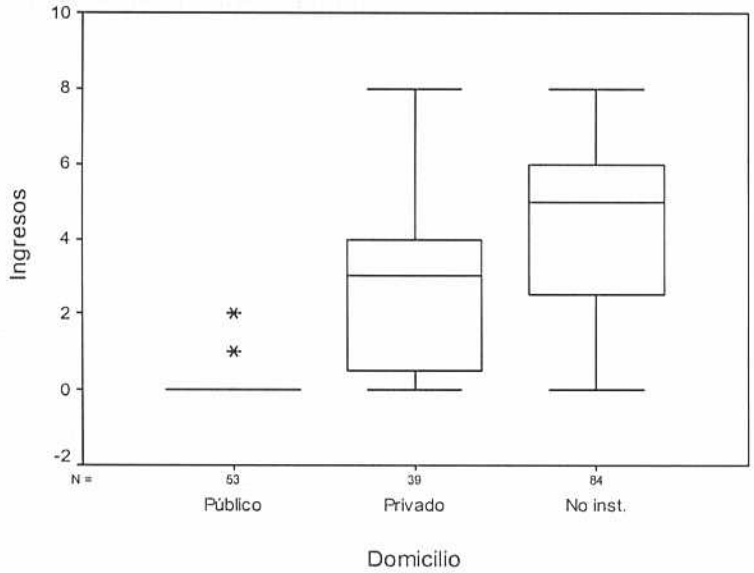
Esto significa que el grupo de los no institucionalizados reportó en su mayoría que el nivel de estudios máximo alcanzado es la Educación Media Diversificada Completa, seguido del grupo de los institucionalizados privados con un nivel máximo de Educación Básica Completa y por último el grupo de los institucionalizados públicos quienes en su mayoría reportaron un grado máximo de estudios de Educación Básica Incompleta. Estos resultados se observan en la Gráfica N° 11.

Tabla 21. Estadísticos Descriptivos de la subescala ingresos en relación a domicilio

Domicilio	Media	Desv.	P25	P75	Mediana
Público	,13	,39	,00	,00	,00
Privado	2,82	2,37	,00	4,00	3,00
No inst.	4,46	2,23	2,25	6,00	5,00

En referencia a la subescala Ingresos, compuesta por la pregunta 15, las medias obtenidas para cada grupo fueron las siguientes: para el grupo de institucionalizados públicos (media = 0,13), para los institucionalizados privados (media = 2,82), y para el grupo de no institucionalizados (media = 4,46).

Gráfico N° 12. Caja y Bigote la subescala ingresos en función de domicilio



En la Gráfica N° 12 se evidencia que el grupo no institucionalizado presenta la distribución más heterogénea de los tres grupos. En el grupo institucionalizado público los datos

se ubican de manera restringida por debajo del promedio de los otros grupos, aglomerándose los datos en la parte baja de la distribución.

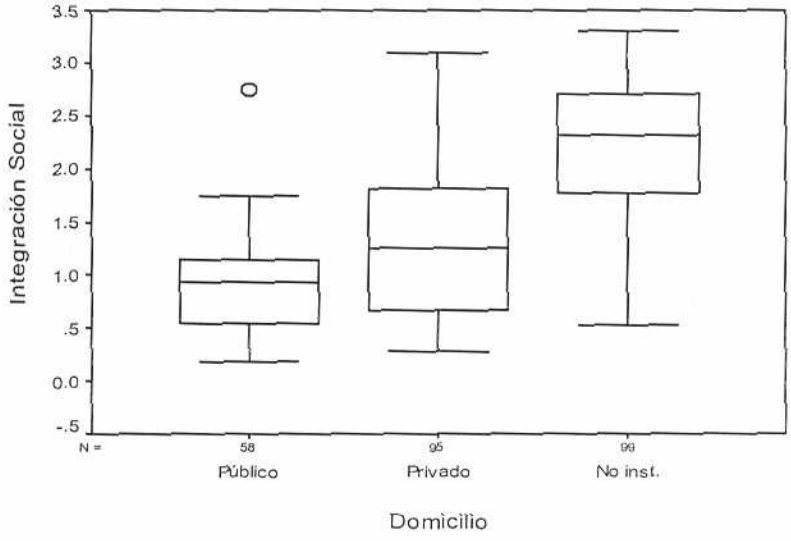
Se puede decir que el grupo que reporta la mayor entrada de ingresos mensuales, es el grupo de los no institucionalizados con un monto que oscila entre 800.00 y 1.000.000 Bs., seguido del grupo de los institucionalizados privados con un ingreso entre 400.000 y 600.000 y por último el grupo de los institucionalizados públicos quienes reportan un ingreso mensual menor a 200.000 Bs. Esto se puede apreciar en la Gráfica N° 11.

Es importante destacar que estos resultados ponen de manifiesto, nuevamente, la asociación estrecha entre nivel socioeconómico y domicilio, indicado en este caso por el ingreso y el domicilio. Esto, claro está, refuerza lo dicho al respecto anteriormente.

Tabla 22. Estadísticos Descriptivos de la subescala integración social en relación a domicilio

Domicilio	Media	Desv.	P25	P75	Mediana
Público	,92	,53	,55	1,15	,93
Privado	1,31	,67	,65	1,83	1,25
No institucional.	2,21	,65	1,75	2,70	2,32

Gráfico N° 13. Caja y Bigote de la subescala integración social en función de domicilio



La subescala Integración Social está compuesta por las preguntas 4 y 5. Los resultados señalan, que las medias de los grupos institucionalizados públicos y privados son, respectivamente 0,92 y 1,31, y que la media del grupo de no institucionalizados es de 2,21. Esto significa que las relaciones interpersonales de la mayoría de las personas institucionalizadas en lugares públicos, es mucho menor en frecuencia y es más insatisfactoria que para las personas que viven en instituciones privadas y los no institucionalizados.

En la Gráfica N° 13 se observa que el 25% de los datos del grupo de institucionalizados públicos se ubican hasta la categoría 0 (No sé / No contesta – No contesta) y el 75% hasta la categoría 1 (Menos de una vez al mes – Insatisfecho). Respecto al grupo de institucionalizados privados, el 25% y 75% de los datos se agrupan hasta la misma categoría 0 y 1, respectivamente.

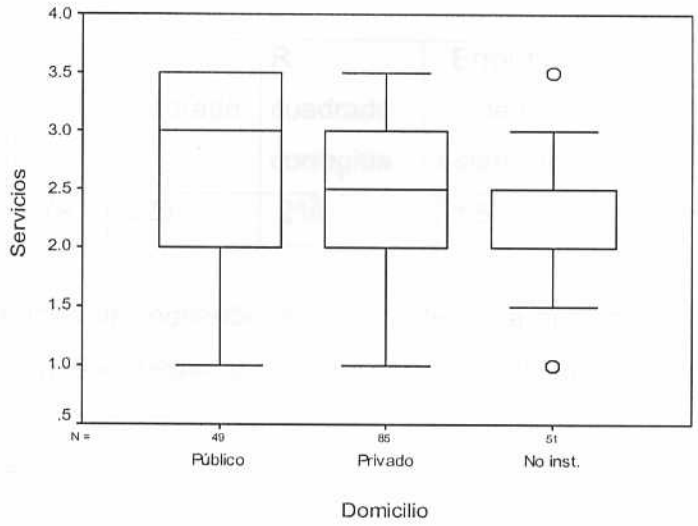
El grupo de personas no institucionalizados reúne el 25% de los datos hasta la categoría 1 (Menos de una ves al mes – Insatisfecho) y el 75% de los datos se ubican hasta la categoría 2 (Al menos una vez al mes – Indiferente). El grupo que presenta la distribución más heterogénea, es el grupo de institucionalizados privados.

Se observa además, que la mayoría de las personas de este último grupo frecuenta al menos una vez al mes o una vez a la semana a personas cercanas y que manifiestan mayor satisfacción en sus relaciones sociales que los grupos de personas institucionalizadas.

Tabla 23. Estadísticos Descriptivos de la subescala servicios sociales y sanitarios en relación a domicilio

Domicilio	Media	Desv.	P25	P75	Mediana
Público	2,82	,65	2,00	3,50	3,00
Privado	2,48	,65	2,00	3,00	2,50
No inst.	2,35	,63	2,00	2,50	2,50

Gráfico N° 14. Caja y Bigote de la subescala servicios sociales y sanitarios en función de domicilio



Por último, se encuentra la subescala Servicios Sociales y Sanitarios, la cual se halla compuesta por las preguntas 16 y 17. Se encontró que la media del grupo de institucionalizados públicos es 2,82 y que la media de los grupos institucionalizados privados y no institucionalizados fueron 2,48 y 2,35 respectivamente.

La distribución del grupo de los institucionalizados públicos es coleada hacia adentro y agrupa la mayor cantidad de datos en la parte superior de la distribución. La dispersión del grupo de institucionalizados privados es similar, sin embargo los datos se distribuyen de manera más uniforme que la anterior. El grupo de los no institucionalizados muestra la distribución más simétrica y centrada en cuanto al recorrido posible de la variable, sólo que la mediana es igual al Percentil 25.

A continuación, como un indicador del efecto de la edad sobre la calidad de vida, se considera la correlación múltiple de las subescalas como predictoras de la edad.

Tabla 24. Tabla de Correlación Múltiple de la edad como dependiente y de las subescalas como independientes

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
.479	.229	.210	7.65

En este análisis la línea de regresión posee significancia al nivel de 0,05 (F=11,852; p. 0,000≤0,05). En cuanto a la correlación de las subescalas satisfacción con la vida, calidad ambiental, integración social, habilidades funcionales, salud y actividad y ocio, en relación a dad, se obtuvo una correlación múltiple 0,479.

Tabla 25. Coeficientes de Regresión de las subescalas como predictores de la variable edad

Modelo 1	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p
	ß	Error típ.	Beta		
(Constante)	100.903	4.674		21.590	.000
Actividad y Ocio	-2.284	1.223	-.137	-1.867	.063
Calidad Ambiental	-1.539	1.523	-.061	-1.011	.313
Habilidades Funcionales	-2.524	.728	-.246	-3.467	.001
Integración Social	-1.063	.680	-.100	-1.564	.119
Salud	-3.750	1.089	-.241	-.3445	.001
Satisfacción con la vida	1.692	.629	.183	2.691	.008

En la Tabla 22 se observa que todas las subescalas, menos una, guardan relación inversa con la edad. Además, las que tienen una asociación significativa y presentan los pesos más altos son: habilidades funcionales (ß = -0,246; p. 0,001≤0,05) y salud (ß = -0,241; p. 0,01≤0,05).

Por tanto, se puede decir que, en general, mientras mayor es la edad menor es la calidad de vida de los evaluados; siendo es más relevante en cuanto a su salud y sus habilidades funcionales.

La excepción en cuanto al sentido de la relación fue la relación de la edad con la satisfacción con la vida, la cual dio directa y significativa (ß = 0,183; p. 0,008≤0,05); así, en contradicción a la hipótesis al respecto se halló que mientras mayor es la edad de las personas entrevistadas, mayor es la satisfacción con la vida que reportan.

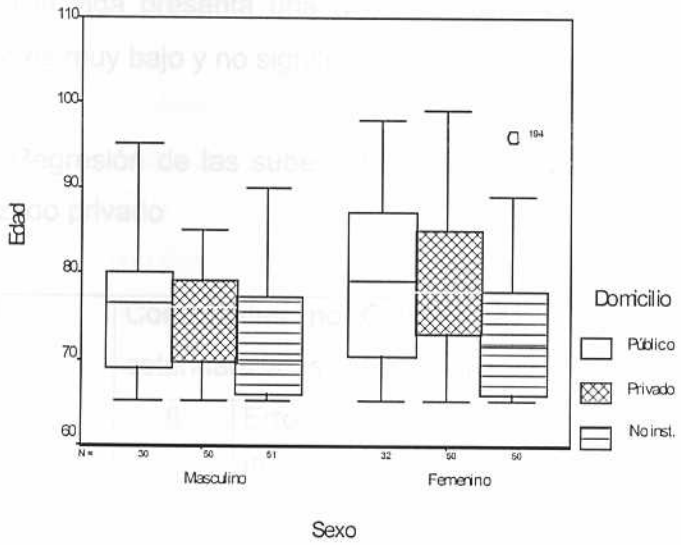
Debido a la relevancia de esta diferencia, se procedió a determinar cuál(es) de las variables restantes (sexo, domicilio y nivel socioeconómico) podría(n) estar influyendo en la satisfacción con la vida.

Tabla 26. Coeficientes de Regresión de las variables sexo, domicilio y nivel socioeconómico en función de la subescala satisfacción con la vida

Modelo 1	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p
	ß	Error típ.	Beta		
(Constante)	1.390	.478		2.907	.004
Sexo	-2,163E-02	.108	-.012	-.200	.842
Domicilio	.514	.086	.423	5.959	.000
Nivel Socioeconómico	.119	.091	.092	1.300	.195

Específicamente, la variable domicilio es la única que presenta una relación significativa y de cierto peso sobre satisfacción con la vida (ß = 0,423; p. 0,000≤0,05); por lo cual se procedió a explorar la relación entre la edad y el domicilio.

Gráfica N° 15. Caja y Bigote de las variables edad, sexo y domicilio



Como se aprecia en la Gráfica, existe cierta relación entre el domicilio y la edad, siendo los grupos de los institucionalizados privados y públicos, los que presentan mayor edad, mientras que el grupo de los no institucionalizados, agrupan a las personas de menor edad.

Con base en estos resultados, se decidió explorar si el domicilio específica la relación entre las subescalas y la edad; para lo cual se estimó la regresión múltiple subescalas-edad para cada uno de los tipos de domicilio por separado.

Tabla 27. Coeficientes de Regresión de las subescalas como predictoras de la variable edad para el grupo institucionalizado público

Modelo 1	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p
	ß	Error típ.	Beta		
(Constante)	108.880	8.908		12.223	.000
Actividad y Ocio	-1.339	3.379	-.057	-.396	.694
Calidad Ambiental	-1.425	2.886	-.063	-.494	.624
Habilidades Funcionales	-3.424	1.613	-.308	-2.122	.039
Integración Social	-2.273	2.141	-.125	-1.062	.293
Salud	-4.424	2.285	-.274	-1.936	.058
Satisfacción con la vida	.265	1.500	.024	.177	.860

En la Tabla 27 se observa que para los que habitan en una institución pública, la subescala satisfacción con la vida presenta una relación positiva con la variable edad. Sin embargo su valor predictivo es muy bajo y no significativo al 5% (ß=0,024; p. 0,860≥0,05).

Tabla 28. Coeficientes de Regresión de las subescalas como predictoras de la variable edad para el grupo institucionalizado privado

Modelo 1	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p
	ß	Error típ.	Beta		
(Constante)	88.078	7.545		11.674	.000
Actividad y Ocio	-1.738	1.966	-.101	-.884	.379
Calidad Ambiental	.734	2.473	.030	.297	.767
Habilidades Funcionales	-1.013	.996	-.126	-1.017	.312
Integración Social	.791	1.183	.067	.668	.506
Salud	-4.569	1.665	-.326	-2.744	.007
Satisfacción con la vida	2.136	.881	.268	2.423	.017

En la Tabla 28 se observa que para los que viven en una institución privada, la subescala satisfacción con la vida presenta una relación también positiva con la variable edad. Destaca que en este grupo el valor predictivo de la subescala es mucho mayor que en el grupo de los institucionalizados y es significativo (ß = 0,268; p. 0,017≤0,05).

Tabla 29. Coeficientes de Regresión de las subescalas como predictoras de la variable edad para el grupo no institucionalizado

Modelo 1	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p
	ß	Error típ.	Beta		
(Constante)	109.669	9.768		11.227	.000
Actividad y Ocio	-1.307	2.114	-.066	-.618	.538
Calidad Ambiental	-5.733	3.053	-.193	-1.878	.064
Habilidades Func.	-5.645	1.546	-.392	-3.652	.000
Integración Social	-.173	1.246	-.014	-.139	.890
Salud	-1.376	1.877	-.085	-.733	.465
Satisfacción con la vida	2.242	1.205	.211	1.860	.066

En la Tabla 29 se observa que para los que moran en su domicilio propio la subescala satisfacción con la vida presenta una relación también positiva con la variable edad. En este grupo la satisfacción con la vida presenta un valor predictivo menor que en el grupo de institucionalizado privado y no es significativo al 5% mas sí al 10% (ß = 0,21; p. 0,06≥0,05).

Como se puede apreciar en las descripciones realizadas en las tablas anteriores, la variable domicilio no esclarece del todo la relación entre la edad y la satisfacción con la vida. Pero, si deja claro que para los que habitan en ancianatos públicos la relación entre las variables es materialmente nula; mientras que es positiva y alta para los que viven en instituciones privadas o en domicilio propio.

Por otro lado, los resultados descritos acerca del comportamiento de todas las subescalas en relación a cada una de las variables externas del estudio, revelan ciertos hallazgos en torno a las características de las personas de la tercera edad.

Tal como lo afirman Vega y Bueno (1996), el número de contactos sociales disminuye a medida que avanza la vejez reduciéndose de esta manera la red social. Esto es consistente con lo reportado por las personas entrevistadas, ya que tanto hombres como mujeres manifestaron poca frecuencia e indiferencia o insatisfacción en cuanto a las relaciones interpersonales con personas significativas o cercanas.

Esta situación tiene consecuencias negativas debido a que el apoyo social tiene una relación positiva con la salud integral de la persona y con su bienestar y satisfacción con la vida (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

La disminución de la red social es un hecho especialmente cierto para las personas institucionalizadas, tal como lo comenta Fernández-Ballesteros (1999) al sugerir que el ingreso en una institución geriátrica es una de las condiciones de cambio en la tercera edad que genera más modificaciones en la vida de las personas mayores, y sobretodo tiene consecuencias en las relaciones sociales. Esta podría ser una razón por la que las personas que no se encuentran institucionalizadas mantienen un rechazo acerca de la idea de vivir en una residencia (Vega y Bueno, 1996).

Sin embargo, existe otro factor que se ha considerado como fundamental, la muerte del cónyuge (Fernández-Ballesteros y cols., 1999), la cual es una condición externa que puede afectar de manera importante la reducción de las relaciones interpersonales.

Por otro lado, se encontró que la mayor parte de las personas entrevistadas, manifestó ninguna o alguna dificultad para realizar algunas actividades cotidianas como: cuidar su aspecto físico, realizar tareas caseras, caminar y realizar tareas fuera de la casa.

Estos resultados podrían entenderse a la luz de lo que afirma Levenson (1991, cp. Fernández-Ballesteros y cols., 1999) acerca de la personalidad de las personas mayores. El autor señala que se han realizado estudios longitudinales que indican que a pesar de los cambios que ocurren en la vida, las características de la personalidad son bastante estables al igual que el autoconcepto, la autoestima y la percepción que se tiene sobre el control de la vida.

Así, es posible que las personas entrevistas presenten mayores dificultades que las reportadas para realizar las actividades mencionadas, pero tal vez en un intento por mantener el autoconcepto y los sentimientos de autovalía, estas personas perciban que tienen un mayor control sobre ciertas actividades cotidianas que en otro momento de su ciclo vital eran capaces de realizar sin ayuda alguna.

4. Análisis de Confiabilidad por subescalas y Confiabilidad total

Siguiendo la metodología usada por Fernández-Ballesteros y Zamarrón (1993, cp. Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales, 1996), en cuanto al análisis de confiabilidad del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI), se procedió a calcular la misma para cada una de las subescalas, empleando el coeficiente de Alfa de Cronbach.

Se añadió, además, una estimación de la confiabilidad de la prueba total, por medio del cálculo del coeficiente λ (theta), el cual brinda un indicador del techo de la consistencia interna, mediante la formula:

$$\tau \text{ (tetha)} = (N / N - 1)\ (1 - 1 / \lambda)$$

donde N es el número de ítems que componen la prueba (17) y λ el monto del autovalor mayor de la solución de componentes principales (3,973), siendo éste el del Análisis Factorial de todas las preguntas del cuestionario.

Tabla 30. Confiabilidad de las Subescalas y del Cuestionario Total

	Subescalas						
	Salud	Integración social	Habilidades func.	Actividad y ocio	Calidad amb.	Servicios	Total
Venez.	0,622	0,8485	0,8108	0,6417	0,727	0,55	0,73
España	0,70	0,27	0,92	0,74	0,78	-	-

Como se puede apreciar, en los resultados del presente estudio la confiabilidad de la mayoría de las subescalas (a excepción de la variable servicios sociales y sanitarios) se encuentran por encima de 0,60, lo cual es indicador de una confiabilidad aceptable.

Sin embargo, para poder afirmar que el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) es confiable, es necesario comparar los resultados con los obtenidos por Fernández-Ballesteros y Zamarrón (1993, cp. Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales de España, 1996) en su estudio, los cuales pueden observarse en la Tabla 8.

Como se aprecia en ésta, las consistencias internas de las subescalas superan un valor de Alpha de Cronbach de 0,7. La única subescala cuya confiabilidad resultó muy baja fue integración social (0,27). Este resultado llevó a las autoras españolas a buscar una posible explicación, planteándose dos posibles hipótesis. En primer lugar, postularon que esta subescala por contar tan sólo con dos elementos, resulta disminuida, justificación que no es procedente ante la evidencia de que otra subescala compuesta por el mismo número de preguntas (subescala calidad ambiental) si muestran una elevada consistencia interna. La segunda explicación es que la satisfacción y la frecuencia de las relaciones sociales de una persona (preguntas que componen esta subescala) no son necesariamente congruentes entre sí, pudiendo entablarse muchas relaciones sociales y no estar satisfecho con ellas.

En contraste con los valores estimados por las citadas autoras, el presente estudio evidencia un monto de fiabilidad ligeramente menor para las subescalas, en particular para salud (0,622) y actividad y ocio (0,6417). Sin embargo, el monto elevado de las consistencias internas (mayores a 0,60) y lo próximo que se encuentran del estudio de las citadas autoras, permite afirmar que las subescala son confiables.

La única subescala cuya consistencia interna reveló ser mucho mayor a la obtenida por Fernández-Ballesteros y Zamarrón (1993, cp. Ministerio de Asuntos Sociales, 1996), es integración social.

Con respecto a ésta, la muestra encuestada en el presente estudio manifiesta medias muy bajas con relación a la frecuencia con que trata con personas significativas y lo satisfecha que se siente con esas relaciones (media más baja = 0,92 en personas institucionalizadas públicas; media más elevada = 2,21 en personas no institucionalizadas). Por tanto, en contraste con la segunda hipótesis planteada por las citadas autoras, las personas entrevistadas en el área metropolitana de Caracas parecen ser congruentes en relación a lo insatisfechas que se encuentran de sus relaciones sociales.

Finalmente, la confiabilidad total de la prueba, la cual no fue calculada por Fernández-Ballesteros y Zamarrón (1993, cp. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996), resultó ser bastante buena, de 0,73, sobre todo si se asume la posible heterogeneidad de las subescalas entre sí.

5. Análisis de la Validez de Criterio:

a) A través de Análisis de Varianza 2 x 3 utilizando como variables independientes sexo y domicilio y como variables dependientes cada una de las subescalas del cuestionario.

Hay que destacar que a efectos de cálculo, todos los ANOVA son considerados de efecto fijo, utilizando además como criterio de significancia un alfa igual a 0,05.

Análisis de Varianza 2 x 3 : En el cual la variable dependiente es la subescala salud, la cual está constituida por las preguntas 1, 2 y 3 y donde las variables independientes son sexo y domicilio.

Antes de proceder al cálculo del ANOVA se realizó el contraste de Homogeneidad de las varianzas, usando para ello la prueba de Levene. Ésta reveló una homogeneidad de varianza (F = 2,207; p. 0,054≥0,05), por lo cual la interpretación de los resultados se hace con el valor de Fc estándar para el caso.

Tabla 31. Estadísticos descriptivos de la variable salud en función de las variables sexo y domicilio

Domicilio	Sexo	Media	Desv.	N
Público	Masc.	2,9343	,6255	30
	Fem.	2,7068	,5276	32
	Total	2,8169	,5836	62
Privado	Masc.	3,0183	,5023	50
	Fem.	2,8862	,6193	50
	Total	2,9522	,5649	100
No inst.	Masc.	3,1380	,5301	51
	Fem.	3,0359	,4448	50
	Total	3,0875	,4900	101
Total	Masc.	3,0457	,5449	131
	Fem.	2,8994	,5473	132
	Total	2,9723	,5500	263

Tabla 32. Análisis de Varianza de la subescala salud en función de las variables sexo y domicilio

Recurso	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Poder Observado
Domicilio	2,794	2	1,397	4,795	,009	,793
Sexo	1,480	1	1,480	5,079	,025	,612
Domicilio * sexo	,156	2	7,790E-02	,267	,766	,092
Error	74,874	257	,291			
Total Corregido	79,253	262				

R Cuadrado = 0,055 (R Cuadrado ajustada = 0,037)

Como se observa en la Tabla 32, tanto el efecto de la variable domicilio como de sexo resulta significativa. Debido a que domicilio tiene tres niveles, se hace el contraste a posteriori mediante el LSD de Fisher (Arnau, 1981).

Tabla 33. Contraste a posteriori de la variable salud en función de la variable domicilio mediante el estadístico LSD de Fisher

(I) domicilio	(J) domicilio	Diferencia de Medias (I-J)	p
Público	Privado	-,1353	,122
	No inst.	-,2706	,002
Privado	Público	,1353	,122
	No inst.	-,1352	,077
No inst.	Público	,2706	,002
	Privado	,1352	,077

Tal y como se observa, el poder de la prueba de la variable domicilio (0,793) resulta alto, lo cual indica que la probabilidad de no cometer el error tipo II, es decir, de que se acepte la hipótesis alternativa al asumir que existen diferencias en los niveles de la variable independiente con respecto a la subescala salud y que realmente las haya es bastante alta. La

variable sexo (0,612) muestra un poder moderado, siendo el de la interacción sexo*domicilio (0,92) prácticamente nulo.

Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio permiten explicar el 3,7% de la varianza total de la subescala salud.

Con base a los resultados, se puede afirmar que los hombres (media = 3,0457) manifiestan mejores condiciones de salud subjetiva, objetiva y psíquica que las mujeres (media = 2,8994). Además, las personas no institucionalizadas (media = 0,2706) reportan un mejor estado de salud que las no institucionalizadas públicas (media = 2,8169; diferencia de medias = 0,2706) pero no difieren de las privadas (p = 0,77). No existiendo diferencias al respecto entre los institucionalizados (p = 0,122).

Análisis de Varianza 2 x 3: En el cual la variable dependiente es la subescala integración social, la cual está constituida por la pregunta 4 y 5 y donde las variables independientes son sexo y domicilio.

Antes de proceder al cálculo del ANOVA se realizó el contraste de Homogeneidad de las varianzas, usando para ello la prueba de Levene. Ésta reveló que las varianzas no son homogéneas (F = 2,563; p. 0,028 **0,05); por ello, siguiendo la recomendación de Arnau (1981,** pág. 77) se usa como Fc una valor más robusto que se calcula con grados de libertad: 1 entre y n-1 intra. Igualmente, como las n por celdilla no son iguales, hay que usar como valor la media armónica de las n, la cual da 41,61. Así, los grados de libertad quedan en 1,42 y la Fc en 4,08 al alfa 0,05.

Tabla 34. Estadísticos descriptivos de la subescala integración social en función de las variables sexo y domicilio

Domicilio	Sexo	Media	Desv.	N
Público	Masc.	,9125	,5142	28
	Fem.	,9300	,5569	30
	Total	,9216	,5321	58
Privado	Masc.	1,2687	,7088	48
	Fem.	1,3457	,6309	47
	Total	1,3068	,6689	95
No inst.	Masc.	2,1719	,7130	51
	Fem.	2,2469	,5875	48
	Total	2,2082	,6529	99
Total	Masc.	1,5529	,8501	127
	Fem.	1,5920	,8038	125
	Total	1,5723	,8260	252

Tabla 35. Análisis de Varianza de la subescala integración social en función de las variables sexo y domicilio.

Recurso	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Poder Observado
Domicilio	71,373	2	35,687	88,061	,000	1,000
Sexo	,189	1	,189	,468	,495	,105
Domicilio * sexo	3,817E-02	2	1,908E-02	,047	,954	,057
Error	99,691	246	,405			
Total Corregido	171,270	251				

R Cuadrado =0,418 (R Cuadrado ajustada = 0,406)

Al hacer la F más robusta, sólo el efecto de la variable domicilio resulta significativo. Puesto que domicilio tiene tres niveles, se hace el contraste a posteriori mediante el LSD de Fisher (Arnau, 1981).

Tabla 36. Contraste a posteriori de la subescala integración social en función de la variable domicilio mediante el estadístico LSD de Fisher

(I) domicilio	(J) domicilio	Diferencia de Medias (I-J)	p
Público	Privado	-,3853	,000
	No inst.	-1,2867	,000
Privado	Público	,3853	,000
	No inst.	-,9014	,000
No inst.	Público	1,2867	,000
	Privado	,9014	,000

Tal y como se observa, el poder de la prueba de la variable domicilio (1,000) resulta perfecto, lo cual indica que la probabilidad de no cometer el error tipo II, es decir, de que se acepte la hipótesis alternativa al asumir que existen diferencias en los niveles de la variable independiente con respecto a la subescala integración social y que realmente las haya es total. La variable sexo (0,105) y la interacción sexo*domicilio (0,57) muestran un poder excesivamente bajo.

Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio permiten explicar el 40,6% de la varianza total de la subescala integración social.

En el análisis efectuado, la variable domicilio es la que resulta significativa (F = 88,061; p. 0,000≤0,05). Por tanto, se puede afirmar que las personas no institucionalizadas presentan una mayor frecuencia y satisfacción en cuanto a sus relaciones interpersonales que las personas institucionalizadas públicas (diferencias de media = 1,2867) y privadas (diferencia de medias = 0,9014). Así mismo, las personas que se encuentran en instituciones privadas acostumbran a frecuentar y estar más satisfechos es sus relaciones interpersonales que los institucionalizados públicos (diferencia de medias = 0,3853).

Análisis de Varianza 2 x 3: En el cual la variable dependiente es la variable habilidades funcionales, la cual está conformada por las preguntas 6 y 7 y donde las variables independientes son sexo y domicilio.

Antes de proceder al cálculo del ANOVA se realizó el contraste de Homogeneidad de las varianzas, usando para ello la prueba de Levene. Ésta reveló que las varianzas no son homogéneas (F = 11,357; p. 0,000≤0,05); por ello, siguiendo la recomendación de Arnau (1981, pág. 77) se usa como Fc una valor más robusto que se calcula con grados de libertad: 1 entre y n-1 intra. Igualmente, como las n por celdilla no son iguales, hay que usar como valor la media armónica de las n, la cual da 41,61. Así, los grados de libertad quedan en 1,42 y la Fc en 4,08 al alfa 0,05.

Tabla 37. Estadísticos descriptivos de la subescala habilidades funcionales en función de las variables sexo y domicilio

Domicilio	Sexo	Media	Desv.	N
Público	Masc.	3,2542	,6967	30
	Fem.	3,0430	,9665	32
	Total	3,1452	,8466	62
Privado	Masc.	3,1975	,8846	50
	Fem.	3,0150	1,0439	50
	Total	3,1063	,9670	100
No inst.	Masc.	3,7083	,4813	51
	Fem.	3,4050	,5968	50
	Total	3,5582	,5600	101
Total	Masc.	3,4094	,7418	131
	Fem.	3,1695	,8922	132
	Total	3,2890	,8279	263

Tabla 38. Análisis de Varianza de la subescala habilidades funcionales en función de las variables sexo y domicilio con relación

Recurso	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	P	Poder Observado
Domicilio	11,797	2	5,898	9,254	,000	,976
Sexo	3,370	1	3,370	5,286	,022	,630
Domicilio * sexo	,196	2	9,777E-02	,153	,858	,074
Error	163,814	257	,637			
Total Corregido	179,601	262				

R Cuadrado = 0,88 (R Cuadrado ajustada = 0 ,70)

Al hacer la F más robusta, el efecto tanto de la variable domicilio como de sexo resultan significativos. Puesto que domicilio tiene tres niveles, se hace el contraste a posteriori mediante el LSD de Fisher (Arnau, 1981).

Tabla 39. Contraste a posteriori de la subescala habilidades funcionales en función de domicilio mediante el estadístico LSD de Fisher

(I) domicilio	(J) domicilio	Diferencia de Medias (I-J)	p
Público	Privado	3,891E-02	,763
	No inst.	-,4130	,002
Privado	Público	-3.8911E-02	,763
	No inst.	-,4519	,000
No inst.	Público	,4130	,002
	Privado	,4519	,000

Tal y como se observa, el poder de la prueba de la variable domicilio (0,976) resulta alto, lo cual indica que la probabilidad de no cometer el error tipo II, es decir, de que se acepte la hipótesis alternativa al asumir que existen diferencias en los niveles de la variable independiente con respecto a la subescala habilidades funcionales y que realmente las haya es

bastante alta. La variable sexo (0,630) muestra un poder moderado, siendo el de la interacción sexo*domicilio (0,074) prácticamente nulo.

Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio permiten explicar el 70% de la varianza total de la subescala habilidades funcionales.

Las tablas antes presentadas, permiten observar que tanto la variable sexo (F = 5,286; p.0,022≤0,05) como domicilio (F = 9,254; p. 0,000 **0,05). Por tanto, se puede afirmar que los** hombres (media = 3,4094) tienen un mayor grado de independencia para desenvolverse en su vida diaria (habilidades funcionales) que las mujeres (media = 3,1695), y las personas no institucionalizadas (media = 3,5582) reportan ser más independientes en su desenvolvimiento diario que las personas que residen en instituciones públicas (media = 3,1452; diferencia de medias = 0,4130) y privadas (media = 3,1063; diferencia de medias = 0,4519). No se observan diferencias entre los institucionalizados públicos y privados (p. 0,763≥0,05).

Análisis de Varianza 2 x 3: En el cual la variable dependiente es la subescala actividad y ocio, la cual está conformada por las preguntas 8,9 y 10 donde las variables independientes son sexo y domicilio.

Antes de proceder al cálculo del ANOVA se realizó el contraste de Homogeneidad de las varianzas, usando para ello la prueba de Levene. Ésta reveló que las varianzas son homogéneas (F = 1,962; p. 0,085≥0,05), por lo cual la interpretación de los resultados se hace con el valor de Fc estándar para el caso.

Tabla 40. Estadísticos descriptivos de la subescala actividad y ocio en función de las variables sexo y domicilio

Domicilio	Sexo	Media	Desv.	N
Público	Masc.	1,7616	,4063	30
	Fem.	1,7936	,4317	32
	Total	1,7781	,4165	62
Privado	Masc.	1,8042	,4111	50
	Fem.	1,7733	,4958	50
	Total	1,7888	,4534	100
No inst.	Masc.	2,3123	,3800	46
	Fem.	2,4409	,4117	49
	Total	2,3786	,3998	95
Total	Masc.	1,9796	,4700	126
	Fem.	2,0280	,5499	131
	Total	2,0042	,5119	257

Tabla 41. Análisis de Varianza de la subescala actividad y ocio en función de las variables sexo y domicilio

Recurso	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p.	Poder Observado
Domicilio	20,982	2	10,491	57,846	,000	1,000
Sexo	,115	1	,115	,632	,427	,124
Domic * sexo	,313	2	,156	,862	,424	,197
Error	45,522	251	,181			
Total	1099,451	257				
Total Corregido	67,083	256				

R Cuadrado = 0,321 (R Cuadrado ajustada = 0,308)

Como se observa en la Tabla 41, el efecto de la variable domicilio resultó significativo; no así el del sexo o de la interacción domicilio*sexo. Debido a que domicilio tiene tres niveles, se hace el contraste a posteriori mediante el LSD de Fisher (Arnau, 1981).

Tabla 42. Contraste a posteriori de la subescala actividad y ocio en función de la variable domicilio mediante el estadístico LSD de Fisher

(I) domicilio	(J) domicilio	Diferencia de Medias	p
Público	Privado	-1.0684E-02	,877
	No inst.	-,6005	,000
Privado	Público	1,068E-02	,877
	No inst.	-,5898	,000
No inst.	Público	,6005	,000
	Privado	,5898	,000

Tal y como se observa, el poder de la prueba de la variable domicilio (1,000) resulta perfecto, lo cual indica que la probabilidad de no cometer el error tipo II, es decir, de que se acepte la hipótesis alternativa al asumir que existen diferencias en los niveles de la variable independiente con respecto a la subescala actividad y ocio y que realmente las haya es total. La variable sexo (0,124) y la interacción sexo*domicilio (0,97) poseen valores de poder muy bajo.

Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio permiten explicar el 3,7% de la varianza total de la subescala actividad y ocio.

Como se puede apreciar, las personas de la tercera edad no institucionalizadas (media = 2,3786), muestran mayor diversidad en su nivel de actividad y ocio que los institucionalizados públicos (media = 1,7781; diferencia de medias = 0,6005) y privados (media =1,7888; diferencia de medias = 0,5898). No se presentan diferencias significativas con respecto a esta subescala entre los institucionalizados (p = 8,877).

Análisis de Varianza 2 x 3: En el cual la variable dependiente es la variable calidad ambiental, la cual está conformada por las preguntas 11 y 12, donde las variables independientes son sexo y domicilio.

Antes de proceder al cálculo del ANOVA se realizó el contraste de Homogeneidad de las varianzas, usando para ello la prueba de Levene. Ésta reveló que las varianzas no son homogéneas (F = 6,711; p. 0,000≤0,05); por ello, siguiendo la recomendación de Arnau (1981, pág. 77) se usa como Fc una valor más robusto que se calcula con grados de libertad: 1 entre y

n-1 intra. Igualmente, como las n por celdilla no son iguales, hay que usar como valor la media armónica de las n, la cual da 41,61. Así, los grados de libertad quedan en 1,42 y la Fc en 4,08 al alfa 0,05.

Tabla 43. Estadísticos descriptivos de la variable calidad ambiental en función de las variables sexo y domicilio

Domicilio	Sexo	Media	Desv.	N
Público	Masc.	2,7528	,3106	30
	Fem.	2,5833	,5313	32
	Total	2,6653	,4434	62
Privado	Masc.	2,7883	,4052	50
	Fem.	2,8967	,1938	50
	Total	2,8425	,3207	100
No inst.	Masc.	2,8448	,3206	51
	Fem.	2,8900	,1619	50
	Total	2,8672	,2545	101
Total	Masc.	2,8022	,3525	131
	Fem.	2,8182	,3293	132
	Total	2,8102	,3405	263

Tabla 44. Análisis de varianza de la subescala calidad ambiental en función de las variables sexo y domicilio

Recurso	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Poder Observado
Domicilio	1,686	2	,843	7,776	,001	,949
Sexo	1,749E-03	1	1,749E-03	,016	,899	,052
Domicilio * sexo	,767	2	,383	3,537	,031	,655
Error	27,857	257	,108			
Total Corregido	30,380	262				

R Cuadrado = 0,083 (R Cuadrado ajustada = 0,065)

Al hacer la F más robusta, sólo el efecto de la variable domicilio resulta significativo. Debido a que domicilio tiene tres niveles, se hace el contraste a posteriori mediante el LSD de Fisher (Arnau, 1981).

Tabla 45. Contraste a posteriori de la subescala calidad ambiental en función de la variable domicilio mediante el estadístico LSD de Fisher

(I) domicilio	(J) domicilio	Diferencia de Medias (I-J)	p
Público	Privado	-,1772	,001
	No inst.	-,2018	,000
Privado	Público	,1772	,001
	No inst.	-2,4662E-02	,596
No inst.	Público	,2018	,000
	Privado	2,466E-02	,596

Tal y como se observa, el poder de la prueba de la variable domicilio (0,949) resulta alto, lo cual indica que la probabilidad de no cometer el error tipo II, es decir, de que se acepte la hipótesis alternativa al asumir que existen diferencias en los niveles de la variable independiente con respecto a la subescala calidad ambiental y que realmente las haya es bastante alta. La variable sexo (0,052) muestra un poder muy bajo, mientras que la interacción sexo*domicilio (0,655) posee un valor moderado.

Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio permiten explicar el 6,5% de la varianza total de la subescala calidad ambiental.

Debido a la significancia de la variable domicilio (F = 7,776; p. 0,001≤0,05) se puede señalar que las personas no institucionalizadas y las institucionalizadas privadas, reportan poseer una mayor calidad ambiental traducida en aspectos de la residencia que quienes viven en instituciones públicas (diferencia de medias con inst. = 0,2018; diferencia de medias con privada = 0,1772). No se evidencian diferencias significativas entre institucionalizados privados y no institucionalizados (p. 0,596≥0,05).

Tabla 47. Análisis de Varianza de la subescala satisfacción con la vida en función de las variables sexo y domicilio

Recurso	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Poder Observado
Domic	32,161	2	16,080	20,968	,000	1,000
Sexo	,252	1	,252	,329	,567	,088
Domic * sexo	2,175	2	1,087	1,418	,244	,303
Error	197,095	257	,767			
Total Corregido	231,795	262				

R Cuadrado = 0,150 (R Cuadrado ajustada = 0,133)

Al hacer la F más robusta, sólo el efecto de la variable domicilio resulta significativo. Puesto que domicilio tiene tres niveles, se hace el contraste a posteriori mediante el LSD de Fisher (Arnau, 1981).

Tabla 48. Contraste a posteriori de la subescala satisfacción con la vida en función de la variable domicilio mediante el estadístico LSD de Fisher.

(I) domicilio	(J) domicilio	Diferencia de Medias (I-J)	p
Público	Privado	-,3168	,026
	No inst.	-,8740	,000
Privado	Público	,3168	,026
	No inst.	-,5572	,000
No inst.	Público	,8740	,000
	Privado	,5572	,000

Tal y como se observa, el poder de la prueba de la variable domicilio (1,000) resulta perfecto, lo cual indica que la probabilidad de no cometer el error tipo II, es decir, de que se acepte la hipótesis alternativa al asumir que existen diferencias en los niveles de la variable independiente con respecto a la subescala satisfacción con la vida y que realmente las haya es

absoluta. La variable sexo muestra un poder bajo (0,303), siendo el de la interacción sexo*domicilio prácticamente nulo (0,088).

Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio permiten explicar el 13,3% de la varianza total de la subescala satisfacción con la vida.

La variable domicilio resulta significativa (F = 20,968; p. 0,000≤0,05), lo que indica que las personas no institucionalizadas (media = 3,2772) reportan sentirse más satisfechas con la vida que las personas que residen en instituciones tanto privadas (media = 2,72; diferencia de medias = 0,5572) como públicas (media = 2,4032; diferencia de medias = 0,8740). Además, quienes viven en instituciones privadas, presentan mayor satisfacción que las personas institucionalizadas públicas (diferencia de medias = 0,3168).

Análisis de Varianza 2 x 3: En el cual la variable dependiente es la variable educación, la cual está conformada por la pregunta 14, donde las variables independientes son sexo y domicilio.

Antes de proceder al cálculo del ANOVA se realizó el contraste de Homogeneidad de las varianzas, usando para ello la prueba de Levene. Ésta reveló que las varianzas no son homogéneas (F = 10,178; p. 0,000≤0,05); por ello, siguiendo la recomendación de Arnau (1981, pág. 77) se usa como Fc una valor más robusto que se calcula con grados de libertad: 1 entre y n-1 intra. Igualmente, como las n por celdilla no son iguales, hay que usar como valor la media armónica de las n, la cual da 41,61. Así, los grados de libertad quedan en 1,42 y la Fc en 4,08 al alfa 0,05.

Tabla 49. Estadísticos descriptivos de la variable educación en función de las variables sexo y domicilio

Domicilio	Sexo	Media	Desv.	N
Público	Masc.	1,6333	1,4259	30
	Fem.	1,0000	,9837	32
	Total	1,3065	1,2491	62
Privado	Masc.	2,7200	2,2950	50
	Fem.	2,1000	2,0329	50
	Total	2,4100	2,1793	100
No inst.	Masc.	5,3529	2,6216	51
	Fem.	3,0400	2,5068	50
	Total	4,2079	2,8047	101
Total	Masc.	3,4962	2,7326	131
	Fem.	2,1894	2,1795	132
	Total	2,8403	2,5512	263

Tabla 50. Análisis de Varianza de la subescala educación en función de las variables sexo y domicilio

Recurso	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Poder Observado
Domic	348,037	2	174,018	37,234	,000	1,000
Sexo	88,205	1	88,205	18,873	,000	,991
Domic * sexo	44,300	2	22,150	4,739	,010	,788
Error	1201,114	257	4,674			
Total Corregido	1705,293	262				

R Cuadrado = 0,296 (R Cuadrado ajustada = 0,282)

Al hacer la F más robusta, el efecto tanto de la variable sexo como de domicilio y de la interacción sexo*domicilio resultan significativos. Debido a que domicilio tiene tres niveles, se hace el contraste a posteriori mediante el LSD de Fisher (Arnau, 1981).

Tabla 51. Contraste a posteriori de la subescala educación en función de la variable domicilio mediante el estadístico LSD de Fisher

(I) domicilio	(J) domicilio	Diferencia de Medias (I-J)	P
Público	Privado	-1,1035	,002
	No inst.	-2,9015	,000
Privado	Público	1,1035	,002
	No inst.	-1,7979	,000
No inst.	Público	2,9015	,000
	Privado	1,7979	,000

Tal y como se observa, el poder de la prueba tanto para la variable domicilio (1,000) como para sexo (0,991) y la interacción sexo*domicilio (0,788) resultan alto, lo cual indica que la probabilidad de no cometer el error tipo II, es decir, de que se acepte la hipótesis alternativa al asumir que existen diferencias en los niveles de dichas variables independientes o interacciones con respecto a la subescala educación y que realmente las haya es bastante alta.

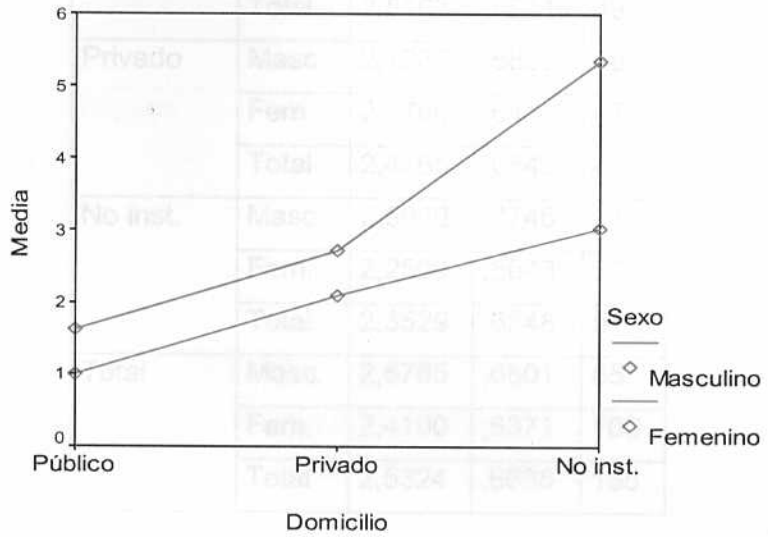
Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio permiten explicar el 28,2% de la varianza total de la subescala educación.

La variable sexo (F = 18,873; p. 0,000≤0,05), como domicilio (F = 37,234; p. 0,000≤0,05) y la interacción edad-domicilio F = 22,150; p. 0,010≤0,05) resultan significativas. Lo anterior permite afirmar que los hombres (media = 3,4962) presentan un mayor nivel de estudios logrado (pregunta 14) que las mujeres (media = 2,1894); en tanto que las personas no institucionalizadas (media = 4,2079) logran un mayor nivel de estudios que las personas que residen en instituciones públicas (media = 1,3065; diferencia de medias = 2,9015) y privadas (media = 2,41; diferencia de medias = 1,7979) . Además, quienes viven en instituciones privadas presentan un mayor nivel estudios que las personas que viven en instituciones públicas (diferencia de medias = 1,1035).

Por otra parte, se evidencia como significativa la interacción de sexo con domicilio (p = 0,010) lo que indica que las personas institucionalizadas públicas y privadas se asemejan en cuanto al nivel de estudios alcanzados independientemente de si son hombres o mujeres. Sin

embargo, no institucionalizados si demuestran diferencias marcadas en cuanto al sexo en el grado de estudios finalizados, siendo los hombres los que presentan un mayor nivel (Ver Gráfica Nº 15).

Gráfica Nº 16. Interacción de las variables sexo y domicilio en la subescala educación



Análisis de Varianza 2 x 3: En el cual la variable dependiente es la variable servicios sociales y sanitarios, la cual está conformada por las preguntas 15 y 16, donde las variables independientes son sexo y domicilio.

Antes de proceder al cálculo del ANOVA se realizó el contraste de Homogeneidad de las varianzas, usando para ello la prueba de Levene. Ésta reveló que las varianzas son homogéneas (F = 1,708; p. 0,135≥0,05), por lo cual la interpretación de los resultados se hace con el valor de Fc estándar para el caso.

Tabla 52. Estadísticos descriptivos de la variable servicios sociales y sanitarios en función de las variables sexo y domicilio

Domicilio	Sexo	Media	Desv.	N
Público	Masc.	2,7500	,7246	26
	Fem.	2,8913	,5632	23
	Total	2,8163	,6511	49
Privado	Masc.	2,7237	,5893	38
	Fem.	2,2766	,6411	47
	Total	2,4765	,6542	85
No inst.	Masc.	2,5000	,7746	21
	Fem.	2,2500	,5043	30
	Total	2,3529	,6348	51
Total	Masc.	2,6765	,6801	85
	Fem.	2,4100	,6371	100
	Total	2,5324	,6688	185

Tabla 53. Análisis de Varianza de la subescala servicios en función de las variables sexo y domicilio

Recurso	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Poder Observado
Domicilio	5,297	2	2,649	6,656	,002	,910
Sexo	1,468	1	1,468	3,688	,056	,480
Domicilio * sexo	2,676	2	1,338	3,362	,037	, 629
Error	71,231	179	,398			
Total Corregido	82,305	184				

R Cuadrado = 0,135 (R Cuadrado ajustada = 0,110)

Como puede observarse en la Tabla 53, el efecto de la variable domicilio resulta significativo; igualmente el de la interacción sexo*domicilio. Debido a que domicilio tiene tres niveles, se hace el contraste a posteriori mediante el LSD de Fisher (Arnau, 1981).

Tabla 54. Contraste a posteriori de la subescala servicios en función de domicilio mediante el estadístico LSD de Fisher

(I) domicilio	(J) domicilio	Diferencia de Medias (I-J)	p
Público	Privado	,3399	,003
	No inst.	,4634	,000
Privado	Público	-,3399	,003
	No inst.	,1235	,270
No inst.	Público	-,4634	,000
	Privado	-,1235	,270

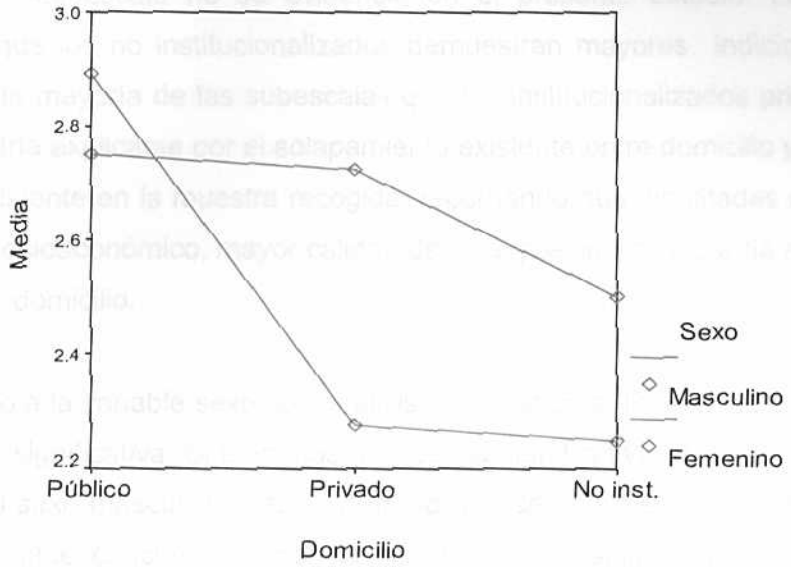
Tal y como se observa, el poder de la prueba de la variable domicilio (0,910) resulta alto, lo cual indica que la probabilidad de no cometer el error tipo II, es decir, de que se acepte la hipótesis alternativa al asumir que existen diferencias en los niveles de la variable independiente con respecto a la subescala servicios sociales y sanitarios y que realmente las haya es bastante alta. La variable sexo (0,480) muestra un poder moderado, siendo el de la interacción sexo*domicilio (0,929) mucho mayor.

Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio permiten explicar el 11% de la varianza total de la subescala servicios sociales y sanitarios.

Como se puede apreciar, las personas institucionalizadas públicas (media = 2,8163) manifiestan mayor uso y satisfacción de los servicios sociales y sanitarios que los institucionalizados privados (media = 2,4765; diferencia de medias = 0,3399) y los no institucionalizados (media= 2,3529; diferencia de medias = 0,4634).

Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio poseen una interacción significativa ($p=0,037 \leq 0,05$) lo cual indica que las mujeres institucionalizadas públicas reportan un mayor uso de los servicios sociales y sanitarios y una mayor satisfacción con los mismos que los hombres. En los restantes domicilios la relación se invierte, presentando las mujeres institucionalizadas privadas un fuerte declive que se mantiene en las no institucionalizadas mientras que los hombres muestran un ligero descenso.

Gráfica Nº 17. Interacción de las variables sexo y domicilio en la subescala servicios



Como se evidencia en los Análisis de Varianza estimados para la las subescalas que componen el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI), la variable independiente domicilio resulta significativa al discriminar a los sujetos en todas las subescalas. Esto indica que de acuerdo al domicilio donde habite la persona, muestran niveles diferenciales en sus respuestas a las subescalas, siendo los no institucionalizado los que manifiestan niveles más favorables indicativos de una mejor calidad de vida, seguidos de los institucionalizados privadas y luego de los públicos.

En relación a esta variable, Fernández-Ballesteros e Intercampo (1993) reportan que la calidad de vida no es mejor ni peor en determinado contexto en líneas generales, pero si presenta patrones diferenciales de acuerdo a la subescala de la que se trate, y en algunas como la subescala salud y satisfacción con la vida no se esperan diferencias.

Se espera, por tanto, un comportamiento en los niveles de la variable domicilio que fluctúen de acuerdo a la subescala que compone la prueba; así, mientras que en habilidades funcionales se anticipa encontrar que las personas no institucionalizadas e institucionalizadas públicas puedan valerse por sí mismas, mejor que las institucionalizadas privadas, se espera que para la subescala calidad ambiental los institucionalizados privados se encuentren más satisfechos con la vivienda donde residen que los públicos, seguidos de los no institucionalizados.

Por tanto, el comportamiento esperado con respecto a los niveles de la variable domicilio de acuerdo a cada subescala no se evidencia en el presente estudio. La sistematicidad encontrada, en la que los no institucionalizados demuestran mayores indicios de una mejor calidad de vida en la mayoría de las subescalas que los institucionalizados privados, seguidos de los públicos, podría explicarse por el solapamiento existente entre domicilio y la variable nivel socioeconómico existente en la muestra recogida, recordando que las citadas autoras postulan que a mayor nivel socioeconómico, mayor calidad de vida, premisa que podría materializarse en la sistematicidad de domicilio.

Con respecto a la variable sexo, los análisis de varianza antes planteados no reportan la variable sexo como significativa. Si bien, cuando resulta significativa se observa una tendencia de las personas del sexo masculino a demostrar indicios de una mejor calidad de vida que las mujeres, lo cual aunque concordando con la hipótesis, no resulta constante para todas las subescalas, tan sólo para educación, salud y habilidades funcionales.

Si bien es difícil determinar las razones por las cuales la variable sexo no resulta significativa para diferenciar en torno a la calidad de vida en la muestra entrevistada, lo que se puede afirmar, siguiendo el planteamiento de Fernández-Ballesteros e Intercampo (1993), es que la calidad de vida y su operacionalización se relacionan estrechamente con el las circunstancias generales de la persona, siendo vital tomarlas en cuenta a la hora de su medición.

Así, uno de los factores que delimita en gran medida las condiciones que envuelven a un individuo es el contexto cultural, socioeconómico y político en el que vive. Por tanto, las diferencias existentes en contextos como el español y el venezolano, aunque no pueden precisarse, podrían haber afectado la construcción del cuestionario o tener un efecto mucho mayor al afectar la incidencia del sexo como una variable determinante en la calidad de vida.

b) Mediante Análisis de Regresión, empleando como variable dependiente satisfacción con la vida y como variables predictoras las subescalas que integran la prueba.

Tabla 55. Tabla de Correlación Múltiple como variable dependiente satisfacción con la vida y como predictoras las subescalas de la prueba

R	R cuadrado	R Corregida	Error Típico
.582	.338	.310	.7695

La línea de regresión derivada del análisis resulta significancia al nivel de 0,05 (F = 12,047; p. 0,000≤0,05). En el análisis presentado se evidencia una correlación múltiple de 0.582. Por tanto, se puede afirmar que el conjunto de subescalas que componen la prueba permiten explicar el 33,8 % de la varianza total en relación a la satisfacción con la vida.

Tabla 56. Coeficientes de Regresión de las subescalas (a excepción de ingresos) como predictoras del nivel de satisfacción con la vida

Subescalas	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes Estandarizados	F	p
	ß	Error Est.	Beta		
(Constant)	-1,106	,556		-1,990	,048
Act. y ocio	,539	,151	,276	3,580	,000
Calidad amb.	,204	,167	,083	1,223	,223
Educación	4,587E-02	,027	,110	1,682	,094
Hab. Func.	5,004E-02	,085	,046	,591	,556
Integ. social	5,574E-02	,081	,049	,685	,494
Salud	,513	,122	,309	4,223	,000
Servicios	,167	,093	,120	1,800	,074

Las subescalas que tienen mayor peso en la línea de regresión (ß), que resultan significativas y por tanto, contribuyen en mayor medida a la predicción de la variable satisfacción con la vida cuando se mantienen controladas el resto de las variables predictoras, son salud (ß = 0,120; p. 0,000≤0,05) y actividad y ocio (ß = 0.276; p. 0,000≤0,05).

En concordancia con estos resultados, Fernández-Ballesteros y Zamarrón (1993, cp. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996) al realizar el análisis de regresión antes planteado, encontraron que de todas las subescalas eran salud y actividad y ocio permitían predecir en mayor medida la satisfacción con la vida (ß de 0,32 y 0,2 respectivamente). Obtuvieron además, un coeficiente de correlación múltiple de 0,51, de manera tal que las subescalas permitieron explicar el 26% de la varianza total de la satisfacción con la vida, montos que resultan menores a los reportado en el presente estudio (R = 0,582; R cuadrado = 33,8%).

6.- Análisis de la Validez de Constructo.

Para juzgar la validez de constructo del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI), se procedió a realizar un análisis de componente principal, empleándose como variables las subescalas que componen la prueba, a excepción de la subescala ingreso.

Tabla 57. Proporción de Varianza explicada por las subescalas del cuestionario

Comp.	Autovalores iniciales			Extracción Suma de Cuadrados		
	Total	%Varianza	Acumulat %	Total	%Varianza	Acumulat%
1	2,474	30,928	30,928	2,474	30,928	30,928
2	1,454	18,173	49,101			
3	,954	11,925	61,025			
4	,859	10,743	71,768			
5	,685	8,560	80,327			
6	,609	7,611	87,938			
7	,574	7,173	95,112			
8	,391	4,888	100,000			

Tabla 58. Análisis Factorial de las subescalas que componen el cuestionario

	Componente 1
Satisfacción	,741
Actividad y ocio	,719
Habilidades funcionales	,666
Salud	,648
Integración sociales	,442
Calidad ambiental	,435
Educación	,381
Servicios	

Análisis Factorial de las subescalas del instrumento: Para este análisis se emplearon las subescalas que componen el test: Salud, Integración Social, Habilidades Funcionales, Actividad y Ocio, Calidad Ambiental y Servicios Sociales y Sanitarios.

En las Tabla 49 se expresa el único factor arrojado por el análisis, el cual explica el 30,928% de la varianza total. En este factor saturan las siguientes subescalas: satisfacción con la vida, actividad y ocio, habilidades funcionales, integración social, salud, calidad ambiental, servicios sociales y sanitarios y educación. Este cálculo se obtuvo mediante la utilización del criterio de Kaisser (autovalor = 1,5).

En esta investigación se obtuvo un solo factor, es decir que la prueba resulta unifactorial cuando se realiza un análisis de componentes principal de las subescalas que la componen. Esto ocurre en contraste con los 8 factores hallados en el estudio original mediante un análisis de componentes principales de todas las preguntas con rotación varimax. Los factores hallados fueron: salud, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, calidad de vida objetiva (ingresos y estudios) y subjetiva (satisfacción con la vida y salud subjetiva) y relaciones interpersonales. Por lo tanto, se puede afirmar que en este estudio no se corrobora estructura factorial del Cuestionario Breve de Calidad de Vida CUBRECAVI reportada por las autoras originales del test.

7.- Análisis de ítems

- A través de Análisis de Varianza 2 x 3 utilizando como variables independientes sexo y domicilio y como variables dependientes todas las preguntas que conforman el cuestionario.

Hay que destacar que a efectos de cálculo, todos los ANOVA son considerados de efecto fijo, utilizando además como criterio de significancia un alfa igual a 0,05.

Análisis de Varianza 2 X 3 : En el cual la variable dependiente es la pregunta uno y las variables independientes son sexo y domicilio.

Antes de proceder al cálculo del ANOVA se realizó el contraste de Homogeneidad de las varianzas, usando para ello la prueba de Levene. Ésta reveló que las varianzas no son homogéneas (F = 2,807; p. 0,017≤0,05); por ello, siguiendo la recomendación de Arnau (1981, pág. 77) se usa como Fc una valor más robusto que se calcula con grados de libertad: 1 entre y n-1 intra. Igualmente, como las n por celdilla no son iguales, hay que usar como valor la media armónica de las n, la cual da 41,61. Así, los grados de libertad quedan en 1,42 y la Fc en 4,08 al alfa 0,05.

Tabla 59. Estadísticos descriptivos de la pregunta uno en función a sexo y domicilio

Domicilio	Sexo	Media	Desv.	N
Público	Masc.	2,4000	,8944	30
	Fem.	2,2500	,9837	32
	Total	2,3226	,9369	62
Privado	Masc.	2,5400	,9941	50
	Fem.	2,6000	,9689	50
	Total	2,5700	,9771	100
No inst.	Masc.	2,9216	,7961	51
	Fem.	2,7800	,7900	50
	Total	2,8515	,7923	101
Total	Masc.	2,6565	,9179	131
	Fem.	2,5833	,9250	132
	Ttotal	2,6198	,9205	263

Tabla 60. Análisis de Varianza de pregunta uno en función de las variables sexo y domicilio

Recurso	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Poder Observado
Domicilio	11,019	2	5,509	6,746	,001	,915
Sexo	,372	1	,372	,455	,500	,103
Domicilio * sexo	,650	2	,325	,398	,672	,114
Error	209,886	257	,817			
Total Corregido	221,977	262				

R Cuadrado = 0,054 (R Cuadrado ajustada = 0,036)

Al hacer la F más robusta, sólo el efecto de la variable domicilio resulta significativo. Así, como domicilio tiene tres niveles, se hace el contraste a posteriori mediante el LSD de Fisher (Arnau, 1981).

Tabla 61. Contraste a posteriori de la pregunta uno en función de la variable domicilio

(I) domicilio	(J) domicilio	Diferencia de Medias (I-J)	p
Público	Privado	-,2474	,092
	No inst.	-,5289	,000
Privado	Público	,2474	,092
	No inst.	-,2815	,028
No inst.	Público	,5289	,000
	Privado	,2815	,028

Tal y como se observa, el poder de la prueba de la variable domicilio (0,915) resulta alto, lo cual indica que la probabilidad de no cometer el error tipo II, es decir, de que se acepte la hipótesis alternativa al asumir que existen diferencias en los niveles de la variable independiente con respecto a la pregunta uno y que realmente las haya es bastante alta. La variable sexo (0,103) y la interacción sexo*domicilio (0,114) muestran un poder muy bajo.

Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio permiten explicar el 3,7% de la varianza total de la pregunta uno.

La variable domicilio es la única que resulta significativa (F = 6,746; p. = 0,01≤0,05). Específicamente, ante la pregunta: ¿Se siente usted satisfecho con su estado actual de salud?, se evidencian en la muestra entrevariables independientestada diferencias en cuanto a la satisfacción, presentando las personas no institucionalizadas (media = 2,8515) mayor satisfacción que las que viven en instituciones públicas (media = 2,3226; diferencia de medias = 0,5289) y privadas (media = 2,57; diferencia de medias = 0,2815). No se encontraron diferencias significativas entre las personas viven en residencias privadas y públicas (p. 0,092≥0,05) en relación a la pregunta uno tipificada.

Análisis de Varianza 2 x 3: En el cual la variable dependiente es la pregunta dos y las variables independientes son sexo y domicilio.

Antes de proceder al cálculo del ANOVA se realizó el contraste de Homogeneidad de las varianzas, usando para ello la prueba de Levene. Ésta reveló que las varianzas no son homogéneas (F = 3,031; p. 0,011 **0,05); por ello, siguiendo la recomendación de** Arnau (1981, pág. 77) se usa como Fc una valor más robusto que se calcula con grados de libertad: 1 entre y n-1 intra. Igualmente, como las n por celdilla no son iguales, hay que usar como valor la media armónica de las n, la cual da 41,61. Así, los grados de libertad quedan en 1,42 y la Fc en 4,08 al alfa 0,05.

Tabla 62. Estadísticos descriptivos de la pregunta dos en función de las variables sexo y domicilio

Domicilio	Sexo	Media	Desv.	N
Público	Masc.	3,3697	,5315	30
	Fem.	3,1307	,6556	32
	Total	3,2463	,6060	62
Privado	Masc.	3,4482	,4030	50
	Fem.	3,2718	,5316	50
	Total	3,3600	,4776	100
No inst.	Masc.	3,5187	,3966	51
	Fem.	3,4609	,3879	50
	Total	3,4901	,3914	101
Total	Masc.	3,4577	,4336	131
	Fem.	3,3092	,5299	132
	Total	3,3832	,4891	263

Tabla 63. Análisis de Varianza de la pregunta dos en función de las variables sexo y domicilio

Recurso	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Poder Observado
Domicilio	2,297	2	1,149	5,041	,007	,814
Sexo	1,553	1	1,553	6,815	,010	,739
Domic * sexo	,353	2	,177	,775	,462	,181
Error	58,563	257	,228			
Corrected Total	62,679	262				

R Cuadrado = 0,066 (R Cuadrado ajustada = 0,047)

Al hacer la F más robusta, el efecto tanto de la variable domicilio como sexo resultan significativos. Puesto que domicilio tiene tres niveles, se hace el contraste a posteriori mediante el LSD de Fisher (Arnau, 1981).

Tabla 64. Contraste a posteriori de la pregunta dos tipificada en función de la variable domicilio.

(I) domicilio	(J) domicilio	Diferencia de Medias (I-J)	p
Público	Privado	-,1137	,142
	No inst.	-,2438	,002
Privado	Público	,1137	,142
	No inst.	-,1301	,054
No inst.	Público	,2438	,002
	Privado	,1301	,054

Tal y como se observa, el poder de la prueba de la variable domicilio (0,814) resulta alto, lo cual indica que la probabilidad de no cometer el error tipo II, es decir, de que se acepte la hipótesis alternativa al asumir que existen diferencias en los niveles de la variable independiente con respecto a la subescala pregunta dos y que realmente las haya es bastante alta. La variable sexo (0,739) muestra un poder también alto, siendo el de la interacción sexo*domicilio (0,181) bajo.

Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio permiten explicar el 4,7% de la varianza total de la pregunta dos.

La variable sexo resulta significativa (F = 5,041. 0,01≤0,05), lo cual indica que con respecto a la pregunta 2: en las dos últimas semanas ¿con qué frecuencia ha tenido usted alguno de los siguientes dolores, síntomas o malestares?, los hombres presentan con menor frecuencia (media = 3,4577) que las mujeres (media = 3,3092).

También se observan diferencias significativas en la variable domicilio (F = 5,041; p. 0,007≤0,05), observándose que los no institucionalizados (media = 4,4901) presentan con menor frecuencia los malestares en la salud contemplados en la pregunta dos tipificada que los institucionalizados públicos (media = 3,2463; diferencia de medias = 2,438). No existen diferencias significativas entre no institucionalizados e institucionalizados privados (p. 0,054≥0,05).

Análisis de Varianza 2 x 3: En el cual la variable dependiente es la pregunta tres y las variables independientes son sexo y domicilio.

Antes de proceder al cálculo del ANOVA se realizó el contraste de Homogeneidad de las varianzas, usando para ello la prueba de Levene. Ésta reveló que las varianzas son homogéneas (F = 0,819; p. 0,537≥0,05), por lo cual la interpretación de los resultados se hace con el valor de Fc estándar para el caso.

Tabla 65. Estadísticos descriptivos de la pregunta tres en función de las variables sexo y domicilio

Domicilio	Sexo	Media	Desv.	N
Público	Masc.	3,0333	,8275	30
	Fem.	2,7396	,5535	32
	Total	2,8817	,7093	62
Privado	Masc.	3,0667	,6459	50
	Fem.	2,7867	,7789	50
	Total	2,9267	,7256	100
No inst.	Masc.	2,9739	,8023	51
	Fem.	2,8667	,6868	50
	Total	2,9208	,7456	101
Total	Masc.	3,0229	,7479	131
	Fem.	2,8056	,6917	132
	Total	2,9138	,7270	263

Tabla 66. Análisis de Varianza de la pregunta tres en función de las variables sexo y domicilio

Recurso	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Poder Observado
Domicilio	6,684E-02	2	3,342E-02	,064	,938	,060
Sexo	3,216	1	3,216	6,130	,014	,694
Domicilio * sexo	,495	2	,247	,472	,624	,127
Error	134,819	257	,525			
Total Corregido	138,491	262				

R Cuadrado = 0,27 (R Cuadrado ajustada = 0,008)

Como se puede observar, la única variable que resulta significativa a nivel de 0,05 es sexo, encontrándose que los hombres demuestran sentirse menos deprimidos, tristes, con problemas de memoria o desorientados (media = 3,0229) que las mujeres entrevistadas (media = 28, 056).

Tal y como se observa, el poder de la prueba de la variable sexo (0,694) resulta moderadamente alta, lo cual indica que la probabilidad de no cometer el error tipo II, es decir, de que se acepte la hipótesis alternativa al asumir que existen diferencias en los niveles de la variable independiente con respecto a la pregunta tres y que realmente las haya es ligeramente elevada. La interacción sexo*domicilio (0,127) muestra un poder moderado, siendo variable domicilio (0,60) prácticamente nulo.

Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio permiten explicar el 0,8% de la varianza total de la pregunta tres.

Análisis de Varianza 2 x 3: En el cual la variable dependiente es la pregunta cuatro y las variables independientes son sexo y domicilio.

Antes de proceder al cálculo del ANOVA se realizó el contraste de Homogeneidad de las varianzas, usando para ello la prueba de Levene. Ésta reveló que las varianzas no son homogéneas (F = 0,3711; p. 0,003≤0,05); por ello, siguiendo la recomendación de Arnau (1981, pág. 77) se usa como Fc una valor más robusto que se calcula con grados de libertad: 1 entre y n-1 intra. Igualmente, como las n por celdilla no son iguales, hay que usar como valor la media

armónica de las n, la cual da 41,61. Así, los grados de libertad quedan en 1,42 y la Fc en 4,08 al alfa 0,05.

Tabla 67. Estadísticos descriptivos de la pregunta cuatro en función de las variables sexo y domicilio

Domicilio	Sexo	Media	Desv.	N
Público	Masc.	,7714	,5241	28
	Fem.	,7933	,5977	30
	Total	,7828	,5586	58
Privado	Masc.	1,1000	,6817	48
	Fem.	1,0426	,5999	47
	Total	1,0716	,6398	95
No inst.	Masc.	2,0627	,8713	51
	Fem.	2,2125	,7280	48
	Total	2,1354	,8045	99
Total	Masc.	1,4142	,9128	127
	Fem.	1,4320	,9000	125
	Total	1,4230	,9047	252

Tabla 68. Análisis de Varianza de la pregunta cuatro en función de las variables sexo y domicilio

Recurso	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Poder Observado
Domicilio	86,037	2	43,018	88,897	,000	1,00
Sexo	8,605E-02	1	8,605E-02	,178	,674	,70
Domicilio * sexo	,528	2	,264	,545	,580	,140
Error	119,042	246	,484			
Total Corregido	205,427	251				

R Cuadrado = 0,421 (R Cuadrado ajustada = 0,409)

Al hacer la F más robusta, sólo el efecto de la variable domicilio resulta significativo. Debido a que domicilio tiene tres niveles, se hace el contraste a posteriori mediante el LSD de Fisher (Arnau, 1981).

Tabla 69. Contraste a posteriori de la pregunta cuatro en función de la variable domicilio

(I) domicilio	(J) domicilio	Diferencia de Medias (I-J)	p
Público	Privado	-,2888	,013
	No inst.	-1,3526	,000
Privado	Público	,2888	,013
	No inst.	-1,0638	,000
No inst.	Público	1,3526	,000
	Privado	1,0638	,000

Tal y como se observa, el poder de la prueba de la variable domicilio (1,00) resulta perfecta, lo cual indica que la probabilidad de no cometer el error tipo II, es decir, de que se acepte la hipótesis alternativa al asumir que existen diferencias en los niveles de la variable independiente con respecto a la pregunta cuatro y que realmente las haya es bastante alta. La variable sexo (0,70) muestra un poder moderado, siendo el de la interacción sexo*domicilio (0,14) bajo.

Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio permiten explicar el 40,9% de la varianza total de la pregunta cuatro.

La variable domicilio es la única que resulta significativa en este análisis (F = 88,897; p. 0,00≤0,05), de tal manera que con respecto a la pregunta 4: ¿Con qué frecuencia suele verse usted (para hablar o tomar algo) con las siguientes personas (hijos, nietos, familiares, amigos, vecinos)? Las personas no institucionalizadas (media = 2,1354) con mayor frecuencia suelen verse para hablar o tomar algo con personas familiares y conocidos (pregunta cuatro) que las personas no institucionalizadas públicas (media = 0,7828; diferencia de medias = 1,3526) y privadas (media = 1,0716; diferencia de media = 1,0638). Así mismo, las personas que se encuentran en instituciones privadas acostumbran a frecuentarse con sus seres queridos en mayor medida que los institucionalizados públicos (diferencia de medias = 0,2888).

Análisis de Varianza 2 X 3: En el cual la variable dependiente es la pregunta cinco y las variables independientes son sexo y domicilio.

Antes de proceder al cálculo del ANOVA se realizó el contraste de Homogeneidad de las varianzas, usando para ello la prueba de Levene. Ésta reveló que las varianzas no son homogéneas (F = 4,099; p. 0,001≤0,05); por ello, siguiendo la recomendación de Arnau (1981, pág. 77) se usa como Fc una valor más robusto que se calcula con grados de libertad: 1 entre y n-1 intra. Igualmente, como las n por celdilla no son iguales, hay que usar como valor la media armónica de las n, la cual da 41,61. Así, los grados de libertad quedan en 1,42 y la Fc en 4,08 al alfa 0,05.

Tabla 70. Estadísticos descriptivos de la pregunta cinco en función de las variables sexo y domicilio

Domicilio	Sexo	Media	Desv.	N
Público	Masc.	1,0536	,6220	28
	Fem.	1,0667	,6589	30
	Total	1,0603	,6358	58
Privado	Masc.	1,4500	,8632	50
	Fem.	1,6489	,7896	47
	Total	1,5464	,8301	97
No inst.	Masc.	2,2810	,7012	51
	Fem.	2,2600	,5863	50
	Total	2,2706	,6437	101
Total	Masc.	1,6925	,8996	129
	Fem.	1,7520	,8243	127
	Total	1,7220	,8619	256

Tabla 71. Análisis de Varianza de la pregunta cinco en función de las variables sexo y domicilio

Recurso	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Poder Observado
Domicilio	58,649	2	29,324	56,543	,000	1,00
Sexo	,243	1	,243	,469	,494	,105
Domicilio * sexo	,659	2	,329	,635	,531	,156
Error	129,655	250	,519			
Total Corregida	189,410	255				

R Cuadrado = 0,315 (R Cuadrado ajustada = 0,302)

Al hacer la F más robusta, sólo el efecto de la variable domicilio resulta significativo. Puesto que domicilio tiene tres niveles, se hace el contraste a posteriori mediante el LSD de Fisher (Arnau, 1981).

Tabla 72. Contraste a posteriori de la pregunta cinco en función de la variable domicilio

(I) domicilio	(J) domicilio	Diferencia de Medias (I-J)	p
Público	Privado	-,4860	,000
	No inst.	-1,2103	,000
Privado	Público	,4860	,000
	No inst.	-,7242	,000
No inst.	Público	1,2103	,000
	Privado	,7242	,000

Tal y como se observa, el poder de la prueba de la variable domicilio (1,000) resulta perfecto, lo cual indica que la probabilidad de no cometer el error tipo II, es decir, de que se acepte la hipótesis alternativa al asumir que existen diferencias en los niveles de la variable independiente con respecto a la pregunta cinco y que realmente las haya es bastante alta. La variable sexo (0,105) y la interacción sexo*domicilio (0,156) muestran un poder bajo.

Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio permiten explicar el 30,2% de la varianza total de la pregunta cinco.

En las tablas antes presentadas se puede observar que únicamente la variable domicilio resulta significativa (F = 56,543; p. 0,00≤0,05), revelando que, ante la pregunta: ¿en qué medida está usted satisfecho de la relación que mantiene con las personas que le voy a indicas (cónyuge, hijos, nietos, otros familiares, vecinos, amigos no vecinos) las personas que no viven en instituciones (media = 2,2706) se encuentran más satisfechas de la relación que mantienen con personas cercanas, familiares y conocidos que las personas que habitan en instituciones públicas (media = 1,0603; diferencia de medias =1,2103) y privadas (media = 1,5464; diferencia de medias = 0,7242). De igual forma, las personas que se encuentran en instituciones privadas presentan mayor satisfacción que las que viven en instituciones públicas (diferencia de medias = 0,4860).

Análisis de Varianza 2 x 3: En el cual la variable dependiente es la pregunta seis y las variables independientes son sexo y domicilio.

Antes de proceder al cálculo del ANOVA se realizó el contraste de Homogeneidad de las varianzas, usando para ello la prueba de Levene. Ésta reveló que las varianzas no son homogéneas (F = 6,082; p. 0,011≤0,05); por ello, siguiendo la recomendación de Arnau (1981, pág. 77) se usa como Fc una valor más robusto que se calcula con grados de libertad: 1 entre y n-1 intra. Igualmente, como las n por celdilla no son iguales, hay que usar como valor la media armónica de las n, la cual da 41,61. Así, los grados de libertad quedan en 1,42 y la Fc en 4,08 al alfa 0,05.

Tabla 73. Estadísticos descriptivos de la pregunta seis en función de las variables sexo y domicilio

Domicilio	Sexo	Media	Desv.	N
Público	Masc.	2,9667	,9279	30
	Fem.	2,8750	1,2115	32
	Total	2,9194	1,0758	62
Privado	Masc.	2,9400	1,0184	50
	Fem.	2,7600	1,1877	50
	Total	2,8500	1,1044	100
No inst.	Masc.	3,5490	,7298	51
	Fem.	3,3000	,7890	50
	Total	3,4257	,7661	101
Total	Masc.	3,1832	,9348	131
	Fem.	2,9924	1,0807	132
	Total	3,0875	1,0132	263

Tabla 74. Análisis de Varianza de la pregunta seis tipificada en función de las variables sexo y domicilio

Recurso	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Poder Observado
Domicilio	18,831	2	9,416	9,776	,000	,982
Sexo	1,880	1	1,880	1,952	,164	,285
Domicilio * sexo	,239	2	,119	,124	,883	,069
Error	247,534	257	,963			
Total Corregida	268,989	262				

R Cuadrado = 0,080 (R Cuadrado ajustada = 0,062)

Al hacer la F más robusta, sólo el efecto de la variable domicilio resulta significativo. Debido a que domicilio tiene tres niveles, se hace el contraste a posteriori mediante el LSD de Fisher (Arnau, 1981).

Tabla 75. Contraste a posteriori de la pregunta seis en función de la variable domicilio

(I) domicilio	(J) domicilio	Diferencia de Medias (I-J)	p
Público	Privado	6,935E-02	,662
	No inst.	-,5064	,002
Privado	Público	-6.9355E-02	,662
	No inst.	-,5757	,000
No inst.	Público	,5064	,002
	Privado	,5757	,000

Tal y como se observa, el poder de la prueba de la variable domicilio (0,982) resulta alto, lo cual indica que la probabilidad de no cometer el error tipo II, es decir, de que se acepte la hipótesis alternativa al asumir que existen diferencias en los niveles de la variable independiente con respecto a la pregunta seis y que realmente las haya es bastante alta. La variable sexo (0,285) muestra un poder bajo, siendo el de la interacción sexo*domicilio (0,069) muy bajo.

Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio permiten explicar el 6,2% de la varianza total de la pregunta seis.

Según lo expresan los resultados antes planteados, la variable domicilio evidencia ser significativa (F = 9,776; p. 0,00≤0,05). De esta manera, la respuesta de las personas de la muestra recogida a la pregunta: ¿cómo considera usted que puede valerse por sí mismo? permite afirmar que los no institucionalizadas (media = 3,4257), consideran que pueden valerse por si mismos mejor que los que habitan en instituciones públicas (media = 2,9194; diferencia de medias = 0,5064) y privadas (media = 2,8500; diferencia de medias = 0,5757). No se hallaron diferencias entre los institucionalizados públicos y privados. (p. 0.662≥0,05).

Análisis de Varianza 2 x 3: En el cual la variable dependiente es la pregunta siete y las variables independientes son sexo y domicilio.

Antes de proceder al cálculo del ANOVA se realizó el contraste de Homogeneidad de las varianzas, usando para ello la prueba de Levene. Ésta reveló que las varianzas no son homogéneas (F = 13,312; p. 0,000≤0,05); por ello, siguiendo la recomendación de Arnau (1981, pág. 77) se usa como Fc una valor más robusto que se calcula con grados de libertad: 1 entre y n-1 intra. Igualmente, como las n por celdilla no son iguales, hay que usar como valor la media armónica de las n, la cual da 41,61. Así, los grados de libertad quedan en 1,42 y la Fc en 4,08 al alfa 0,05.

Tabla 76. Estadísticos descriptivos de la pregunta siete en función de las variables sexo y domicilio

Domicilio	Sexo	Media	Desv.	N
Público	Masc.	3,5417	,7134	30
	Fem.	3,2109	,7959	32
	Total	3,3710	,7692	62
Privado	Masc.	3,4550	,9350	50
	Fem.	3,2700	,9895	50
	Total	3,3625	,9623	100
No inst.	Masc.	3,8676	,3254	51
	Fem.	3,5100	,6487	50
	Total	3,6906	,5398	101
Total	Masc.	3,6355	,7207	131
	Fem.	3,3466	,8310	132
	Total	3,4905	,7899	263

Tabla 77. Análisis de Varianza de la pregunta siete en función de las variables sexo y domicilio

Recurso	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Poder Observado
Domicilio	6,418	2	3,209	5,457	,005	,845
Sexo	5,290	1	5,290	8,996	,003	,848
Domic * sexo	,416	2	,208	,353	,703	,106
Error	151,129	257	,588			
Total Corregida	163,476	262				

R Cuadrado = 0,076 (R Cuadrado ajustada = 0,058)

Al hacer la F más robusta, el efecto tanto de la variable sexo como domicilio resultan significativos. Puesto que domicilio tiene tres niveles, se hace el contraste a posteriori mediante el LSD de Fisher (Arnau, 1981).

Tabla 78. Contraste a posteriori de la pregunta siete con relación a la variable domicilio

(I) domicilio	(J) domicilio	Diferencia de Medias (I-J)	p
Público	Privado	8,468E-03	,946
	No inst.	-,3196	,010
Privado	Público	-8.4677E-03	,946
	No inst.	-,3281	,003
No inst.	Público	,3196	,010
	Privado	,3281	,003

Tal y como se observa, el poder de la prueba de las variables domicilio (0,845) y sexo (0,848) resultan altos, lo cual indica que la probabilidad de no cometer el error tipo II, es decir, de que se acepte la hipótesis alternativa al asumir que existen diferencias en los niveles de la variable independiente con respecto a la pregunta siete y que realmente las haya es bastante alta. La interacción sexo*domicilio (0,106) muestra un poder bajo.

Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio permiten explicar el 5,8% de la varianza total de la pregunta siete.

En el análisis realizado tanto la variable sexo (F = 8,996; p. 0,003≤0,05) como domicilio (F = 5,457; p. 0,005≤0,05) resultaron significativas. Por tanto, ante la pregunta: ¿en qué medida tiene usted dificultades para realizar actividades (que implican cuidado del aspecto físico, tareas caseras, caminar y tareas fuera de la casa)? Se evidencia que los hombres (media = 3,6355) poseen menores dificultades que las mujeres (media = 3,3466) para realizar actividades cotidianas. En tanto que las personas no institucionalizadas (media = 3,6906) presentan menores dificultades para realizar estas actividades que quienes habitan en instituciones públicas (media = 3,3710; diferencia de medias = 0,3196) y privadas (media = 3,3625; diferencia de medias = 0,3281). No se hallan diferencias entre los institucionalizados públicos y privados. (p. 0,946≥0,05).

Análisis de Varianza 2 x 3: En el cual la variable dependiente es la pregunta ocho y las variables independientes son sexo y domicilio.

Antes de proceder al cálculo del ANOVA se realizó el contraste de Homogeneidad de las varianzas, usando para ello la prueba de Levene. Ésta reveló que las varianzas no son homogéneas (F = 3,423; p. 0,05=0,05); por ello, siguiendo la recomendación de Arnau (1981, pág. 77) se usa como Fc una valor más robusto que se calcula con grados de libertad: 1 entre y n-1 intra. Igualmente, como las n por celdilla no son iguales, hay que usar como valor la media armónica de las n, la cual da 41,61. Así, los grados de libertad quedan en 1,42 y la Fc en 4,08 al alfa 0,05.

Tabla 79. Estadísticos descriptivos de la pregunta ocho en función de las variables sexo y domicilio

Domicilio	Sexo	Media	Desv.	N
Público	Masc.	1,3667	,5561	30
	Fem.	1,4375	,6189	32
	Total	1,4032	,5856	62
Privado	Masc.	1,4800	,5436	50
	Fem.	1,3200	,4712	50
	Total	1,4000	,5125	100
No inst.	Masc.	2,2157	,7567	51
	Fem.	2,3600	,9424	50
	Total	2,2871	,8525	101
Total	Masc.	1,7405	,7399	131
	Fem.	1,7424	,8616	132
	Total	1,7414	,8018	263

Tabla 80. Análisis de Varianza de la pregunta ocho en función de las variables sexo y domicilio

Recurso	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Poder Observado
Domicilio	48,942	2	24,471	53,140	,000	1,000
Sexo	2,109E-02	1	2,109E-02	,046	,831	,055
Domicilio * sexo	1,235	2	,618	1,341	,263	,288
Error	118,349	257	,461			
Total Corregida	168,418	262				

R Cuadrado = 0,297 (R Cuadrado ajustada = 0,284)

Al hacer la F más robusta, sólo el efecto de la variable domicilio resulta significativo. Debido a que domicilio tiene tres niveles, se hace el contraste a posteriori mediante el LSD de Fisher (Arnau, 1981).

Tabla 81. Contraste a posteriori de la pregunta ocho con relación a la variable domicilio

(I) domicilio	(J) domicilio	Diferencia de Medias (I-J)	p
Público	Privado	3,226E-03	,977
	No inst.	-,8839	,000
Privado	Público	-3.2258E-03	,977
	No inst.	-,8871	,000
No inst.	Público	,8839	,000
	Privado	,8871	,000

Tal y como se observa, el poder de la prueba de la variable domicilio (1,000) resulta perfecto, lo cual indica que la probabilidad de no cometer el error tipo II, es decir, de que se acepte la hipótesis alternativa al asumir que existen diferencias en los niveles de la variable independiente con respecto a la pregunta ocho y que realmente las haya es bastante alta. La interacción sexo*domicilio (0,288) muestra un poder bajo, siendo el de variable sexo (0,055) muy bajo.

Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio permiten explicar el 28,4% de la varianza total de la pregunta ocho.

El análisis revela diferencias significativas al nivel de 0,05 con respecto a la variable domicilio (F = 53,140; p. 0,00≤0,05), lo cual indica que ante la pregunta: ¿cuál de las siguientes actividades describe mejor el nivel de actividad que usted tiene diariamente?, las personas no institucionalizadas (media = 2,2871) reportan un mayor nivel de actividad que las personas que habitan instituciones públicas (media = 1,4032; diferencia de medias = 0,8839) y privadas (media = 1,4; diferencia de medias = 0,8871). No se encontraron diferencias entre estas últimas. (p. 0,977≥0,05).

Análisis de Varianza 2 x 3: En el cual la variable dependiente es la pregunta nueve y las variables independientes son sexo y domicilio.

Antes de proceder al cálculo del ANOVA se realizó el contraste de Homogeneidad de las varianzas, usando para ello la prueba de Levene. Ésta reveló que las varianzas son homogéneas (F = 4,099; p. 0,001 **0,05), por lo cual la interpretación de los resultados se hace** con el valor de Fc estándar para el caso.

Tabla 82. Estadísticos descriptivos de la pregunta nueve en función de las variables sexo y domicilio

Domicilio	Sexo	Media	Desv.	N
Público	Masc.	1,5515	,2647	30
	Fem.	1,5057	,2712	32
	Total	1,5279	,2669	62
Privado	Masc.	1,6127	,3522	50
	Fem.	1,7000	,3711	50
	Total	1,6564	,3626	100
No inst.	Masc.	2,0731	,3857	51
	Fem.	2,1182	,3219	50
	Total	2,0954	,3545	101
Total	Masc.	1,7779	,4197	131
	Fem.	1,8113	,4137	132
	Total	1,7947	,4162	263

Tabla 83. Análisis de Varianza de la pregunta nueve en función de las variables sexo y domicilio

Recurso	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Poder Observado
Domicilio	15,445	2	7,723	66,923	,000	1,000
Sexo	5,194E-02	1	5,194E-02	,450	,503	,103
Domicilio * sexo	,171	2	8,530E-02	,739	,479	,175
Error	29,656	257	,115			
Total Corregido	45,392	262				

R Cuadrado = 0,347 (R Cuadrado ajustada = 0,334)

Así, la variable domicilio resulta significativa. Puesto que la misma tiene tres niveles, se hace el contraste a posteriori mediante el LSD de Fisher (Arnau, 1981).

Tabla 84. Contraste a posteriori de la pregunta nueve en función de la variable domicilio

(I) domicilio	(J) domicilio	Diferencia de Medias (I-J)	p
Público	Privado	-,1285	,020
	No inst.	-,5676	,000
Privado	Público	,1285	,020
	No inst.	-,4390	,000
No inst.	Público	,5676	,000
	Privado	,4390	,000

Tal y como se observa, el poder de la prueba de la variable domicilio (1,000) resulta perfecto, lo cual indica que la probabilidad de no cometer el error tipo II, es decir, de que se acepte la hipótesis alternativa al asumir que existen diferencias en los niveles de la variable independiente con respecto a la pregunta nueve y que realmente las haya es bastante alta. La variable sexo (0,103) y la interacción sexo*domicilio (0,175) muestran un poder bajo.

Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio permiten explicar el 33,4% de la varianza total de la pregunta nueve.

Como se puede observar, ante la pregunta ¿con qué frecuencia realiza usted las siguientes actividades (como leer, ver televisión, oir la radio, caminar, etc)?, las personas no institucionalizadas (media = 2,0954) reportan realizar las actividades citadas que las institucionalizadas privadas (media = 1,6564; diferencia de medias = 0,4390) y públicas (media = 1,5279; diferencia de medias = 0,5676). Además, se evidencian diferencias significativas entre los que habitan en instituciones públicas y los privados, presentando éstos últimos mayor nivel de actividad (diferencia de medias = 0,1285).

Análisis de Varianza 2 x 3: En el cual la variable dependiente es la pregunta diez y las variables independientes son sexo y domicilio.

Antes de proceder al cálculo del ANOVA se realizó el contraste de Homogeneidad de las varianzas, usando para ello la prueba de Levene. Ésta reveló que las varianzas no son homogéneas (F = 14,549; p. 0,000≤0,05).; por ello, siguiendo la recomendación de Arnau

(1981, pág. 77) se usa como Fc una valor más robusto que se calcula con grados de libertad: 1 entre y n-1 intra. Igualmente, como las n por celdilla no son iguales, hay que usar como valor la media armónica de las n, la cual da 41,61. Así, los grados de libertad quedan en 1,42 y la Fc en 4,08 al alfa 0,05.

Tabla 85. Estadísticos descriptivos de la pregunta diez en función de las variables sexo y domicilio

Domicilio	Sexo	Media	Desv.	N
Público	Masc.	2,3667	,8087	30
	Fem.	2,4375	,8007	32
	Total	2,4032	,7988	62
Privado	Masc.	2,3200	,8437	50
	Fem.	2,3000	,9091	50
	Total	2,3100	,8726	100
No inst.	Masc.	2,5652	,7196	46
	Fem.	2,8367	,4720	49
	Total	2,7053	,6167	95
Total	Masc.	2,4206	,7935	126
	Fem.	2,5344	,7775	131
	Total	2,4786	,7859	257

Tabla 86. Análisis de Varianza de la pregunta diez en función de las variables sexo y domicilio

Recurso	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Poder Observado
Domicilio	7,897	2	3,949	6,687	,001	,913
Sexo	,708	1	,708	1,199	,275	,194
Domicilio * sexo	1,065	2	,533	,902	,407	,205
Error	148,220	251	,591			
Total Corregido	158,132	256				

R Cuadrado = 0,063 (R Cuadrado ajustada = 0,044)

Al hacer la F más robusta, sólo el efecto de la variable domicilio resulta significativo. Puesto que domicilio tiene tres niveles, se hace el contraste a posteriori mediante el LSD de Fisher (Arnau, 1981).

Tabla 87. Contraste a posteriori de la pregunta diez con relación a la variable domicilio

(I) domicilio	(J) domicilio	Diferencia de Medias (I-J)	p
Público	Privado	9,323E-02	,454
	No inst.	-,3020	,017
Privado	Público	-9.3226E-02	,454
	No inst.	-,3953	,000
No inst.	Público	,3020	,017
	Privado	,3953	,000

Tal y como se observa, el poder de la prueba de la variable domicilio (0,913) resulta alto, lo cual indica que la probabilidad de no cometer el error tipo II, es decir, de que se acepte la hipótesis alternativa al asumir que existen diferencias en los niveles de la variable independiente con respecto a la pregunta diez y que realmente las haya es bastante alta. La variable sexo (0,194) y la interacción sexo*domicilio (0,215) muestran un poder bajo.

Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio permiten explicar el 4,4% de la varianza total de la pregunta diez.

Se observa en las tablas presentadas que la variable domicilio es significativa (F = 6,687; p. 0,001≤0,05). Así, se puede decir que en relación a la pregunta: ¿en general está satisfecho con la manera en que ocupa su tiempo?, las personas no institucionalizadas (media = 2,7053) están más satisfechas con la manera en que ocupan su tiempo que las personas institucionalizadas públicas (media = 2,4032; diferencia de medias = 0,3020) y privadas (media = 2,31; diferencia de medias = 0,3953). No se hallaron diferencias significativas entre los institucionalizados (p. 0,454≥0,05).

Análisis de Varianza 2 x 3: En el cual la variable dependiente es la pregunta once y las variables independientes son sexo y domicilio.

Antes de proceder al cálculo del ANOVA se realizó el contraste de Homogeneidad de las varianzas, usando para ello la prueba de Levene. Ésta reveló que las varianzas no son homogéneas (F = 0,3711; p. 0,003≤0,05); por ello, siguiendo la recomendación de Arnau (1981, pág. 77) se usa como Fc una valor más robusto que se calcula con grados de libertad: 1 entre y n-1 intra. Igualmente, como las n por celdilla no son iguales, hay que usar como valor la media armónica de las n, la cual da 41,61. Así, los grados de libertad quedan en 1,42 y la Fc en 4,08 al alfa 0,05.

Tabla 88. Estadísticos descriptivos de la pregunta once en función de las variables sexo y domicilio

Domicilio	Sexo	Media	Desv.	N
Público	Masc.	2,6722	,3201	30
	Fem.	2,5104	,4826	32
	Total	2,5887	,4168	62
Privado	Masc.	2,7167	,4236	50
	Fem.	2,8333	,2777	50
	Total	2,7750	,3611	100
No inst.	Masc.	2,8072	,3340	51
	Fem.	2,7800	,3237	50
	Total	2,7937	,3276	101
Total	Masc.	2,7417	,3693	131
	Fem.	2,7348	,3741	132
	Total	2,7383	,3710	263

Tabla 89. Análisis de Varianza de la pregunta once en función de las variables sexo y domicilio

Recurso	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Poder Observado
Domicilio	1,781	2	,891	6,839	,001	,919
Sexo	3,628E-02	1	3,628E-02	,279	,598	,082
Domicilio * sexo	,763	2	,382	2,930	,055	,568
Error	33,471	257	,130			
Total Corregida	36,068	262				

R Cuadrado = 0,072 (R Cuadrado ajustada = 0,054)

Al hacer la F más robusta, sólo el efecto de la variable domicilio resulta significativo. Debido a que domicilio tiene tres niveles, se hace el contraste a posteriori mediante el LSD de Fisher (Arnau, 1981).

Tabla 90. Contraste a posteriori de la pregunta once con relación a la variable domicilio

(I) domicilio	(J) domicilio	Diferencia de Medias (I-J)	p
Público	Privado	-,1863	,002
	No inst.	-,2050	,001
Privado	Público	,1863	,002
	No inst.	-1.8729E-02	,713
No inst.	Público	,2050	,001
	Privado	1,873E-02	,713

Tal y como se observa, el poder de la prueba de la variable domicilio (0,919) resulta alto, lo cual indica que la probabilidad de no cometer el error tipo II, es decir, de que se acepte la hipótesis alternativa al asumir que existen diferencias en los niveles de la variable independiente con respecto a la pregunta once y que realmente las haya es bastante alta. La interacción sexo*domicilio (0,568) muestra un poder moderado, siendo el de la variable sexo (0,082) muy bajo.

Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio permiten explicar el 5,4% de la varianza total de la pregunta once.

El análisis de varianza revela como significativa a la variable domicilio (F = 6,839; p. 0,001≤0,05), evidenciando que ante la pregunta: ¿qué grado se satisfacción tiene usted en relación con los siguientes aspectos de la casa/residencia donde vive?, las personas no institucionalizadas (media = 2,7937) y las que viven en residencias privadas (media = 2,775) presentan mayor satisfacción con aspectos de la casa o residencia donde viven que los institucionalizados públicos (media = 2,5887; diferencia de medias con no inst. = 0,2050 y diferencia de medias con inst. privados = 0,1863). No se hallaron diferencias significativas entre no institucionalizados e institucionalizados privados (p. 0,713≥0,05).

Análisis de Varianza 2 x 3: En el cual la variable dependiente es la pregunta doce y las variables independientes son sexo y domicilio.

Antes de proceder al cálculo del ANOVA se realizó el contraste de Homogeneidad de las varianzas, usando para ello la prueba de Levene. Ésta reveló que las varianzas no son homogéneas (F = 16,211; p. 0,000 **0,05); por ello, siguiendo la recomendación de** Arnau (1981, pág. 77) se usa como Fc una valor más robusto que se calcula con grados de libertad: 1 entre y n-1 intra. Igualmente, como las n por celdilla no son iguales, hay que usar como valor la media armónica de las n, la cual da 41,61. Así, los grados de libertad quedan en 1,42 y la Fc en 4,08 al alfa 0,05.

Tabla 91. Estadísticos descriptivos de la pregunta doce en función de las variables sexo y domicilio

Domicilio	Sexo	Media	Desv.	N
Público	Masc.	2,8333	,3790	30
	Fem.	2,6563	,7007	32
	Total	2,7419	,5707	62
Privado	Masc.	2,8600	,4522	50
	Fem.	2,9600	,1979	50
	Total	2,9100	,3509	100
No inst.	Masc.	2,8824	,3819	51
	Fem.	3,0000	,0000	50
	Total	2,9406	,2765	101
Total	Masc.	2,8626	,4069	131
	Fem.	2,9015	,3880	132
	Total	2,8821	,3973	263

Tabla 92. Análisis de Varianza de la pregunta doce en función de las variables sexo y domicilio

Recurso	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Poder Observado
Domicilio	1,598	2	,799	5,316	,005	,835
Sexo	1,141E-02	1	1,141E-02	,076	,783	,059
Domicilio * sexo	,972	2	,486	3,233	,041	,613
Error	38,620	257	,150			
Total Corregida	41,346	262				

R Cuadrado = 0,066 (R Cuadrado ajustada = 0,048)

Al hacer la F más robusta, sólo el efecto de la variable domicilio resulta significativo. Puesto que domicilio tiene tres niveles, se hace el contraste a posteriori mediante el LSD de Fisher (Arnau, 1981).

Tabla 93. Contraste a posteriori la pregunta doce en relación a la variable domicilio

(I) domicilio	(J) domicilio	Diferencia de Medias (I-J)	p
Público	Privado	-,1681	,008
	no inst.	-,1987	,002
Privado	Público	,1681	,008
	no inst.	-3.0594E-02	,576
No inst.	Público	,1987	,002
	Privado	3,059E-02	,576

Tal y como se observa, el poder de la prueba de la variable domicilio (0,835) resulta alto, lo cual indica que la probabilidad de no cometer el error tipo II, es decir, de que se acepte la hipótesis alternativa al asumir que existen diferencias en los niveles de la variable independiente con respecto a la pregunta doce y que realmente las haya es bastante alta. La interacción sexo*domicilio (0,613) muestra un poder moderadamente alto, siendo el de variable sexo (0,59) muy bajo.

Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio permiten explicar el 4,8% de la varianza total de la pregunta doce.

La significancia de la variable domicilio (F = 5,316; p. 0,05=0,05), permite señalar que con respecto a la pregunta: ¿qué grado de satisfacción tiene usted con la vivienda/residencia en general?, las personas no institucionalizadas (media = 2,9406) y las que viven en residencias privadas (media = 2,91) presentan mayor satisfacción con la vivienda en general que las personas que habitan instituciones públicas (media = 2,7419; diferencia de media con no inst. = 0,1987; diferencia de media con privado = 0,1681). No se presentaron diferencias significativas entre personas que habitan en instituciones públicas y privadas (p. 0,576≥0,05).

Análisis de Varianza 2 x 3: En el cual la variable dependiente es la pregunta dieciseis y las variables independientes son sexo y domicilio.

Antes de proceder al cálculo del ANOVA se realizó el contraste de Homogeneidad de las varianzas, usando para ello la prueba de Levene. Ésta reveló que las varianzas no son

homogéneas (F = 4,142; p. 0,001≤0,05); por ello, siguiendo la recomendación de Arnau (1981, pág. 77) se usa como Fc una valor más robusto que se calcula con grados de libertad: 1 entre y n-1 intra. Igualmente, como las n por celdilla no son iguales, hay que usar como valor la media armónica de las n, la cual da 41,61. Así, los grados de libertad quedan en 1,42 y la Fc en 4,08 al alfa 0,05.

Tabla 94. Estadísticos descriptivos de la pregunta dieciseis en función de las variables sexo y domicilio

Domicilio	Sexo	Media	Desv.	N
Público	Masc.	2,4000	,7701	30
	Fem.	2,6923	,6794	26
	Total	2,5357	,7377	56
Privado	Masc.	2,4651	,7668	43
	Fem.	2,0000	,6701	50
	Total	2,2151	,7496	93
No inst.	Masc.	1,8485	,8704	33
	Fem.	1,5897	,8181	39
	Total	1,7083	,8465	72
Total	Masc.	2,2547	,8402	106
	Fem.	2,0174	,8270	115
	Total	2,1312	,8399	221

Tabla 95. Análisis de Varianza de la pregunta dieciseis en función de las variables sexo y domicilio

Recurso	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Poder Observado
Domicilio	22,643	2	11,322	19,455	,000	1,000
Sexo	1,089	1	1,089	1,872	,173	,275
Domicilio * sexo	5,061	2	2,530	4,348	,014	,749
Error	125,114	215	,582			
Total Corregido	155,195	220				

R Cuadrado = 0,194 (R Cuadrado ajustada = 0,175)

Al hacer la F más robusta, el efecto de la variable domicilio resulta significativo, igualmente la interacción sexo*domicilio. Debido a que domicilio tiene tres niveles, se hace el contraste a posteriori mediante el LSD de Fisher (Arnau, 1981).

Tabla 96. Contraste a posteriori de la pregunta dieciseis en relación a la variable domicilio.

(I) domicilio	(J) domicilio	Diferencia de Medias (I-J)	p
Público	Privado	,3207	,014
	No inst.	,8274	,000
Privado	Público	-,3207	,014
	No inst.	,5067	,000
No inst.	Público	-,8274	,000
	Privado	-,5067	,000

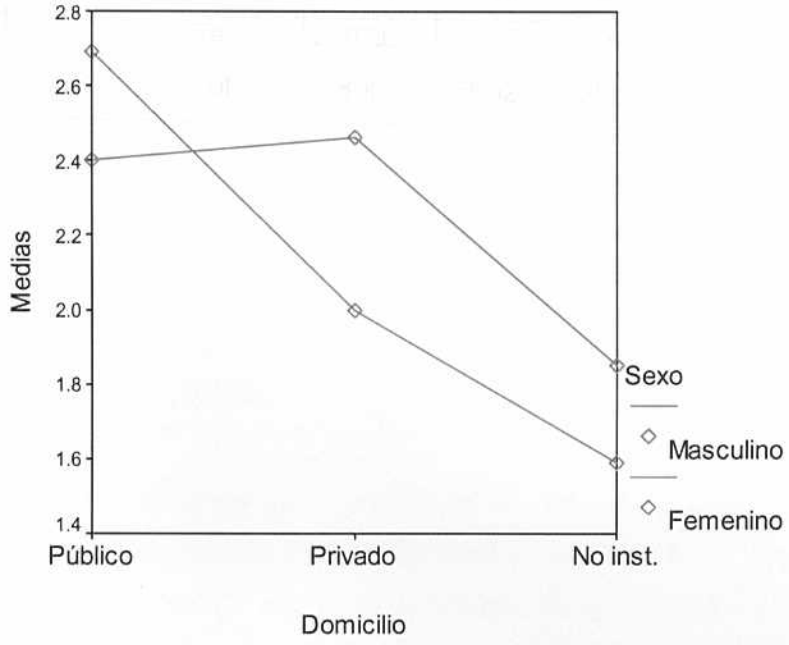
Tal y como se observa, el poder de la prueba de la variable domicilio (1,000) resulta perfecto, lo cual indica que la probabilidad de no cometer el error tipo II, es decir, de que se acepte la hipótesis alternativa al asumir que existen diferencias en los niveles de la variable independiente con respecto a la pregunta diesciseis y que realmente las haya es bastante alta. La interacción sexo*domicilio (0,749) muestra un poder alto, mientras que la variable sexo (0,275) uno bajo.

Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio permiten explicar el 17,5% de la varianza total de la dieciseis.

El análisis revela a la variable domicilio como única significativa (F = 19,455; p. 0,000≤0,05), lo cual indica que ante la pregunta: ¿con qué frecuencia utiliza usted los servicios sociales y sanitarios que existen en la institución donde vive o en su residencia?, las personas institucionalizadas públicas (media = 2,5357) utilizan con mayor frecuencia los servicios sociales y sanitarios de su comunidad que los no institucionalizados (media = 1,7083; diferencia de media = 0,8274) e institucionalizadas privadas (media = 2,2151; diferencia de medias = 0,3207). De igual manera, los institucionalizados privados usan los servicios más frecuentemente que los no institucionalizados (diferencia de medias = 0,5067).

Se observa además, que las variables sexo y domicilio presentan una interacción significativa (p = 0,014), reportando las mujeres que viven en instituciones públicas una mayor frecuencia en el uso de los servicios sociales y sanitarios de la institución o residencia donde viven que los hombres. Dicha relación se invierte en los otros dos niveles de la variable domicilio (ver Gráfica Nº 17).

Gráfica Nº 18. Interacción de las variables sexo y domicilio en la pregunta dieciseis



Análisis de Varianza 2 x 3: En el cual la variable dependiente es la pregunta diecisiete y las variables independientes son sexo y domicilio.

Antes de proceder al cálculo del ANOVA se realizó el contraste de Homogeneidad de las varianzas, usando para ello la prueba de Levene. Ésta reveló que las varianzas son homogéneas (F=1,028; p. 0,402≥0,05), por lo cual la interpretación de los resultados se hace con el valor de Fc estándar para el caso.

Tabla 97. Análisis Descriptivo de la pregunta diecisiete en función de las variables sexo y domicilio

Domicilio	Sexo	Media	Desv.	N
Público	Masc.	2,8846	,9519	26
	Fem.	2,8696	1,0137	23
	Total	2,8776	,9711	49
Privado	Masc.	2,7895	,7766	38
	Fem.	2,4894	,7481	47
	Total	2,6235	,7712	85
No inst.	Masc.	3,1034	,9390	29
	Fem.	2,8649	,8220	37
	Total	2,9697	,8765	66
Total	Masc.	2,9140	,8804	93
	Fem.	2,7009	,8491	107
	Total	2,8000	,8682	200

Tabla 98. Análisis de Varianza de la pregunta diecisiete en función de las variables sexo y domicilio

Recursos	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Poder Observado
Domicilio	4,637	2	2,319	3,160	,045	,601
Sexo	1,605	1	1,605	2,188	,141	,313
Domic * sexo	,648	2	,324	,441	,644	,121
Error	142,337	194	,734			
Total	1718,000	200				
Corrected Total	150,000	199				

R Cuadrado = 0,051 (R Cuadrado ajustada = 0,027)

Como se puede observar en la Tabla 98, la variable domicilio es la única que resulta significativa. Debido a que domicilio tiene tres niveles, se hace el contraste a posteriori mediante el LSD de Fisher (Arnau, 1981).

Tabla 99. Contraste a posteriori de la pregunta diecisiete en función de la variable domicilio

(I) domicilio	(J) domicilio	Diferencia de Medias (I-J)	p
Público	Privado	,2540	,100
	No inst.	-9.2146E-02	,569
Privado	Público	-,2540	,100
	No inst.	-,3462	,015
No inst.	Público	9,215E-02	,569
	Privado	,3462	,015

Tal y como se observa, el poder de la prueba de la variable domicilio (0,601) resulta moderado, lo cual indica que la probabilidad de no cometer el error tipo II, es decir, de que se acepte la hipótesis alternativa al asumir que existen diferencias en los niveles de la variable independiente con respecto a la pregunta diecisiete con la vida y que realmente las haya, es moderado. La variable sexo (0,313) y la interacción sexo*domicilio (0,121) muestran un poder bajo.

Se evidencia además, que las variables sexo y domicilio permiten explicar el 2,7% de la varianza total de la pregunta diecisiete.

Como se aprecia, las personas mayores no institucionalizadas ante la pregunta ¿en qué medida está usted satisfecho con los servicios sociales y sanitarios que utiliza? muestran encontrarse más satisfechas con los mismos (media = 2,9697) que los institucionalizados privados (media = 2,6235; diferencia de medias = 0,3462). No se presentan diferencias de los institucionalizados públicos con relación a los privados ($p = 0,569 \geq 0,05$) y a los no institucionalizados ($p = 0,1 \geq 0,05$).

En síntesis, los Análisis de Varianza estimados para las preguntas que componen el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI), revelan que la variable externa domicilio resulta significativa al discriminar a los sujetos en casi todas las preguntas del cuestionario (a excepción de la pregunta tres tipificada), siendo las personas no institucionalizadas las que evidencian indicadores de una vida más satisfactoria que los no institucionalizados, y los privados más que los públicos.

En cuanto a la variable sexo, se evidencian diferencias significativas únicamente en las preguntas 2, 3 y 7; siendo los hombres los que dan en dichas preguntas respuestas indicadoras de una mayor calidad de vida.

Como puede apreciarse, las relaciones antes planteadas coinciden con las expresadas en el apartado de la validez de las subescalas utilizando como criterios el sexo y el domicilio. Por tanto, se puede plantear, al igual que se hizo en dicho apartado, que con respecto a la variable domicilio el solapamiento entre éste y nivel socioeconómico podría estar impidiendo que se manifieste el patrón diferencial de los niveles de domicilio con relación a la calidad de vida reflejada en la respuesta a cada pregunta.

En cuanto al sexo, las peculiaridades del marco general que rodean a las personas que viven en países distintos, como es el caso de una muestra española y venezolana, podrían influir fuertemente tanto en la calidad de vida como en la operacionalización y medición de la misma, requiriendo las preguntas que conforman el CUBRECAVI ajustes que contemplen el contexto peculiar y que permitan evidenciar las relaciones en cuanto al sexo.

• Mediante Análisis de Regresión utilizando como variable dependiente la subescala satisfacción con la vida y como variables predictoras las preguntas del cuestionario, a excepción de la pregunta 13 (que compone la variable satisfacción con la vida).

Tabla 100. Tabla de Correlación Múltiple de la subescala satisfacción con la vida y como predictoras las preguntas del cuestionario

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
.616	.379	.320	.7639

En este análisis la línea de regresión posee significancia al nivel de 0,05 (F = 6,4; p. 0,000≤0,05). En cuanto a la correlación de todas las preguntas (a excepción de la pregunta 15 referente a ingresos) con la satisfacción con la vida, se obtuvo una correlación múltiple 0,616, lo cual permite afirmar que el 37,9% de la varianza total de la variable satisfacción con la vida es explicada por todas las preguntas del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (a excepción de la pregunta 15).

Tabla 101. Coeficientes de Regresión de las preguntas en función de la satisfacción con la vida

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes Estandarizados	F	p
	ß	Error Estándar	Beta		
(Constante)	-,484	,674		-,718	,474
Pregunta uno	,266	,078	,272	3,397	,001
Pregunta dos	4,777E-02	,148	,026	,322	,748
Pregunta tres	,115	,092	,091	1,250	,213
Pregunta cuatro	-7.441E-02	,105	-,071	-,707	,481
Pregunta cinco	2,360E-02	,111	,022	,212	,832
Pregunta seis	-2.074E-02	,086	-,023	-,242	,809
Pregunta siete	4,495E-02	,106	,039	,425	,671
Pregunta ocho	,217	,095	,178	2,274	,024
Pregunta nueve	,344	,220	,140	1,561	,121
Pregunta diez	,108	,084	,091	1,278	,203
Pregunta once	,246	,196	,107	1,254	,212
Pregunta doce	-,133	,175	-,062	-,758	,450
Pregunta dieciseis	-6.425E-02	,097	-,052	-,661	,510
Pregunta diecisiete	,235	,081	,217	2,893	,004

Específicamente, las preguntas uno (¿Se siente usted satisfecho con su estado actual de salud?), pregunta ocho (¿cuál de las siguientes actividades describe mejor el nivel de actividad que usted tiene diariamente?) y pregunta diecisiete (¿en qué medida está usted satisfecho con los servicios sociales y sanitarios que utiliza?) presentan los montos más altos en la línea de regresión (ß pregunta uno tipificada = 0,272; p. 0,001≤0,05) (β pregunta ocho tipificada = 0,178; p. 0,24≥0,05) (β pregunta diecisiete tipificada = 0,217; p. 0,004 ≤ 0,05) lo cual significa que son las preguntas que poseen mayor valor predictivo sobre la satisfacción con la vida.

Al igual que sucedió en el análisis de regresión de las subescalas, los resultados obtenidos son similares a los reportados por Fernández-Ballesteros y Zamarrón (1993, cp. Ministerio de Asuntos Sociales, 1996) ya que el porcentaje de varianza explicada por las

preguntas en relación a la satisfacción con la vida es semejante (en el presente estudio un 37,9% y en el de las autoras 0,43%).

Por tanto, los resultados obtenidos revelan que las preguntas poseen una validez de criterio similar a la hallada en el estudio de las citadas autoras.

- Análisis de componente principal utilizando como variables todas las preguntas del cuestionario.

Tabla 102. Total de Varianza explicada por las preguntas del cuestionario

Comp.	Autovalores Iniciales			Extracción de Suma de Cuadrados		
	Total	%Variance	Cumulative%	Total	%Variance	Cumulative%
1	3,973	24,834	24,834	3,973	24,834	24,834
2	2,510	15,685	40,519	2,510	15,685	40,519
3	1,536	9,602	50,121	1,536	9,602	50,121
4	1,158	7,238	57,358			
5	1,118	6,985	64,343			
6	,980	6,124	70,467			
7	,817	5,107	75,574			
8	,718	4,488	80,062			
9	,598	3,738	83,799			
10	,498	3,110	86,909			
11	,440	2,752	89,661			
12	,404	2,524	92,185			
13	,385	2,409	94,595			
14	,368	2,302	96,897			
15	,308	1,926	98,823			
16	,188	1,177	100,000			

Tabla 103. Matriz de componentes rotados de las preguntas del cuestionario

	Componentes		
	1	2	3
P6T	,757		
P7T	,737		
P2T	,712		
P1T	,678		
P13T	,588		
P3T	,444		
P17T	,376		,372
P10T			
P5T		,744	
P4T		,740	
P9T	,403	,676	
P16T		-,633	
P8T		,610	
P14T			
P12T			,804
P11T			,790

En el análisis factorial se consideran todas las preguntas del cuestionario, a excepción de la pregunta 15 (variable ingresos).

En las Tabla 71 se expresan los tres factores arrojados por el análisis y la proporción de varianza que explica cada uno de ellos. Este cálculo se obtuvo mediante la utilización del criterio de Kaiser (autovalor = 1,5).

Los factores 1, 2 y 3 explican en total el 50,121% de la varianza total de los datos. Más específicamente, el factor 1 es el que explica la mayor proporción de varianza total, es decir, el 24,834%. Este factor es medido por las preguntas: 6, 7, 2, y 1. Dichas preguntas se relacionan con la salud objetiva, subjetiva y psíquica, preguntas referentes a la capacidad de valerse por si mismos para realizar actividades de autocuidado, a la satisfacción con la vida, además de otros aspectos. Por lo tanto se decidió denominar a este factor Salud y Autonomía. El factor 2

contribuye con un 15,585% a la varianza total. El factor 2 es medido por las preguntas: 5, 4, 9 y 8, las cuales hacen referencia a aspectos como: la satisfacción y frecuencia de la actividad social de las personas mayores, la utilización del tiempo libre y frecuencia de ciertas actividades recreativas, entre otros. Este factor ha sido nombrado actividades Sociales y tiempo libre.

El factor 3 aporta un 9,602% a la varianza total del cuestionario. Las preguntas que cargan más alto en este factor son 12, 11 y 17. Estas se relacionan con la frecuencia de la utilización de los servicios sociales y sanitarios, las condiciones ambientales de la vivienda / residencia y la satisfacción derivada de dichas condiciones, entre otras. A este factor se le atribuyó el nombre de Calidad Ambiental y Servicios Sociales y Sanitarios.

Estos resultados pueden ser contrastados con el Análisis Factorial que llevó a cabo Fernández-Ballesteros (1996) con la finalidad de determinar la validez de constructo del cuestionario CUBRECAVI. Dicho análisis se realizó utilizando el método de análisis de componente principal con rotación varimax.

Los resultados del análisis factorial arrojaron ocho factores que se corresponden de manera satisfactoria con las siete áreas planteadas teóricamente por la autora como constituyentes de la calidad de vida: salud, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, calidad de vida objetiva (ingresos y estudios) y subjetiva (satisfacción con la vida y salud subjetiva) y relaciones interpersonales. De acuerdo a los resultados obtenidos por el presente estudio, no hubo una correspondencia satisfactoria entre ambos análisis.

En síntesis, en el análisis de los ítems que componen el Cuestionario Breve de Calidad de Vida, se evidencian ciertas correspondencias con lo esperado según el estudio y los postulados teóricos de Fernández-Ballesteros y Zamarrón (1993, cp. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 1996). Así, las preguntas que componen el test permiten explicar una proporción de varianza aceptable con relación a la satisfacción con la vida, subescala utilizada como criterio externo.

V. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El objetivo del presente estudio fue el análisis psicométrico del comportamiento del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) en ancianos, una prueba la cual fue originalmente desarrollada por Fernández-Ballesteros y Zamarrón (1993), esta tarea supuso la estimación de la confiabilidad y la validez del instrumento, a partir de las respuestas dadas a él por una muestra de personas de 65 años o mayores, que no presentaban deterioro mental al momento de tomar el test y que eran residentes del Área Metropolitana de Caracas.

Para lo fines anteriores se eligió una muestra compuesta finalmente por 263 individuos; de los cuales, 62 residían al momento de la evaluación en la única institución geriátrica estatal o pública de la Zona elegida, 30 hombres y 32 mujeres; 100 habitaban en algún ancianato privado, 50 hombres y 50 mujeres; finalmente, 101 vivían en su domicilio propio, 51 hombres y 50 mujeres.

Confiabilidad

En cuanto a la confiabilidad, siendo este el caso de una administración en una única oportunidad, la confiabilidad se estimó mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach, el indicador de consistencia interna más citado contemporáneamente (Muñiz, 2000), obtenido para cada una de las subescalas del cuestionario que se componen de más de un reactivo. La estimación por sub-dimensiones se hace con base en la concepción multidimensional del constructo Calidad de Vida que proponen las autoras originales del instrumento.

Igualmente, de modo adicional a lo propuesto por los autores originales, como un indicador de la confiabilidad de toda la escala, basado en el Análisis de Componente Principal de los reactivos del instrumento, se calculó el coeficiente theta; este "es el coeficiente alfa para una escala en la cual se selecciona el peso del vector de modo tal que maximice el alfa" (Carmines y Zeller, 1979, p.61).

A continuación los resultados, los cuales se presentaron en el análisis de resultados contra los reportados por las autoras del CUBRECAVI mediante cálculos similares pero con base en las respuestas dadas por una muestra residente en España.

	Subescalas						
	Salud	Integración social	Habilidades func.	Actividad y ocio	Calidad amb.	Servicios	Total
Venezuela	0,622	0,8485	0,8108	0,6417	0,727	0,55	0,73
España	0,70	0,27	0,92	0,74	0,78	-	-

Como es de notar, los valores nacionales son, en general, aceptables, sobre todo si se tiene en cuenta que esta es una prueba relativa a un concepto de carácter social, es decir, ella alude a un repertorio de conductas y de opiniones que se relacionan con dimensiones de tipo más bien cultural, un tipo de cuestionario para el cual los criterios habituales suelen exigir confiabilidades iguales o superiores a 0.60, de suyo para las pruebas de personalidad el monto mínimo exigible suele ser 0.70 (Rust y Golombok, 1999, p.68).

En lo que respecta a la comparación con los valores reportados para España, la mayoría de estos últimos son algo superiores a los nacionales, se observa una diferencia entre .11 y .06 a favor de España, con excepción de la escala Integración Social, en la cual la diferencia se revierte de modo muy notable, ya que esta fue la mancha negra en la muestra original, mientras que acá su confiabilidad resultó muy conveniente, en efecto, la más alta de todas.

Por otra parte, para instrumentos como la Escala de Bienestar Subjetivo, constituida por 17 ítems dicotómicos, los resultados del alfa de Cronbach, para una muestra de 828 ancianos, fueron "de 0.85 para la subescala de insatisfacción-soledad; 0.81 para la subescala de agitación, y de 0.85 para la subescala de actitud hacia su propia vejez" (González-Celis, 2002, p.28).

Esta misma autora, González-Celis, indica para la aplicación a una muestra de 124 ancianos residentes en Ciudad de México, confiabilidades, igualmente por alfa de Cronbach, para cinco instrumentos: Auto-eficacia, (5 ítems) alfa=0.85; Bienestar Subjetivo (23 ítems), alfa=0.81; Percepción de Salud (5 ítems), alfa=0.55; Depresión (15 ítems), alfa=0.55; y, finalmente, Funcionamiento Neuropsicológico (8 ítems), alfa=0.78 (2002, p.35).

Otro instrumento, la Encuesta sobre Calidad de Vida referida a la salud en Suecia reporta un alfa de Cronbach que supera el valor de 0.78 para todas sus subescalas (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996).

Como puede notarse, los valores reportados para el alfa de Cronbach en instrumentos relacionados con la calidad de vida en muestras de ancianos, suelen ser algo mayores para las muestras europeas que para las latinoamericanas; además, todos los índices reportados están entre 0.55 y 0.92.

Siendo que los valores logrados en Venezuela están en el rango indicado, tanto de lo deseado como de lo obtenido, y que las diferencias con muestras latinas no son apreciables y son sólo algo inferiores a los valores en muestras europeas, bien se puede concluir que la confiabilidad por consistencia interna de las diferentes subescalas del CUBRECAVI resultó adecuada.

Finalmente, como ya se indicó las autoras originales del CUBRECAVI no estimaron un índice de confiabilidad para toda la prueba, quizás por el hecho de que asumen el constructo calidad de vida como multidimensional, mientras que en este estudio si se hizo. Concretamente, se calculó el índice de consistencia interna theta (Carmines y Zeller, 1979, p.61), el cual dio un valor de 0.73.

Este resultado, por una parte, reafirma la conclusión ya indicada, la prueba es lo suficientemente confiable; por otra, cuestiona en alguna medida la idea de multidimensionalidad del constructo, máxime si se tiene en cuenta que el theta se estimó a partir del autovalor más grande que resultó del análisis de Componente Principal de los ítems del cuestionario. Pero, si a partir de los valores reportados por las autoras originales, en un análisis similar de sus datos, se estima el theta, este da un monto de 0.77, el cual es muy similar al acá reportado, si bien es, nuevamente, un poco más alto al obtenido en Venezuela.

Así, si bien las autoras no solucionan el tema de la confibilidad total en el estudio original del CUBRECAVI, el reanálisis de la información que ellas aportan permite concluir que la prueba como instrumento total es materialmente igual de confiable en su aplicación en Venezuela que en la dada en España.

Con base en estas consideraciones, relativas a la confiabilidad, surge un conjunto de interrogantes que podrían dar pie a nuevas investigaciones. Como, por ejemplo, ¿cuál es el efecto de las dimensiones culturales en la consistencia interna de los instrumentos de calidad de vida en los ancianos?, ¿habrá un mayor grado de diferenciación del concepto en la

población europea que en la latinoamericana? o, como quizás lo diría Cattel, ¿el concepto calidad de vida está más cristalizado en los países más desarrollados?.

Validez

Validez de Criterio

Una consideración inicial que debe destacarse es que, en este estudio la noción de validez de criterio se manejó de un modo más bien similar a lo que Embretson (1985) denomina amplitud nomotética, la cual refiere la red empírica de relaciones del test con medidas de otros criterios o los efectos previsibles de ciertas variables externas en las puntuaciones del instrumento.

Dentro de esta concepción se estimaron cinco (5) indicadores, a saber:

- El primer lugar se discutirá el significado de los resultados del empleo de una versión similar a la técnica clásica de correlación con un indicador externo de la variable, o uno de sus aspectos, la cual redunda en coeficientes análogos al usual coeficiente de validez (Muñiz, 2000; Martínez, 1995). En este caso el criterio lo representa las respuestas a la pregunta número 13 del propio CUBRECAVI: ¿En qué medida está usted satisfecho, en términos generales, con la vida?.

- Los siguientes tres indicadores cuyos resultados se comentarán se corresponden con la estrategia conocida como validación de constructos de los criterios, donde se da preferencia a las variables que pueden actuar como moduladoras de las puntuaciones en la prueba (Martínez, 1995); en concreto, las variables que se incluyeron como posibles moduladoras fueron: Domicilio, Género y Edad.

- Finalmente, como un quinto indicador se discutirán los resultados del análisis de ítems que pueden contribuir con el discernimiento de la validez de criterio.

En primer lugar, se consideran a continuación los resultados de la relación de las subescalas del cuestionario con la pregunta Satisfacción con la Vida. Como en el caso de otras pruebas que incluyen una pregunta amplia, como por ejemplo cuando se pregunta a los estudiantes en general, qué tan buen profesor es éste, a los fines de usarla posteriormente

como criterio para calibrar el resto de los indicadores, no se debe esperar que todos ellos correlacionen altamente con tal criterio.

Además, este tipo de pregunta, habitualmente única, no puede ser usualmente objeto de cálculo de confiabilidad, con la excepción de los pocos estudios donde se recurre al modo test-retest para el cálculo de la estabilidad temporal de los puntajes. Como señala Muñiz (2000), "los problemas empiezan a la hora de obtener las puntuaciones del criterio, dado que los criterios de interés suelen ser complejos, y en ocasiones difíciles de definir unívocamente" (p.153). En este marco discursivo, que resalta las limitaciones de los criterios, teniendo en cuenta las dos restricciones señaladas, las correlaciones bajas y no significativas de los elementos con el criterio en cuestión no deben interpretarse necesariamente como la ausencia de validez de criterio por parte de los elementos; pero, al contrario, la ocurrencia de correlaciones altas y significativas con el criterio sí señalarían validez por parte de los predictores.

En el estudio de Fernández-Ballesteros y Zamarrón (1993, cp. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996) la correlación múltiple de las subescalas del cuestionario con la pregunta Satisfacción con la Vida es de 0.51, mientras que en éste trabajo fue de 0.58, lo cual revela de entrada una pequeña diferencia a favor de los datos logrados en Venezuela.

Además, cuando se atiende a las escalas que específicamente logran una asociación significativa con el criterio, tanto en el presente estudio como en el de Fernández-Ballesteros se encuentran sólo dos, que son las mismas: Salud y Actividad y Ocio.

El significado de estos resultados, de inicio un tanto desalentadores, ya que sólo 2:8, es decir, un cuarto, de las escalas se asocia significativamente con el criterio, se encuentra en el estudio de las atribuciones de las personas respecto de lo que implica la calidad de vida en la vejez. En el trabajo al respecto de Fernández-Ballesteros y CIPRES (1992, cp. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996), citado en el marco teórico, se revela que para los encuestados lo más importante es la salud; a ésta atribución le siguen en importancia valerse por sí mismos y mantenerse activo. Por tanto, no es de extrañar que tanto en España como acá en Venezuela la escala que mejor se asocie con la Satisfacción con la Vida sea la de Salud.

En este mismo sentido, las atribuciones que quedan en segundo y tercer lugar se refieren a la posibilidad de seguir actuando en la vejez de modo autónomo, con capacidad de autogestión, un aspecto que compone esencialmente la pregunta 8, la cual reza ¿Cuál de las

siguientes actividades describe mejor su nivel de actividad?, dado que ésta pregunta constituye la escala Actividad y Ocio como un todo, no es de extrañar que sea la otra subescala que se asocia significativamente con el criterio.

De esta forma, tanto la coincidencia de los coeficientes globales (R), como de la especificidad de las subescalas involucradas y de la posible relación con la concepción popular de la calidad de vida en la vejez, da muestra por una parte de estabilidad de los resultados, replicabilidad, y por la otra de un sentido que refrenda la validez del instrumento aun cuando no todas las subescalas hayan correlacionado significativamente con el criterio.

En segundo lugar, se considera de seguido el posible efecto modulador de la variable externa domicilio. En relación a este punto, según el estudio de Fernández-Ballesteros e Intercampo (1993) no se puede concluir en cuanto a que se da una mejor calidad de vida para quienes viven en su domicilio propio versus los institucionalizados, ya que algunos indicadores diferencian en un sentido y otros en el contrario. Así por ejemplo, las personas que viven en su domicilio propio muestran mayor integración social que aquellos que viven en residencias geriátricas; mientras que, en lo que se refiere a las actividades de vida diaria, ocio y tiempo libre, los que viven en residencias públicas muestran un mejor patrón de actividad que los que viven en residencias privadas o en su domicilio propio.

En el caso del presente estudio, la variable domicilio quedó, probablemente por razones de muestreo o de conformación social de los estratos, confundida, al menos en parte, con el Nivel Socioeconómico (NSE), de modo que los que habitan en residencias públicas tienen un nivel socio económico más bajo que quienes están en residencias privadas y estos últimos, a su vez, tienen un menor nivel socioeconómico que los que residen en su domicilio propio. Esta apreciación se corrobora en el comportamiento de las variables ingreso económico y nivel de educación, en las cuales se da la misma relación antes descrita para los tres tipos de domicilio.

Esta circunstancia de contaminación no es reportada por Fernández-Ballesteros y la circunstancias socio-políticas de España podrían proteger de modo natural contra tal sesgo. Así, se puede presumir que a los efectos de la muestra española no se da éste solapamiento de variables.

En consecuencia, los efectos observados en el presente estudio en relación a las diferencias asociadas al tipo de domicilio parecen depender, esencialmente, del nivel y tipo de

oportunidades que se ofrecieron a los individuos en el transcurso de su vida. Siendo así, la expectativa sería que, efectivamente, los residentes en su domicilio propio deberían rendir mejor en la mayoría de las subescalas, seguidos de los que habitan en instituciones privadas y, al último, los que viven en residencias públicas.

Por cierto, una evidencia a favor de la hipótesis antes indicada, que atribuye a los sujetos según su tipo de domicilio un monto diferente de desgaste vital, se encuentra en la mayor tasa de pérdida de candidatos a razón de su baja ejecución en el Minimental (MM) que se observó entre los residentes en instituciones públicas, donde no se pudo completar el monto deseado de 100 evaluados precisamente por ésta razón.

En cuanto a los resultados, en las 8 subescalas se dan diferencias asociadas al domicilio; en 7 de ellas las diferencias son a favor de los que residen en su domicilio propio. Sólo en lo que respecta a la subescala que mide el Uso de los Servicios Sociales se invierte la relación.

Tal resultado coincide con la expectativa formulada de modo cabal y puede interpretarse como un indicador de la validez de criterio del instrumento, ya que los datos siempre dieron, como se indicó, a favor de los individuos que tienen un mayor grado de integridad, dado que estos han tenido en general un mejor nivel de vida, tanto en el pasado como en el presente. Aun en la escala donde se invierte la relación, se puede decir que el resultado es en el fondo a favor de los que residen en su propio domicilio, ya que ello lo que revela es la posibilidad que estos tienen de usar servicios de corte privado, dejando de lado los de tipo público, que bien se sabe en Venezuela son de menor nivel que los de cualquier otro tipo.

En tercer lugar, se comenta ahora el posible efecto modulador de la variable género. Ésta es otra fuente de evidencias en relación a la validez de criterio del cuestionario, ya que la literatura señala, como se dijo en el marco teórico, que los hombres muestran habitualmente una mejor calidad de vida que las mujeres.

En lo tocante a este punto, el análisis del comportamiento de las 8 subescalas arrojó diferencias por género sólo en 3 de ellas, como fueron: Salud, Habilidades Funcionales y Educación; hay que destacar que éstas diferencias siempre fueron a favor de los hombres. Igualmente, vale notar que en cuanto a la variable ingreso se dio el mismo resultado, es decir, significativamente mayor para los hombres.

De este modo, si bien las diferencias observadas son sólo casi un medio de las posibilidades (4:9), en todos los casos tienen el sentido esperado: a favor de los hombres. Por tanto, debe tomarse como un indicador a favor de la validez de criterio del instrumento, máxime si se tiene en cuenta que éstas diferencias varían en extensión mas no de dirección de un contexto cultural a otro.

En cuarto lugar, corresponde comentar en este momento el posible efecto modulador de la variable externa edad. En este caso, el dato en cuestión es la correlación entre las subescalas del cuestionario y la edad de los entrevistados, el cual se resolvió mediante una regresión múltiple en la que las subescalas actúan como independientes y la edad como dependiente, claro está que esto es tan sólo una solución económica del cálculo y no supone una definición del sentido de la causalidad.

Lo que se espera en cuanto a los resultados, dada las evidencias comentadas en el marco teórico, es que la edad se correlacione negativamente con la puntuación en las diferentes subescalas del cuestionario, lo cual correspondería a la disminución funcional que se manifiesta de modo más marcado luego de los 60 años.

Concretamente, se obtuvo un coeficiente de correlación múltiple (R) igual a 0.48; además, al observar el patrón de correlaciones se evidenció que efectivamente las puntuaciones de todas las subescalas, menos una, guardan una relación inversa con la edad, lo cual indica que, ciertamente, a mayor es la edad de los entrevistados menor es su calidad de vida. La excepción observada no deja de ser muy singular, ya que consiste en que entre la escala Satisfacción con la Vida y la edad se encontró la segunda asociación en términos de su monto, pero de signo positivo; con lo cual, a mayor edad igualmente sería mayor el nivel de satisfacción con la vida.

En un análisis más detallado de estos resultados se encuentra que, para las variables que se asocian de modo inverso con la edad, las que resultan con un peso estadísticamente significativo y, además, más alto son, en orden de mayor a menor peso: Habilidades Funcionales (β=-.246), Salud (β=-.241) y Actividad y Ocio (β=-.137); por su parte las subescalas Calidad Ambiental e Integración Social no dan asociación significativa, pero su signo es el esperado: negativo.

Estos resultados muestran un fundamento empírico a las opiniones populares con relación a lo que constituye la calidad de la vida en la vejez, en las cuales se revela que lo esencial para los entrevistados (Fernández-Ballesteros e Intercampo, 1993) es salud, luego le sigue valerse por sí mismo y, en tercer lugar, mantenerse activo, un orden de elección casi idéntico al patrón de las correlaciones antes señaladas, donde además destacan como significativas sólo estas dimensiones.

Sin duda estos resultados avalan la validez de criterio del cuestionario, ya que sus resultados reflejan con gran exactitud las expectativas teóricas respecto de ellos.

Ahora hay que considerar el posible significado de la correlación positiva entre la satisfacción con la vida y la edad. Es de notar que este resultado es contrario, es decir inverso, con respecto a lo esperado si se parte de una visión negativa de la vejez, pero si se asume la perspectiva contraria, en otras palabras, que la vejez puede ser una etapa satisfactoria de la vida, la asociación sería positiva.

Visto así, ahora se puede preguntar en quiénes debería darse una concepción negativa y en quiénes una positiva, pues bien, se puede elucubrar que a mejor nivel de vida más se debería sostener una perspectiva de la vejez como etapa de disfrute y, a la inversa, a menor nivel de vida se sostendrá que la vejez es una etapa más bien de sufrimiento. Entre los datos analizados hasta ahora se encuentra la discusión del posible significado del efecto modulador de la variable domicilio, donde se asumió que los que residen en su propio domicilio tendrían una mejor calidad de vida y, se puede agregar, que igualmente tendría una visión más optimista de la vejez; esto sería contrario para quienes habitan en residencias públicas.

Para evaluar esta posibilidad se diferenciaron los resultados con base en las modalidades de la variable domicilio, lo cual trajo como consecuencia que la asociación en los que habitan en residencias públicas se tornó no significativa, la asociación en el grupo de los que viven en residencias privadas se mantuvo positiva, pero su peso aumentó; y, finalmente, en los que habitan en su domicilio propio también se conservó positiva, subió el peso, pero bajó la significancia.

Resumiendo, si bien éstos últimos resultados no calzan de modo exacto con las predicciones, al menos si se asemejan lo suficiente como para señalar que parece darse una mejor perspectiva individual en lo que se refiere a la vejez en la medida en que la persona

disfruta de un mayor nivel de vida. Lo cual es, como los datos anteriores, una evidencia a favor de la validez de criterio del cuestionario.

Por último, en quinto lugar se discutirán los resultados con respecto al análisis de ítems. De modo bastante cercano los resultados del análisis de ítems repiten lo evidenciado en el comportamiento de las subescalas, tanto por sus relaciones con las variables de clasificación como por su patrón de correlaciones con el criterio (¿Satisfacción con la Vida?).

Por ello, de modo similar que el estudio de las subescalas del cuestionario, el análisis de ítems arroja en general evidencia a favor de la validez de criterio tanto a término de elementos aislados como de la escala en general.

Teniendo en cuenta el análisis de los resultados relacionados con los diferentes indicadores de validez que se han evaluado hasta ahora, se puede decir que el CUBRECAVI ostenta una adecuada validez de criterio, ya que, por una parte, los resultados se comportan en su relación con otras variables del modo en que las expectativas teóricas lo indican; y, por otra parte, los efectos gozan en alguna medida de replicabilidad, lo cual supone un grado de consistencia que avala igualmente la validez del cuestionario.

Es importante señalar que, además, estos resultados apuntan, de modo similar a los hallados en relación a la confiabilidad del cuestionario, hacia un más bajo nivel de cristalización de la opinión de los venezolanos con respecto al concepto de calidad de vida en la vejez, un nivel que podría ser compartido por los latinoamericanos en general, si se compara con el grado de definición dado en España, en lo particular, y en Europa, en general.

Igualmente que en el caso de la confiabilidad, estos resultados no dejan de incitar preguntas, por ejemplo, ¿es posible definir un mejor criterio externo de la calidad de vida?, ¿el desarrollo de las puntuaciones seriadas en el tiempo mostrarán una tendencia al deterioro menor en los sujetos que viven en su domicilio propio que en aquellos que habitan en una residencia pública?, ¿qué tan similares son los conceptos populares asociados a la calidad de vida en la vejez a través de las culturas?.

Validez de Constructo

"La validación de constructo, entendida como las evidencias que apoyan que las conductas observables del test son indicadores del constructo, es el aspecto esencial de la validez" (Martínez, 1995, p.348). En cuanto a los métodos para estimar esta modalidad de la validez, Kerlinger y Lee (2002/2002) indican que

> el análisis factorial se concibe como una herramienta para la validez de constructo. [...] Puede denominársele como un método de significado constitutivo, ya que permite al investigador estudiar los significados constitutivos de los constructos y, por consiguiente, su validez de constructo (p.777-778).

En este estudio, tal como se hizo en el trabajo de referencia de Fernández-Ballesteros y Zamarrón (1993) y como se desprende del comentario anterior, se estimó la validez de constructo mediante el análisis de componente principal, tanto de las preguntas del cuestionario como de las subescalas del mismo.

En este sentido, el marco teórico de las autoras originales del CUBRECAVI asume que la calidad de vida es un constructo multidimensional. Por ésta razón la escala se compone de varias subescalas, las cuales reflejan las dimensiones relevantes, y en buena medida independientes entre sí, que especifican la definición operacional del concepto.

El análisis de los ítems reportado por Fernández-Ballesteros y Zamarrón (1993) indica, tal como se puede derivar de lo antes dicho, la existencia de 8 componentes, que se corresponden exactamente con lo esperado por las autoras. A diferencia de esta correspondencia, en el presente estudio, empleando la misma técnica de análisis a las respuestas a los ítems, se lograron sólo 3 componentes.

El sentido de ésta diferencia se puede hallar, en principio, si se asume que en última instancia la calidad de vida es un concepto de origen y uso social, es decir, cultural. Por ello, bien se pueden dar variaciones del mismo entre contextos sociales diferentes, sin que ello afecte de modo sustancial a la validez de constructo. Así, la diferencia entre las soluciones factoriales no debe asumirse de entrada como un aspecto en contra de la validez del CUBRECAVI.

Otro argumento en este mismo sentido, pero expresado en términos más estadísticos, es la habitual inestabilidad de las estructuras factoriales (Kerlinger y Lee, 2002/2002; Nunnally y Bernstein, 1994/1995), la cual en este caso estaría explicada por la existencia de dos maneras diferentes de elaborar socialmente el concepto de calidad de vida en la vejez.

Más específicamente, en cuanto a los resultados obtenidos en Venezuela, lo primero que habría que señalar es que la noción nativa de calidad de vida estaría menos diferenciada, o si se quiere, matizada que la española. Habría que concluir que acá la noción es más cruda o, si se quiere decir de otro modo, menos construida, lo cual es coincidente con lo dicho ya en otros apartados de esta discusión de resultados.

Lo segundo a considerar es la forma en la que se asume la noción en este país. En referencia a esto, se puede decir que el elemento esencial de la concepción de la calidad de vida en la vejez en Venezuela, revelada en el primer componente de la solución factorial nativa, sería la salud, en sus diferentes acepciones (objetiva, subjetiva y psíquica), junto con la capacidad de autogestión y la satisfacción con la vida. Como puede verse, el concepto esbozado refleja las mismas asociaciones entre variables que se comentaron a razón de la validez de criterio.

El segundo aspecto esencial a la noción propia de calidad de vida en la vejez, dada en el segundo componente de la solución, se relaciona con el nivel del contexto en tanto ambiente social. Y el tercer elemento, visto en el tercer componente de la solución, también se vincula con el ambiente pero en su dimensión física y en lo relativo a los servicios disponibles.

Divisado así, el constructo calidad de vida en Venezuela refiere una tripleta compuesta de: Salud-Autogestión, Relaciones Sociales y Calidad del Contexto físico y de los Servicios.

Finalmente, el análisis de componente principal de las subescalas, un cálculo no realizado por Fernández-Ballesteros y Zamarrón (1993), indica, en refuerzo a lo expresado anteriormente, un concepto subyacente menos diferenciado de la calidad de vida, al punto que la solución da un único componente, donde los pesos de las escalas siguen una secuencia similar a la esbozada anteriormente: la satisfacción es el determinante principal, luego la actividad, habilidades funcionales, salud, integración social, calidad del ambiente y educación.

Resumiendo lo dicho con relación a la validez de constructo, los resultados del presente estudio revelan que la manera en que los venezolanos construyen la noción de calidad de vida en la vejez difiere del modo en que la asumen los españoles, lo cual revela una influencia esperable de lo elementos culturales sobre la distinción de un elemento socialmente saliente. Tomando esto como referencia, no se puede decir que la diferencia observada en la composición de los componentes principales sea un indicador de falta de validez de constructo, todo lo contrario revela que la prueba es lo suficientemente sensible como para captar los efectos de las idiosincrasias diferentes que caracterizan a cada sociedad.

Viendo la situación desde esta perspectiva, en este estudio el análisis de componente principal implicó "la comprobación de hipótesis experimentales" (Kerlinger y Lee, 2002/2002, p.779), el cual es un uso menos conocido de esta técnica. Concretamente, permitió evaluar el efecto de un tratamiento natural como es el que constituye una cultura diferente, en palabras de los mismos autores al hablar de esta otra forma de usar el análisis factorial, "las diferencias de sexo, educación, antecedentes sociales y culturales, quizá provoquen la aparición de factores" (p.779).

En concreto, la prueba mostró una sensibilidad muy conveniente a los efectos de elementos importantes en la determinación del concepto en cuestión, por lo cual se puede asumir que goza de validez ecológica (Langbein y Lichtman, 1978), es decir, el instrumento es sensible a los determinantes locales y permite un reordenamiento de las categorías de análisis y de los niveles de agrupación de los datos mediante los cuales se puede evitar incurrir en la falacia ecológica (Weiss, 1998).

Dada esta propiedad, al cuestionario subyace una definición constructiva que se ajusta a las particularidades de la idiosincrasia nativa, con lo cual se puede decir que goza en medida suficiente de validez de constructo.

Para cerrar este punto, como en los casos anteriores, surgen interrogantes, por ejemplo, ¿qué tan fidedigna es esta definición constructiva de la calidad de vida en la vejez?, en relación a esta pregunta, como un modo de abordar su estudio, ¿qué resultados daría un análisis factorial confirmatorio de esta definición constructiva?.

Ya para cerrar, a modo de síntesis general de la discusión de los resultados presentada hasta este momento, se puede decir que, sin duda, la prueba se muestra confiable, en lo que a

consistencia interna se refiere, tanto si se comparan los hallazgos con los resultados obtenidos en otras latitudes con el mismo instrumento o con pruebas similares, como si se contrastan contra los criterios usuales de confiabilidad exigidos a un cuestionario que se supone mide una elaboración cultural. Por tanto, se puede afirmar que esta prueba está en capacidad de generar datos suficientemente confiables.

Igualmente, en lo que respecta a su validez, el test muestra una adecuada validez tanto de criterio como de constructo, por lo cual se puede decir que representa una operacionalización apropiada del concepto calidad de vida en la vejez, la cual se ajusta a la perspectiva cultural típica de los venezolanos, con lo cual se puede asumir que, además, también goza de validez ecológica, de modo que el cuestionario permite una reagrupación de las categorías de análisis de los datos que evita el incurrir en la falacia ecológica.

Por último, teniendo en cuenta que las adaptaciones hechas a los ítems fueron exitosas, en tanto que no se reportó en ningún momento problemas con la comprensión adecuada de los mimos; y asumiendo que la muestra, aun cuando estuvo formada por residentes en el Área Metropolitana de Caracas, reveló una gran heterogeniedad, no sería inconveniente asumir que el cuestionario resultaría igualmente eficiente para evaluar la calidad de vida de los ancianos de Venezuela y no tan solo de Caracas.

Por todo esto, como una conclusión general, el presente estudio mostró que, más allá de las dudas razonables, el CUBRECAVRI resulta una prueba psicométricamente calificada, confiable y válida, para la evaluación de la calidad de vida en los ancianos de Venezuela.

Así mismo, lo anterior permite decir que los datos obtenidos a través este cuestionario gozan de las características necesarias para servir de insumo idóneo a los procesos de estudio del tema calidad de vida de los viejos en nuestro país.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anastasi A. y Urbina S. (1998). *Tests Psicológicos.* (7ma. ed.). Prentice Hall: México.

Arnau, J. (1981). *Diseños experimentales en psicología y educación.* (1). Trillas: México.

Antonucci, T., Okorodudu, C. y Akiyama, H. (2002). Well-being among older adults on different continents. *Journal of Social Issues.* 58. (4). 617-626

Carmines, E. y Zeller, R. (1979). *Realiability and validity assessment.* Sage: Beverly Hills.

Catalán, J (1998). *Ancianidad.* http://www.cop.es/colegiados/A-00512/ancianidad.html.

Cava, M. y Musitu, G. (2002). Bienestar Psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Mul. de Gerontología.* 10 (4): 215-221.

Cooney, T. y Dunne, K. (2001). Intimate relationships in later life. *Journal of Family isuues.* 22. (7). 838 – 855.

Embretson, S. (Ed.) (1985). *Test design: developments in psychology and psychometrics.* Academic Press: New York.

Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Dimensiones en la evaluación de la calidad de vida.* Documento no publicado. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

Fernández – Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología.* 73, 89-104

Fernández-Ballesteros, R.; Moya, R.; Iñiguez, J.; Zamarrón, M. (1999). *Qué es la psicología de la vejez.* Biblioteca Nueva: Madrid.

Ferrey, G, Le Jones, G y Bobes, J. (1994). *Psicopatología del anciano.* Barcelona: Masson Barcelona.

Fornós, M. (2003). *Sociedad y vejez. Crisis e identidad en el envejecer.* Interpsiquis. http://www.psiquiatría.com/articulos/psicogeriatria/9778/.

Francis, J (1998). La dignidad del anciano y su misión en la iglesia y en el mundo. http://www.aica.org/documentos/ancianos99.htm.

García, L. (1991). Calidad de vida y formación humana. II Coloquio Internacional: La calidad de vida de la persona. Desafío actual del nuevo milenio. Santo Domingo.

Grau, J. (1998). Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación. II *Jornada de actualización en Psicología de la Salud.* http://brnt1sp201.digiweb.com.br/nemeton/artigos/CALIDAD-DE-VIDA-Y-SALUD.doc.

Gregory, R (2001). *Evaluación psicológica: historia, principios y aplicaciones.*: El Manual Moderno: México.

González, F. (1992). Personalidad, salud y modo de vida. Fondo Editorial de la Facultad de Humanidades y Educación. UCV: Caracas.

González-Celis, A. (2002). *Efectos de la intervención de un programa de promoción a salud sobre la calidad de vida en ancianos.* Tesis Doctoral en Psicología no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México: México.

Kerlinger, F. (1988). *Investigación del Comportamiento.* (3a. ed.). McGraw-Hill: Madrid.

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002/2002). *Investigación del comportamiento: métodos de investigación en las ciencias sociales* (4° ed.). McGraw-Hill: México.

Langbein, L. y Lichtman, A. (1978). *Ecological inference.* Sage: Beverly Hills.

Magnusson, D. (1966). *Teoría de los tests* (2a. ed.). Trillas: México.

Martínez, R. (1995). *Psicometría: teoría de los tests psicológicos y educativos*. Síntesis: Madrid.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (1996). *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Madrid.

Monchietti, A. y Krzemien, D. (2000). Participación social y estilo de vida. Su relación con la calidad de vida en la vejez. *Tiempo*. (6). http://psicomundo.com/tiempo/

Moragas, R. (1995). *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*. Herder: Barcelona.

Muñiz, J. (2000). *Teoría clásica de los tests*. Pirámide: Madrid.

Noe, E., Pomares, E:, Urrestarazu, E., Martínez – Villa, E. Luquin, M. (1999). Dementia in parkinsonís disease: a neuropsychological and Tc – HMPAO spect study. First International Congress on Neuropsychological in internet. http://www.uninet.edu/union99/congress/libs/dem/d08.html.

Nunnally, J. y Bernstein, I. (1994/1995). *Teoría psicométrica* (3° Ed). MacGraw-Hill: México.

Organización Mundial de la Salud (1999). *1999: año internacional de las personas de edad*. http://165.158.1.110/spanish/DPI/whd99/whd99_02.htm.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Envejecimiento y salud*. Papel de trabajo de la 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Abril.

Padilla (1993). Calidad de vida y sus variables. *Revista de Salud Pública*. 10. 14-17.

Papalia, D. y Wendoks, S. (1997). *Desarrollo Humano* (6ta ed.). McGrawHill: México.

Rice, P. (1997). *Desarrollo Humano* (2a. ed.). Prentice Hall: México.

Rodríguez, M. y Corona, D. y Goñi, L. (1998). *Creatividad en la tercera edad* (1° ed.). Panorama editorial: México.

Rust, J. y Golombok, S. (1999). *Modern psychometrics* (2° Edc). Routledge: London.

Somolinos, J. (1989). Perspectivas de la Geriatría en México. *Revista Médica IMSS*. 27. 257-259

Tamer, N. (1989). Lineamiento para un modelo integral de educación de adultos de la tercera edad. Magister Scientiae en Educación. Universidad de Costa Rica, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica.

Thivierge,G. (1991). Calidad de vida y opciones existenciales. II Coloquio Internacional: La calidad de vida de la persona. Desafío actual del nuevo milenio. Santo Domingo.

Villar, F., Triadó, C. (2000) Conocimiento sobre el envejecimiento: adaptación del FAQ (Facts on aging quiz) y evaluación en diferentes cohortes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(3), 523 – 534

Vásquez, R (2001). Estudio de las propiedades Psicométricas del Cuestionario de Autoliderazgo de Anderson y Prusia. Trabajo de Grado. Psicología. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela

Vega, J. y Bueno, B. (1996). *Desarrollo adulto y envejecimiento* (1ª ed.). Síntesis: Madrid.

Weiss, C. (1998). *Evaluation* (2° Ed). Prentice Hall: Upper Saddle River.

VII. ANEXOS

ANEXO A

BREVE CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (CUBRECAVI)
Fernández Ballesteros, R. y Zamarrón M.D.
(Protocolo para el entrevistador. Cuestionario 1)

NOMBRE Y APELLIDOS: .....
EDAD: ..... SEXO: ..... E. CIVIL..... TELÉFONO: .....
RESIDENCIAL .....
DOMICILIO: ..... PROVINCIA: .....

1. SALUD

1.1. Salud Subjetiva

P.1. ¿Se siente Vd. satisfecho con su actual estado de salud?

1. Nada
2. Algo
3. Bastante
4. Mucho

1.2. Salud Objetiva

P.2. En las dos últimas semanas ¿Ha tenido Vd. alguno de los siguientes dolores o síntomas?

	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces
1. Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones.....	4	3	2	1
2. Mareos o vahídos.....	4	3	2	1
3. Tos, catarro o gripe.....	4	3	2	1
4. Tobillos hinchados.....	4	3	2	1
5. Cansancio sin razón aparente ..	4	3	2	1
6. Dificultad para dormir.....	4	3	2	1
7. Flojedad en las piernas	4	3	2	1
8. Dificultad para respirar o sensación de falta de aire	4	3	2	1
9. Palpitaciones.....	4	3	2	1
10. Dolor u opresión en el pecho....	4	3	2	1
11. Manos o pies fríos.....	4	3	2	1
12. Adormilado durante el día	4	3	2	1
13. Boca seca.....	4	3	2	1

(Continuación P.2)

	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces
4. Sensación de náuseas o ganas de vomitar	4	3	2	1
5. Gases	4	3	2	1
6. Levantarse a orinar por las noches	4	3	2	1
7. Escapársele la orina	4	3	2	1
8. Zumbido de oídos	4	3	2	1
9. Hormigueos en los brazos o en las piernas	4	3	2	1
0. Picores en el cuerpo	4	3	2	1
1. Sofocos	4	3	2	1
2. Llorar con facilidad	4	3	2	1

MEDIA = (1 + 2 +... + 22)/22 [ ]

.3. Salud Psíquica

.3. ¿Podría decirme con qué frecuencia le ocurren a Vd. las siguientes cuestiones que le voy a indicar?

	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	NC
¿Sentirse deprimido, triste, indefenso, desesperado, nervioso o angustiado?	4	3	2	1	9
Tener problemas de memoria, olvidar el día de la semana, lo que ha estado haciendo o donde puso sus objetos personales.	4	3	2	1	9
Se desorienta o se pierde en algún lugar	4	3	2	1	9

MEDIA = (1 + 2 + 3)/3 [ ]

INTEGRACIÓN SOCIAL

4. ¿Con qué frecuencia suele Vd. verse (para hablar o tomar algo) con las siguientes personas?

(Continuación P.4)

(si procede)	Todos los días o casi	Al menos 1 vez semanal	Al menos 1 vez al mes	Menos 1 vez al mes	Ns/Nc
1 Hijos/as que no viven con Vd. en la misma casa	4	3	2	1	9
2 Nietos/as que no viven con Vd. en la misma casa	4	3	2	1	9
3 Familiares que no viven con Vd en la misma casa	4	3	2	1	9
4 Vecinos	4	3	2	1	9
5 Amigos que no sean vecinos	4	3	2	1	9

– MEDIA = (1 + 2 + 3 + 4 + 5)/5 [ ]

P.5. ¿En qué medida está Vd. satisfecho de la relación que mantiene con las personas allegadas a Vd. que le voy a indicar?

(si procede)	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	NC
1 Su cónyuge	3	2	1	9
2 Sus hijos	3	2	1	9
3 Sus nietos	3	2	1	9
4 Otros familiares	3	2	1	9
5 Vecinos	3	2	1	9
6 Amigos no vecinos	3	2	1	9

– MEDIA = Puntuación (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6)/6 [ ]

3. HABILIDADES FUNCIONALES

P.6. ¿Considera Vd. que se puede valer por sí mismo?

4. Muy bien
3. Bien
2. Regular
1. Mal
9. Ns/Nc

P.7. ¿En qué medida tiene Vd. dificultades para realizar las siguientes actividades?

(Continuación P.7)

	Ninguna	Alguna	Bastante	Mucha	NS/NC
1 Cuidar de su aspecto físico (peinarse, lavarse, vestirse, ducharse)	4	3	2	1	9
2 Realizar tareas caseras	4	3	2	1	9
3 Caminar	4	3	2	1	9
4 Realizar tareas fuera de casa	4	3	2	1	9

– MEDIA = Puntuación (1 + 2 + 3 + 4)/4 [ ]

4. ACTIVIDAD Y OCIO

P.8. ¿Cuál de las siguientes actividades describe mejor el nivel de actividad que Vd. tiene diariamente?

1. Casi completamente inactivo (leer, ver TV, etc.).
2. Actividad, normal doméstica (gestiones, ir a la compra, al cine).
3. Alguna actividad física o deportiva ocasional o esporádica semanal (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades de ligero esfuerzo, etc.).
4. Actividad física regular varias veces al mes (tenis, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.).
5. Entrenamiento físico varias veces a la semana.
9. NS/NC.

P.9. ¿Con qué frecuencia realiza Vd. las siguientes actividades?

	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca	NS/NC
1 Leer un libro/periódico	3	2	1	9
2 Visitar amigos/parientes	3	2	1	9
3 Ver la televisión	3	2	1	9
4 Escuchar la radio	3	2	1	9
5 Caminar	3	2	1	9
6 Jugar con otras personas a juegos recreativos	3	2	1	9
7 Cuidar niños	3	2	1	9
8 Hacer manualidades (coser, ganchillo, punto)	3	2	1	9

Continuación P.9)

	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca	NS/NC
9 Hacer recados o gestiones	3	2	1	9
10 Ir de compras	3	2	1	9
11 Viajar	3	2	1	9

– MEDIA = Puntuación (1 + 2 + 3 + ... + 11)/11 [ ]

P.10. ¿En general está Vd. satisfecho de la forma en que ocupa su tiempo?

3. Satisfecho
2. Indiferente
1. Insatisfecho
9. Ns/Nc

5. CALIDAD AMBIENTAL

P.11. ¿Qué grado de satisfacción tiene Vd. en relación con los siguientes aspectos de la casa/residencia donde vive?

	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	NS/NC
1 El ruido/silencio	3	2	1	9
2 La temperatura	3	2	1	9
3 La iluminación	3	2	1	9
4 Orden y limpieza	3	2	1	9
5 El mobiliario	3	2	1	9
6 Las comodidades (electrodomésticos, etc)	3	2	1	9

– MEDIA = Puntuación (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6)/6 [ ]

P.12. ¿Qué grado de satisfacción tiene Vd. con la vivienda/residencia en general?

3. Satisfecho
2. Indiferente
1. Insatisfecho
9. Ns/Nc

6. SATISFACCIÓN CON LA VIDA

P.13. ¿En qué medida está ud. satisfecho, en términos generales, con la vida?

1. Nada
2. Algo
3. Bastante
4. Mucho
9. NS/NC

7. EDUCACIÓN

P.14. ¿Podría decirme el nivel máximo de estudios terminados alcanzados por ud.?

Menos de estudios primarios, no sabe leer	0
Menos de estudios primarios, sabe leer	1
Estudios primarios completos	2
Formación Profesional 1er Grado	3
Formación Profesional 2.º Grado	4
Bachiller Elemental, EGB	5
Bachiller Superior, BUP, COU	6
Estudios de Grado Medio	7
Universitarios o Superiores	8
NC	9

INGRESOS

P.15. ¿Podría decirme los ingresos mensuales que, por todos los conceptos, entran en su hogar?

Hasta 45.000 ptas.	0
De 45.001 a 75.000 ptas.	1
De 75.001 a 100.000 ptas.	2
De 100.001 a 150.000 ptas.	3
De 150.001 a 200.000 ptas.	4
De 200.001 a 275.000 ptas.	5
De 275.001 a 350.000 ptas.	6
De 350.001 a 450.000 ptas.	7
Más de 450.000 ptas.	8
NS/NC	9

9. SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

P.16. ¿Con qué frecuencia utiliza ud. los servicios sociales y sanitarios que le ofrece la comunidad/residencia?

1. Frecuentemente
2. Ocasionalmente
3. Nunca
9. NS/NC

P.17. ¿En qué medida está ud. satisfecho con los servicios sociales y sanitarios que utiliza?

4. Muy satisfecho
3. Bastante satisfecho
2. Algo satisfecho
1. Nada satisfecho
9. NS/NC

10. CALIDAD DE VIDA

P.18. Como ud. sabe, hoy en día un objetivo importante de lograr una mayor *calidad de vida*. ¿Podría decirme qué importancia concede ud. a cada uno de los aspectos que le voy a indicar para determinar su *calidad de vida*, indicando cuál es el primero más importante, el segundo, el tercero, el cuarto, el quinto, y el sexto más importante?

	1.º	2.º	3.º	4.º	5.º	6.º
– Tener buena salud	01	01	01	01	01	01
– Poder valerse por sí mismo	02	02	02	02	02	02
– Mantenerse activo	03	03	03	03	03	03
– Tener buenos servicios sociales y sanitarios	04	04	04	04	04	04
– Mantener buenas relaciones con la familia y sociales	05	05	05	05	05	05
– Tener una vivienda buena y cómoda	06	06	06	06	06	06
– Tener una buena pensión o renta	07	07	07	07	07	07
– Sentirse satisfecho con la vida	08	08	08	08	08	08
– Calidad medio ambiente del barrio o de la ciudad	09	09	09	09	09	09

(Continuación P.18)

	1.º	2.º	3.º	4.º	5.º	6.º
- Tener oportunidades de aprender y conocer nuevas cosas	10	10	10	10	10	10
- Otros ¿cuáles?	11	11	11	11	11	11
- Ninguno	12	12	12	12	12	12
- NS/NC	13	13	13	13	13	13

RESUMEN DE RESULTADOS

1. Salud

	RANGO	P.D.	P.E.
P.1. Salud Subjetiva	(1-4)	[ ]	
P.2. Salud Objetiva	(1-4)	[ ]	
P.3. Salud Psíquica	(1-4)	[ ]	
* Media de Salud (P.1+P.2+P.3)/3	(1-4)	[ ]	[ ]

2. Integración social

P.4	(1-4)	[ ]	
P.5	(1-3)	[ ]	
* Media de Int. Social (P.4+P.5)/2	(1-3,5)	[ ]	[ ]

3. Hab. funcionales

P.6	(1-4)	[ ]	
P.7	(1-4)	[ ]	
* Media Hab. funcionales (P.6+P.7)/2	(1-4)	[ ]	[ ]

4. Actividad y ocio

P.8	(1-5)	[ ]	
P.9	(1-3)	[ ]	
P.10	(1-3)	[ ]	
* Media Activ. y ocio (P.8+P.9+P.10)/3	(1-3,6)	[ ]	[ ]

5. Calidad ambiental

	RANGO	P.D.	P.E.
P.11.	(1-3)	[ ]	
P.12.	(1-3)	[ ]	
* Media Cal. ambiental (P.11+P.12)/2	(1-3)	[ ]	[ ]

6. Satis. con la vida

P.13.	(1-4)	[ ]	[ ]

7. Educación

P.14.	(1-8)	[ ]	
* Indice (P.14)/2	(1-4)	[ ]	[ ]

8. Ingresos

P.15.	(0-8)	[ ]	
* Indice (P.15)/2	(0-4)	[ ]	[ ]

9. Servicios

P.16.	(1-3)	[ ]	
P.17.	(1-4)	[ ]	
* Media de servicios (P.16+P.17)/2	(1-3,5)	[ ]	

10. Calidad de vida

1.º .....

2.º .....

3.º .....

4.º .....

5.º .....

6.º .....

ANEXO B

BREVE CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (CUBRECAVI)

Fernández-Ballesteros, R y Zamarrón. M.D.

Cuestionario

Sexo:
Edad:
Zona residencial de la cual proviene:

1. ¿Se siente usted satisfecho con su actual estado de salud?
1. Nada 2. Algo 3. Bastante 4.Mucho

2. En las dos últimas semanas ¿Con que frecuencia ha tenido usted alguno de los siguientes dolores, síntomas o malestares?.

	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces
Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones	4	3	2	1
Mareos o vahídos	4	3	2	1
Tos, catarro o gripe	4	3	2	1
Tobillos hinchados	4	3	2	1
Cansancio sin razón aparente	4	3	2	1
Dificultad para dormir	4	3	2	1
Debilidad en las piernas	4	3	2	1
Dificultad para respirar o sensación de falta de aire	4	3	2	1
Palpitaciones	4	3	2	1
Dolor u opresión en el pecho	4	3	2	1
Manos o pies fríos	4	3	2	1
Sueño durante el día	4	3	2	1
Boca seca	4	3	2	1
Sensación de náuseas o ganas de vomitar	4	3	2	1
Gases	4	3	2	1
Levantarse a orinar por las noches	4	3	2	1
Dificultad para controlar la orina	4	3	2	1
Zumbido de oídos	4	3	2	1
Hormigueos en los brazos o en las piernas	4	3	2	1
Picazón en el cuerpo	4	3	2	1
Sofocos	4	3	2	1
Llorar con facilidad	4	3	2	1

3. ¿Podría decirme con qué frecuencia le ocurre a usted lo que le voy a indicar?

	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	No contesta
Sentirse deprimido, triste, indefenso, desesperado, nervioso o angustiado	4	3	2	1	9
Tener problemas de memoria, olvidar el día de la semana, lo que ha estado haciendo o dónde puso sus objetos personales.	4	3	2	1	9
Sentirse desorientado o perdido	4	3	2	1	9

4. ¿Con qué frecuencia suele usted verse (para hablar o tomar algo) con las siguientes personas?

	Todos los días o casi	Al menos 1 vez semanal	Al menos 1 vez al mes	Menos de 1 vez al mes	No sé/no contesta
Hijos/as que no viven con usted en la misma casa	4	3	2	1	9
Nietos/as que no viven con usted en la misma casa	4	3	2	1	9
Familiares que no viven con usted en la misma casa	4	3	2	1	9
Vecinos	4	3	2	1	9
Amigos que no sean vecinos	4	3	2	1	9

5. ¿En qué medida está usted satisfecho de la relación que mantiene con las personas que le voy a indicar?

	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	No Contesta
Su cónyuge	3	2	1	9
Sus hijos	3	2	1	9
Sus nietos	3	2	1	9
Otros familiares	3	2	1	9
Vecinos	3	2	1	9
Amigos no vecinos	3	2	1	9

6. ¿Cómo considera usted que se puede valer por sí mismo?

4. Muy Bien 3. Bien 2. Regular 1.Mal 9. No sé/no contesta

7. ¿En qué medida tiene usted dificultades para realizar las siguientes actividades?

	Ninguna	Alguna	Bastante	Mucha	No sé/no contesta
Cuidar de su aspecto físico (peinarse, lavarse, vestirse, ducharse)	4	3	2	1	9
Realizar tareas caseras	4	3	2	1	9
Caminar	4	3	2	1	9
Realizar tareas fuera de la casa	4	3	2	1	9

8. ¿Cuál de las siguientes actividades describe mejor el nivel de actividad que usted tiene diariamente?

1. Casi completamente inactivo (leer, ver televisión, etc).
2. Actividad doméstica normal (gestiones, ir a la compra, al cine).
3. Actividad física deportiva ocasional o esporádica semanal (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades de ligero esfuerzo, etc).
4. Actividad física regular varias veces al mes (tenis, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc).
5. Entrenamiento físico varias veces a la semana.
9. No sé, no contesta.

9. ¿Con qué frecuencia realiza usted las siguientes actividades?

	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca	No sé/no contesta
Leer un libro/periódico	3	2	1	9
Visitar amigos/parientes	3	2	1	9
Ver la televisión	3	2	1	9
Escuchar la radio	3	2	1	9
Caminar	3	2	1	9
Jugar con otras personas a juegos recreativos	3	2	1	9
Cuidar niños	3	2	1	9
Hacer manualidades (coser, tejer)	3	2	1	9
Hacer recados o gestiones	3	2	1	9
Ir de compras	3	2	1	9
Viajar	3	2	1	9

10. ¿En general cuán satisfecho está usted con la forma en que ocupa su tiempo?

3. Satisfecho 2. Indiferente 1. Insatisfecho 9. No sé/no contesta

11. ¿Qué grado de satisfacción tiene usted en relación con los siguientes aspectos de la casa/residencia donde vive?

	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	No sé/no contesta
El ruido/silencio	3	2	1	9
La temperatura	3	2	1	9
La iluminación	3	2	1	9
El orden y la limpieza	3	2	1	9
El mobiliario	3	2	1	9
Las comodidades (electrodomésticos, etc)	3	2	1	9

12. ¿Qué grado de satisfacción tiene usted con la vivienda/residencia en general?

3. Satisfecho 2. Indiferente 1. Insatisfecho 9. No sé/no contesta

13. ¿En qué medida está usted satisfecho, en términos generales, con la vida?

1. Nada 2. Algo 3. Bastante 4. Mucho 9. No sé/no contesta

14. ¿Podría decirme el nivel máximo de estudios terminados alcanzados por usted?

- Analfabeta.....0
- Educación Básica Incompleta.....1
- Educación Básica Completa.....2
- Educación Media Diversificada Incompleta.....3
- Educación Media Diversificada Completa.....4
- Educación Técnica Incompleta.....5
- Educación Técnica Completa.....6
- Educación Superior Incompleta.....7
- Educación Superior Completa y/o Estudios de Postgrado 8
- No contesta.....9

15. ¿Podría decirme los ingresos mensuales que, por todos los conceptos, entran o entraban en su hogar?

- Menos de 200.000 Bs.....0
- De 200.001 a 400.00 Bs.....1
- De 400.001 a 600.000 Bs.....2
- De 600.001 a 800.000 Bs.....3
- De 800.001 a 1.000.000 Bs.....4
- De 1.000.001 a 1.500.000 Bs.....5
- De 1.500.001 a 2.000.000 Bs.....6

- De 2.000.001 a 3.000.000 Bs.....7
- Más de 3.000.000 Bs.....8
- No sé/ no contesta.....9

16. ¿Con qué frecuencia utiliza usted los servicios sociales y sanitarios que existen en la institución donde vive o en su residencia?

1. Frecuentemente 2. Ocasionalmente 3. Nunca 9. No sé/no contesta

17. ¿En qué medida está usted satisfecho con los servicios sociales y sanitarios que utiliza?

4. Muy satisfecho 3. Bastante satisfecho 2. Algo satisfecho 1. Nada satisfecho 9. No sé/no contesta

18. Como usted sabe, hoy en día, un objetivo importante es lograr una mayor calidad de vida. ¿Podría decirme qué importancia concede usted a cada uno de los aspectos que le voy a indicar para determinar su calidad de vida, indicando cuál es el primero más importante, el segundo, el tercero, el cuarto, el quinto, el sexto más importante?

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Tener buena salud						
Poder valerse por sí mismo						
Mantenerse activo						
Tener buenos servicios sociales y sanitarios						
Mantener buenas relaciones con la familia y sociales						
Tener una vivienda buena y cómoda						
Tener una buena pensión o renta						
Sentirse satisfecho con la vida						
Calidad del medio ambiente del barrio o de la ciudad						
Tener oportunidades de aprender y conocer nuevas cosas						
Otras ¿Cuáles?						
Ninguna						
No sé/ no contesta						

MiniMentalLLC

NOMBRE DEL PACIENTE_____Edad_____
NOMBRE DEL EXAMINADOR_____Años de estudio terminados_____

Acérquese al paciente con respeto y aliento
Pregunte: "¿Tiene algún problema con su memoria?" ___Sí ___No
"¿Puedo hacerle algunas preguntas sobre su memoria?" ___Sí ___No

CALIFICACIÓN	REACTIVO
5 ( )	ORIENTACIÓN EN TIEMPO Pregunta: "¿Cuál es el año_____(1), estación_____(1), mes del año_____(1), fecha_____(1), día de la semana_____(1)?"
5 ( )	ORIENTACIÓN EN LUGAR Pregunta: ¿Dónde nos encontramos? ¿Cuál es el estado?_____(1) Ciudad__(1) parte de la ciudad_____(1), edificio_____(1) parte del edificio___(1)?"
3 ( )	REGISTRO DE TRES PALABRAS Diga: "Escuche cuidadosamente. Voy a decir tres palabras. Usted repítalas después de que me detenga. ¿Listo?. Son las siguientes...POTRO (espere un segundo), CUARTO (espere un segundo), NARANJA (espere un segundo). ¿Cuáles eran esas palabras? _____(1) _____(1) _____(1) Conceda un punto por cada respuesta correcta, después repítalas hasta que el paciente se aprenda las tres.
5 ( )	SIETES EN SERIE COMO PRUEBA DE ATENCIÓN Y CÁLCULO Pregunte: "Reste 7 de 100 y continúe restando sietes de cada resultado subsecuente hasta que le pida que se detenga. ¿Cuántos es 100 menos 7?"_____(1) Diga: "Prosiga". _____(1)_____(1)_____(1)_____(1)
3 ( )	RECUERDO DE TRES PALABRAS Pregunte: "¿Cuáles fueron las tres palabras que le pedí que recordara?" Conceda un punto por cada respuesta correcta. _____(1) _____(1)_____(1).
2 ( )	NOMBRES Pregunte: "¿Qué es esto?" (muestre un lápiz)_____(1) "¿Qué es esto?" (muestre un reloj)_____(1)
1 ( )	REPETICIÓN Diga: "Ahora le voy a pedir que repita lo que le digo. ¿Listo? "Por donde pecas, pagas" "Ahora usted lo repite"_____(1)

3 ( ) COMPRENSIÓN

Diga:

"Escuche con cuidado porque voy a pedirle que haga una cosa:

"Tome este papel con su mano izquierda (1), dóblelo a la mitad (1) y colóquelo en el piso". (1)

1 ( ) LECTURA

Diga:

"Por favor lea lo siguiente y haga lo que dice, pero no lo diga en voz alta."

Cierre los ojos

1 ( ) ESCRITURA

Diga:

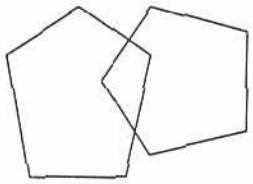
"Por favor escriba una oración. "Si el paciente no responde, diga: Escriba sobre el clima" (1)

_____

_____

1 ( ) DIBUJO

Diga: "Por favor copie este diseño".



PUNTUACIÓN TOTAL_____Evalúe el nivel de conciencia a lo largo de un continuo

_____

Alerta Somnolencia Estupor Coma

	Sí	No
Cooperativo		
Deprimido		
Ansioso		
Visión deficiente		
Audición deficiente		
Lengua materna		
_____		

	Sí	No
Deterioro con respecto al nivel previo de funcionamiento		
Antecedentes familiares de demencia		
Trauma encefálico		
Accidente cerebral vascular		
Abuso de alcohol		
Enfermedad de las tiroides		

FUNCIÓN POR PODER

Por favor registre los datos cuando el paciente fue menos capaz de llevar a cabo las siguientes tareas. Pregunte a la persona encargada del cuidado sí el paciente maneja de manera Independiente:

	Sí	No	Fecha
Dinero/Billetes:			
Medicamento:			
Transporte:			
Teléfono:			