

Universidad de Salamanca
Facultad de Psicología
Máster en Psicología General Sanitaria



Revisión de la literatura científica sobre calidad de vida y salud mental en personas mayores

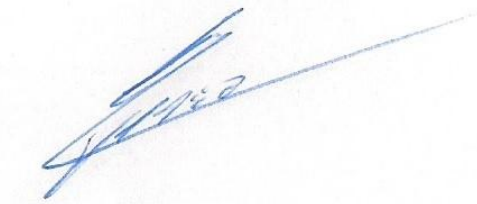
Autor: D. Ignacio Linares Navarro
Tutor: Dr. D. Miguel Ángel Verdugo Alonso
Fecha de publicación: Enero de 2017

Declaración de autoría

Declaro que:

- 1) He redactado el trabajo “Revisión de la literatura científica sobre calidad de vida y salud mental en personas mayores” para la asignatura de Trabajo Fin de Master en el curso académico 2016/2017 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en las Referencias bibliográficas.*
- 2) He identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.*
- 3) El trabajo realizado así como el material incluido en los Anexos constituye una aportación personal y que no he copiado, reproducido ni utilizado programas ya existentes. En todos los casos se ha reconocido expresamente la autoría de instrumentos de evaluación o similares, publicados.*
- 4) Soy consciente de que no respetar estos extremos es objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden, incluyendo la calificación del TFM con un 0-Suspenso.*

En Salamanca, a 11 de enero de 2017,



Agradecimientos

Agradezco a mi tutor Miguel Ángel Verdugo la ayuda y el soporte prestado durante el proceso de elaboración de este trabajo.

Asimismo, reciba una mención especial la labor de la biblioteca municipal de Palencia, la cual siempre facilitó en la medida de lo posible el acceso a parte de la bibliografía necesaria, aún mediante préstamos interbibliotecarios, con especial diligencia.

Resumen y palabras clave

Resumen: Las personas mayores conforman una población que, en muchas ocasiones, padece problemas de salud mental y una merma de su capacidad funcional. El presente estudio supone una aportación que aborda esta casuística desde la perspectiva de la calidad de vida, contextualizando la problemática en este sentido y compilando los datos relacionados más relevantes procedentes de diferentes estudios e investigaciones previas, con el fin de arrojar luz de cara al estado actual de la cuestión y las implicaciones clínicas e incluso políticas que ello puede conllevar.

Palabras clave: calidad de vida, salud mental, envejecimiento, personas mayores, calidad de vida relacionada con la salud, demencia.

Abstract: The elderly people make up a population that, in many cases, suffers from mental health problems and a loss of the functional ability. This study provides an approach to this case-based from the perspective of the quality of life. The problematic has been contextualized in this sense. The relevant related data from other studies and previous investigations have been compiled to shed light on the status of the question and in the clinical and policy implications that this may entail.

Keywords: quality of life, mental health, ageing, elderly, health related quality of life, dementia.

Índice de contenidos

1. Introducción	Pág. 5
2. Desarrollo	Pág. 6
2. 1. Conceptualización y contextualización	Pág. 6
2. 2. Calidad de vida y salud mental	Pág. 10
2. 3. Calidad de vida y envejecimiento	Pág. 15
2. 4. Calidad de vida y familias	Pág. 19
3. Conclusiones	Pág. 20
Referencias bibliográficas	Pág. 22
Anexos	Pág. 28

Índice de tablas y figuras

Figura 1: Evolución temporal del estudio de la calidad de vida	Pág. 7
Figura 2: Niveles de análisis en el modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2003)	Pág. 10

1. Introducción

El presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica acerca de la relación entre calidad de vida y salud mental en personas mayores, considerando a este grupo de población como a todas aquellas personas con al menos 60 años de edad.

La calidad de vida es un concepto que adolece de no contar con un único modelo teórico, puesto que, a pesar de venirse estudiando desde hace más de un cuarto de siglo, la evolución del campo no se ha hecho de manera uniforme. Siendo esto así, ya en el magnífico ejercicio de compilación y estructuración de Schalock y Verdugo (2003) se reconocía la existencia diferenciada de una calidad de vida centrada en la persona y de una calidad de vida centrada en la familia. Resulta tentador pues pensar que ambos tipos de calidad de vida pueden aplicarse de manera muy apropiada a las personas mayores, quienes en muchas ocasiones viven en núcleos familiares amplios, más aún si padecen algún tipo de enfermedad o trastorno mental.

Los propios Schalock y Verdugo (2003) desarrollan el concepto de calidad de vida atendiendo a seis áreas de interés, tres de las cuales son precisamente salud mental y comportamental, envejecimiento, y familias.

El objetivo que se persigue es, pues, compilar en un único documento todo aquello que relacione estas tres variables: (1) calidad de vida, (2) salud mental y (3) personas mayores; con el fin de discernir la relevancia de la influencia que unas ejercen sobre las otras y obtener, en definitiva, una perspectiva global sobre el tema.

Todo ello permitirá otorgar la importancia debida a la calidad de vida en cuanto a la prevención y el tratamiento de trastornos y enfermedades mentales en las personas mayores; a partir, por ejemplo, de la aplicación adaptada a esta población del modelo de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo (2003, 2012).

Los mismos Schalock y Verdugo (2003) definen ilustrativamente y de manera muy concreta la dimensión más fundamental y pragmática del concepto de calidad de vida:

“En su esencia, el concepto de calidad de vida nos da un sentido de referencia y orientación desde la perspectiva individual, un principio primordial para mejorar el bienestar individual y colaborar por el cambio a nivel social, y un lenguaje común y marco de referencia sistemático para orientar nuestros intentos actuales y futuros”.

Así pues y en definitiva, el concepto de calidad de vida puede llevarse a la práctica como un agente de cambio para mejorar la vida de las personas, y podemos y debemos trabajar en este sentido.

2. Desarrollo

2.1. Conceptualización y contextualización

Resulta imperativo explicitar, antes de nada, los criterios de búsqueda bibliográfica empleados. Así, como ya se comentó en la introducción, se ha considerado como personas mayores a aquellas con al menos 60 años. Y en lo referente a la salud mental de esta población, se han incluido tanto trastornos mentales (ej. depresión) como enfermedades mentales (ej. enfermedad de Alzheimer). Para ser incluidas en este trabajo, las referencias tenían que contener en su título o como descriptor de su contenido alguno de los términos relacionados con una de nuestras tres grandes áreas de convergencia: (1) calidad de vida, (2) salud mental y (3) personas mayores. El considerable número de términos relacionados con estas tres áreas, sobre todo con las dos últimas, hace que no sea posible la delimitación exacta de los mismos, y es por ello que el presente trabajo se trata más de una revisión de carácter literario que de una revisión sistemática.

Una vez definidos los criterios utilizados para acotar la revisión bibliográfica, lo primero será ilustrar acerca de la conceptualización de lo que se conoce como calidad de vida, concepto que, según Schalock y Verdugo (2003), tiene sus orígenes en el debate de tiempos de Platón y Aristóteles sobre el bienestar o la felicidad.

Ya en el siglo XX, Maslow (1954) establecía un interesante precedente de lo que hoy en día pueden considerarse componentes de calidad de vida con su famosa jerarquía de las necesidades humanas básicas: fisiológicas, de seguridad, de pertenencia y amor, de estima, y de autorrealización; sin olvidar las precondiciones para que estas necesidades puedan satisfacerse, tales como “la libertad de hablar, la libertad de hacer lo que uno desea (mientras no se perjudique a los demás), la libertad de expresión, la libertad de investigar y de buscar información, la libertad de defenderse, la justicia, la equidad, la honestidad y la disciplina en el grupo”.

No obstante, el concepto de calidad de vida como tal no apareció oficialmente hasta mediados de los 80 del siglo XX, aplicado a los campos de la educación, el cuidado de la salud y los servicios sociales. Desde entonces, el concepto ha mostrado bastante persistencia y aceptación, aunque no sin ciertas reservas y con la aproximación al mismo desde el ámbito de estudio propio de cada autor.

Respecto al significado semántico del término, Schalock y Verdugo (2003) hacen referencia a Lindstrom (1992) estableciendo que:

“Calidad nos hace pensar en excelencia o en un “intento de exquisitez” asociado a características humanas y a valores positivos, como la felicidad, el éxito, la riqueza, la

salud y la satisfacción; de vida indica que el concepto compete a la esencia misma o a aspectos fundamentales de la existencia humana”.

En una publicación más reciente, Schalock y cols. (2012) aseveran que “ampliamente entendido y aplicado, el concepto de calidad de vida incluye valores relativos a equidad, empoderamiento, autodeterminación e inclusión”. También Schalock y Verdugo (2016), en su propuesta de una teoría de calidad de vida individual, añaden que el concepto atiende asimismo a la naturaleza individualizada de la calidad de vida de cada uno, lo que cada persona hace para provocar el cambio, y el papel de los apoyos centrados en la persona y las oportunidades en facilitar una vida de calidad. Esta última aproximación de Schalock y Verdugo (2016) supone el desarrollo de una teoría sobre calidad de vida, punto al que estos autores han llegado a partir del original entendimiento de la calidad de vida como concepto y habiendo abordado entre medias la cuestión mediante el diseño de un modelo de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2003). En resumidas cuentas, el estudio de la calidad de vida partió de una consideración de la misma como concepto, continuó como modelo y actualmente nos encontramos ya con desarrollos en forma de teoría que abordan la calidad de vida en relación con distintos campos y aplicaciones.

Figura 1. Evolución temporal del estudio de la calidad de vida:



Podemos aventurar pues que calidad de vida es un término multicomponente con una gran parte de conceptualización subjetiva dependiente de aspectos émicos (p. ej. aquéllos correspondientes a la cultura) pero también con otra importante parte de conceptualización más objetiva que hace referencia a aspectos éticos (p. ej. aquéllos que son universales), habiendo sido estos últimos validados por autores como Jenaro y cols. (2005), Schalock y cols. (2005) y Wang y cols (2010). Este enfoque es el utilizado por Schalock y Verdugo (2003), quienes atienden a la calidad de vida desde una perspectiva transcultural y de sistemas. La perspectiva transcultural supone la existencia de factores contextuales específicos de la cultura que afectan a las áreas de aplicación de la calidad de vida, mientras que la perspectiva de sistemas considera los tres niveles clásicos de Bronfenbrenner (1979) que existen de manera prácticamente universal en casi toda organización social: microsistema, que comprende el ambiente inmediato como la familia, el grupo de iguales y el lugar de trabajo; mesosistema, que constituye el nivel medio e incluye el barrio, la comunidad y los servicios y organizaciones; y macrosistema, nivel más amplio

conformado por la cultura, la política o la economía. No obstante, llegados a este punto se ha de destacar el interés sobre las dimensiones centrales de una vida de calidad, el cual fue señalado por primera vez por Thorndike (1939) al determinar las diferentes perspectivas objetiva, subjetiva y de bondad de ajuste; y que constituye el germen que más adelante dio paso al debate relativo a las dimensiones objetiva y subjetiva de la calidad de vida, iniciado por Campbell y cols. (1976) al considerar ambos factores. Más tarde, Felce y Perry (1996) y Felce (1997) propusieron un modelo tripartito en el que incluían una tercera dimensión denominada valores y aspiraciones personales, la cual resultó discutible en cuanto que puede incluirse en la dimensión subjetiva. El propio Schalock (1996b) propuso tres niveles: personal, funcional u objetivo y social.

Para comprender el enfoque de Schalock y Verdugo (2003) se debe partir de los principios de concepción de la calidad de vida y de los principios para la aplicación de la misma. En propias palabras de los autores, estos principios “han otorgado un significado adicional al concepto de calidad de vida”, y además sostienen que a partir de ellos “se puede organizar la aplicación de la calidad de vida”. Estos principios son cinco para la concepción de la calidad de vida (véase anexo 1) y cinco para la aplicación de la calidad de vida (véase anexo 2), establecen cómo entender la calidad de vida y articulan la perspectiva desarrollada sobre calidad de vida por Schalock y Verdugo (2003), la cual también será tomada en cuenta en el desarrollo del presente trabajo.

Contemplaremos en primer lugar los cinco principios en la concepción de la calidad de vida. El primero hace referencia a la composición de la propia calidad de vida, la cual comprende los indicadores y relaciones de importancia para todas las personas en las áreas de interés. Se atenderá tanto a los indicadores como a las áreas de interés más adelante. El segundo principio describe cómo las personas experimentan calidad de vida cuando sus necesidades son satisfechas y cuando es posible mejorar en las áreas vitales más relevantes. El tercero expone la existencia de los componentes tanto subjetivos como objetivos a los que ya se ha hecho referencia anteriormente, pero recalca que el fundamento de la calidad de vida es la propia percepción de la misma por el individuo; de hecho, existen evidencias de que la calidad de vida de pacientes con enfermedades psicológicas mejora al recibir éstos servicios de apoyo social que influyen de manera positiva en las percepciones subjetivas de los mismos (Rosenfield, 1992 y 1997; Rosenfield y Neese-Todd, 1993). El cuarto principio afronta la naturaleza de la calidad de vida y establece que la misma se basa en las necesidades, en las elecciones y en el control individual; de lo cual puede deducirse la capital importancia que soportan factores como la autonomía y la autodeterminación. Para finalizar, el quinto principio destaca la multidimensionalidad del constructo “calidad de vida”, ya que es influenciado por numerosos factores personales y ambientales, lo cual entronca

con la perspectiva de sistemas de la que también se ha hablado con anterioridad en este mismo texto.

Los cinco principios restantes son aquellos para la aplicación de la calidad de vida. El primero de ellos especifica que la calidad de vida debe “aumentar el bienestar personal”, lo que implica una separación entre ambos conceptos: el de calidad de vida y el de bienestar personal; y en segundo lugar establece una clara relación entre los mismos. El segundo principio de este grupo destaca la importancia de considerar la cultura y la etnia del individuo sobre el cual se va a aplicar el enfoque de calidad de vida para actuar en consecuencia, lo cual enlaza con los aspectos étnicos que ya se han mencionado con anterioridad. El tercero hace referencia al impacto de la aplicación de la calidad de vida, el cual no se limita únicamente a la persona sino que se extiende al programa, a la comunidad y a la nación en su conjunto. El cuarto principio alude al mayor control personal y de oportunidades individuales que la aplicación de la calidad de vida debe suponer, principio este muy relacionado con el cuarto del grupo anterior. Por último, el principio número cinco incide en el valor empírico de los programas de aplicación de la calidad de vida con el fin de identificar predictores significativos de la misma así como el mayor o menor efecto de los recursos empleados, en un ejercicio de investigación-acción en la línea de la propuesta clásica de Lewin (1946) y que los propios Schalock y Verdugo (2003) incorporan a su modelo al considerar la medición y la valoración como dos focos de análisis a mayores de la aplicación.

El segundo nivel de análisis tras el primero que constituyen los principios, está conformado, precisamente, por los tres sistemas ya mencionados: el microsistema, definido por la valoración personal; el mesosistema, determinado por la evaluación funcional; y el macrosistema, concretado a partir de los indicadores sociales. Para esclarecer este apartado, resulta ilustrativo observar que los niveles establecidos en esta clasificación coinciden con la anteriormente mencionada propuesta de Schalock (1996b), quien diferenciaba entre nivel personal (microsistema), funcional u objetivo (mesosistema), y social (macrosistema).

El tercer nivel de análisis es el compuesto por las dimensiones básicas de calidad de vida, también en ocasiones denominadas como dominios, las cuales constituyen el “conjunto de factores que componen el bienestar personal” (Schalock y Verdugo, 2003). Según estos mismos autores, las dimensiones básicas de calidad de vida han sido postuladas por variados trabajos desde el pionero de Campbell y cols. (1976), entre los cuales destaca el de Schalock (1996b y 2000), quien propone diferenciar ocho dimensiones que son las que se incorporan al modelo heurístico elaborado junto con Verdugo (2003): bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar

físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Estas ocho dimensiones son las que Jenaro y cols. (2005), Schalock y cols. (2005) y Wang y cols (2010) determinaron como universales, tal y como anteriormente se mencionó en este mismo trabajo. Llegados a este punto en el que se habla de las dimensiones de calidad de vida como componentes del bienestar personal, puede considerarse la diferencia establecida por autores como Pablo d'Ors (2012) entre bien ser y bienestar, la cual puede ampliar el concepto de dimensiones de calidad de vida considerando otro conjunto diferente de factores que, no obstante, podrían coincidir en parte con algunas de las dimensiones desarrolladas por Schalock (1996b y 2000) como son las de bienestar emocional y desarrollo personal.

Por último, el nivel más concreto es el de los indicadores centrales de calidad de vida, los cuales son definidos por Schalock y Verdugo (2003) como “percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones de calidad de vida que reflejan el bienestar de una persona”. Estos indicadores son muy numerosos y variados, y existen para cada una de las dimensiones de calidad de vida en cada uno de los tres niveles de análisis o sistemas.

Figura 2. Niveles de análisis en el modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2003):



Todo este enfoque es aplicado por Schalock y Verdugo (2003) en el análisis de lo que ellos definen como las seis principales áreas de interés en calidad de vida: (1) salud mental y comportamental, (2) envejecimiento, (3) familias, (4) educación tanto regular como especial, (5) salud física, y (6) retraso mental y discapacidades intelectuales. Tal y como se mencionó en la introducción del presente trabajo, las dos primeras de estas seis áreas se ajustan con sorprendente adecuación al objeto que se analiza en el mismo, resultando también de interés la tercera.

2. 2. Calidad de vida y salud mental

En el área de salud mental y comportamental, la calidad de vida se aplica con el fin de intentar mejorar el desarrollo personal y las condiciones de vida en las personas con problemas psicológicos. Según autores como Martínez Martín y León Salas (2010), esta área ha concentrado tradicionalmente el mayor impulso de investigación referente a calidad de vida, lo que ha conllevado el desarrollo del término “calidad de vida relacionada con la

salud” o HRQL por sus siglas del inglés “health-related quality of life”, y además se ha hallado que goza de un gran peso específico en la calidad de vida global (Bowling, Farquhar y cols., 1993) y que, en definitiva, supone una de las dimensiones más importantes de la calidad de vida de la persona mayor (Fernández-Mayoralas, Rojo-Pérez y cols., 2011).

De hecho, existe un instrumento para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, denominado EQ-5D y lanzado originalmente por el Grupo EuroQol en 1990, el cual se compone de dos partes: un sistema descriptivo y una escala visual analógica. El sistema descriptivo valora cinco dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar, y ansiedad/depresión. Estas dimensiones son medidas en adultos en función de tres niveles en la versión original EQ-5D-3L de The EuroQol Group (1990) y en función de cinco niveles en la versión actualizada EQ-5D-5L de Cheung, Mandy y cols. (2009). La escala visual analógica puntúa la salud del individuo entre 0 y 100, extremos respectivamente correspondientes al peor y al mejor estado de salud imaginables. Además, existe una versión juvenil (EQ-5D-Y) que no será objeto de detalle en el presente trabajo por no atañer a la población de interés del mismo.

También se puede evaluar específicamente la calidad de vida en pacientes con demencia, mediante instrumentos como la escala de calidad de vida en demencia avanzada (QUALID) de Weiner, Martin-Cook y cols. (2000) y la escala de calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer (QOL-AD) de Logsdon, Gibbons y cols. (2002) para valorar a pacientes con esta demencia en particular. El QUALID tiene como población objetivo personas con demencia avanzada y es por ello el cuidador quien responde a las once preguntas mediante una escala que comprende del 1 (menos frecuencia y peor calidad de vida) al 5 (más frecuencia y mejor calidad de vida): sonríe, parece triste, llora, tiene expresión de malestar, parece físicamente incómodo, se queja, está irritable o agresivo, disfruta comiendo, disfruta tocando o siendo tocado, disfruta de la compañía de otros, y parece emocionalmente tranquilo. Por su parte, el QOL-AD consta de dos versiones (una para el paciente en los casos en que es capaz de responder y otra para el cuidador) de trece preguntas que se puntúan desde el 1 (malo) al 4 (excelente), relativas a: salud física, energía, estado de ánimo, condiciones de vida, memoria, familia, relación de pareja, vida social, visión general de sí mismo, capacidad para realizar tareas cotidianas, capacidad para disfrutar, situación financiera, y vida en general. Para una revisión de instrumentos de evaluación específicos de la calidad de vida en personas con demencia y características de los mismos, véase León-Salas y Martínez-Martín (2010).

Forjaz, Rodríguez-Blázquez y cols. (2015) presentan una interesante compilación sobre las dos áreas de salud mental y envejecimiento en su estudio sobre salud y calidad de vida en personas mayores con demencia institucionalizadas, realizado por un equipo profesional

multidisciplinar perteneciente al Grupo Español de Investigación en Calidad de Vida y Envejecimiento. En concreto, los autores evaluaron la calidad de vida de 525 personas mayores de 60 años con demencia, institucionalizadas en residencias de diez provincias españolas, mediante la utilización de la escala EQ-5D, QUALID y QOL-AD. Las puntuaciones obtenidas por la muestra en estas escalas fueron significativamente menores que la media de la población general española mayor de 60 años. Factores que parecieron estar relacionados con mejores puntuaciones en calidad de vida fueron ser varón, tener mayor nivel de estudios, tener menor edad, tener menor grado de discapacidad, y tener menos depresión. De hecho, las conclusiones más claras extraídas por los autores se refirieron principalmente a estas dos últimas variables: en primer lugar que la discapacidad o el nivel de funcionamiento es un componente central de la calidad de vida, tal y como habían descrito con anterioridad autores como Bowling y Gabriel (2004); y en segundo lugar que la presencia de depresión influye claramente en sentido negativo en las puntuaciones de calidad de vida informadas tanto por los propios pacientes con demencia como por los cuidadores, lo cual confirma los resultados de estudios como el de Bosboom, Alfonso y cols. (2012). Es más, Forjaz, Martínez-Blázquez y cols. (2015) encontraron que, a pesar de constituir la baja calidad de vida un factor de riesgo (y la alta un factor de protección) respecto a la mortalidad, “el efecto de la calidad de vida sobre la mortalidad en adultos mayores institucionalizados con demencia varía en función de la presencia o ausencia de depresión”. La importancia de estas dos variables (nivel de funcionamiento y depresión) en la calidad de vida de los pacientes indica la necesidad de que los profesionales de estos centros presten especial atención a la provisión de apoyos y al tratamiento de los síntomas depresivos.

También Forjaz, Martínez-Blázquez y cols. (2015) investigaron la calidad de vida en función del entorno físico y social de las personas mayores pero con la novedad añadida de considerar también el estado cognitivo de los mismos, evaluando para ello mediante el índice EQ-5D-3L y el índice de Barthel a 1106 mayores no institucionalizados y 759 mayores institucionalizados, de estos últimos 525 con demencia diagnosticada y 234 sin ella. Obviando la inconveniencia de no contar con un grupo muestral de mayores no institucionalizados con demencia, los sujetos institucionalizados con demencia fueron, de los tres grupos, los que obtuvieron peores puntuaciones en calidad de vida. Las conclusiones en este caso destacaron, en consonancia con el estudio anterior de Kaambwa, Billingham y cols. (2013), la trascendencia de la capacidad funcional como variable clave en la explicación de las diferencias en las puntuaciones de calidad de vida de los distintos grupos, sobre todo en las dimensiones de movilidad, autocuidado y actividades cotidianas. Por lo tanto, de nuevo nos encontramos con una evidencia de la importancia que la promoción de

una mayor independencia funcional tiene en la calidad de vida de las personas mayores, así como la consecuente utilidad de utilizar pruebas para evaluar esta variable tales como el índice de Barthel.

Otras variables que resultaron, según Forjaz y Martínez-Blázquez (2015), determinantes de la calidad de vida de personas mayores con demencia institucionalizadas son la función cognitiva y el tener hijos vivos, a partir de las respuestas autoinformadas a la QOL-AD; y el número de visitas y la participación de ocio, considerando las respuestas heteroinformadas a la QOL-AD. Debe considerarse la exigencia que la evaluación autoinformada implica para el paciente con demencia, la cual en muchos casos obliga a recurrir a la evaluación heteroinformada. Por lo general, se ha encontrado buena correlación entre puntuaciones heteroinformadas y autoinformadas en la evaluación de la calidad de vida de los pacientes con demencia, aunque en ocasiones se han presentado puntuaciones más bajas obtenidas a partir de los cuidadores que las obtenidas evaluando directamente al paciente (Jönsson y cols., 2006; Missotten, Thomas y cols., 2009). Crespo, Hornillos y cols. (2013) hallaron que los mejores predictores de la calidad de vida en el caso de ser informada por los propios pacientes con demencia, son el deterioro cognitivo y el estado funcional.

Para comparar calidad de vida de sujetos con demencia institucionalizados y sujetos también con demencia pero no institucionalizados, puede remitirse al estudio de León-Salas, Olazarán y cols. (2013), quienes encontraron peores puntuaciones en el grupo institucionalizado a partir de los datos aportados por los cuidadores en la escala ADRQL (Alzheimer's Disease Related Quality of Life). Para toda la muestra se identificaron la severidad de la demencia y la capacidad funcional como determinantes principales de la calidad de vida. Para los institucionalizados resultó clave la patología depresiva, mientras que para los no institucionalizados destacaron los trastornos de la conducta.

Considerando el amplio contexto de las demencias en general y asumiendo que se tratan de enfermedades para las que no existe curación, la aplicación de un modelo de calidad de vida para el mantenimiento o la mejora de ésta en los pacientes es el objetivo que debe orientar las intervenciones. La propia Organización Mundial de la Salud (2012) en su informe *Dementia: A Public Health Priority* destaca esta cuestión mediante el llamamiento a la implementación, el desarrollo y el fortalecimiento de políticas sanitarias y sociales que mejoren la atención a la demencia, resaltando la importancia que en todo este proceso tiene la mejora en la calidad de vida. Es llamativo el dato de que aproximadamente un 75% de las personas que viven en residencias padecen algún tipo de demencia (Hoe, Hancock y cols., 2006).

En pacientes con enfermedad de Alzheimer se ha estudiado principalmente la calidad de la atención institucional dispensada por el centro que les atiende como indicador de su calidad de vida. De hecho, el modelo de Montoro (1999) a este respecto comprende tres niveles: institucional, relacional e interaccional; resultando el de mayor validez predictiva de la calidad asistencial el primero de ellos, seguidos del segundo, y sin que el nivel interaccional se haya revelado como un predictor significativo.

Katschnig (1997) ya hacía referencia a cuatro factores contextuales principales referidos a la calidad de vida de personas con una salud mental deteriorada: (1) el desarrollo de un continuo de atención habilitadora en la cual se proporcionan diferentes niveles de apoyo; (2) el énfasis en el apoyo comunitario y en los programas de rehabilitación; (3) la relevancia otorgada a la conducta adaptativa y a las actividades de la vida diaria; y (4) el uso de resultados referidos a y valorados por la persona para evaluar la eficacia de las intervenciones. Respecto a la atención comunitaria frente a la hospitalaria, generalmente se ha observado una menor influencia en la calidad de vida por parte de las características del lugar de tratamiento frente al apoyo social recibido, siendo éste último el factor clave en las mejoras en la calidad de vida (Roessler y cols., 1999). La perspectiva comunitaria se relaciona y complementa con el concepto de autodeterminación, planteado con gran repercusión por Ryan y Deci (2000), quienes destacaron tres componentes propios de este concepto que a su vez suponen tres necesidades psicológicas innatas que, al verse satisfechas, tienen un fuerte efecto positivo en la salud mental de las personas: competencia, autonomía y afinidad.

La prevalencia de problemas relacionados con la depresión y la ansiedad es considerable en las personas mayores, padeciendo síntomas depresivos entre un 5 y un 20% (Marín, 1999), síntomas de ansiedad entre un 10 y un 20% (Sheikh, 1996), trastornos depresivos sobre un 10% (Franco y Monforte, 1996) y trastornos de ansiedad alrededor de un 5% (Marín, 1999). No solo tratar sus síntomas sino también mejorar su calidad de vida puede repercutir muy positivamente en el pronóstico.

Un modelo de calidad de vida aplicado a los pacientes con depresión fue diseñado por Karschnig y Angermeyer (1997), incluyendo un total de cuatro dimensiones: dos psicológicas (cognitiva como autoestima y satisfacción, y afectiva como bienestar) y dos sociológicas (funcionamiento en la vida diaria y condiciones ambientales). Asimismo, según Revicki y cols. (1998) es destacable la mejoría en calidad de vida que supone la disminución de la cantidad y frecuencia de la medicación en personas con depresión.

En cuanto a calidad de vida y ansiedad, existen estudios que revelan el profundo menoscabo que la segunda efectúa sobre la primera. Brenes (2007) constató una peor

calidad de vida percibida por pacientes con trastorno de ansiedad generalizada que la percibida por pacientes con enfermedades médicas crónicas como insuficiencia cardiaca y diabetes. Es más, estos mismos resultados se replicaron también con pacientes con depresión, lo cual resulta ilustrativo del alcance que tienen los efectos de ambos tipos de trastornos en quienes los padecen.

2. 3. Calidad de vida y envejecimiento

En Forjaz, Rodríguez-Blázquez y cols. (2015), ya mencionados anteriormente, desde el primer capítulo destaca Rojo-Pérez la tendencia progresiva hacia un envejecimiento de la población:

“En 2012 había en el mundo 810 millones de personas de 60 o más años de edad (que representaba el 11,5% de la población total), y las proyecciones demográficas más recientes indican que esa población se multiplicará por 2,5 hacia el año 2050, llegando a suponer el 22% de la población (United Nations, Department of Economic and Social Affairs et al. 2013).”

Tendencia ésta que se complementa con lo que se ha venido a llamar el “envejecimiento del envejecimiento”, estableciendo Rojo-Pérez que “14 de cada 100 personas con 60 o más años tiene ahora 80 o más, y las proyecciones señalan que para el año 2050 serán 20”. Todo este proceso requerirá de una atención cada vez mayor hacia este segmento de población.

Respecto a la relación entre calidad de vida y envejecimiento, en palabras de Clark (1995) el objetivo es, en la línea de lo que venimos exponiendo en los párrafos anteriores, “añadir vida a los años más que años a la vida”. Esta idea se ha conceptualizado en lo que se ha venido a denominar “envejecimiento exitoso”, el cual no solo comprende el mantenimiento de la salud sino que también incluye la maximización de los recursos psicológicos propios como la autoeficacia y la capacidad de recuperación (Organización Mundial de la Salud, 2012). Missotten, Ylief y cols. (2007) encontraron que estos aspectos psicológicos del envejecimiento exitoso predicen de forma independiente la calidad de vida futura de las personas mayores.

Otro término relacionado es el de envejecimiento activo, definido por la Organización Mundial de la Salud (2002) como el “proceso por el que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida en la vejez”. En su dimensión de participación, es de especial relevancia la misma en actividades de ocio (Lardiés-Bosque, 2011), lo cual viene siendo apoyado por desarrollos de la cuestión con

más recorrido como la Teoría de la Actividad, que aplicada a este ámbito asevera la influencia positiva en el bienestar en la vejez que tiene la participación en actividades sociales y de ocio, así como el cambio de roles (Adams, Leibbrandt y cols., 2011). Por supuesto, asegurar el envejecimiento activo implica la provisión de apoyos a cada mayor según su nivel de capacidad funcional.

Para mejorar la calidad de vida de esta población, según Schalock y Verdugo (2003) se han trabajado principalmente tres factores contextuales: (1) la protección de los derechos de las personas mayores; (2) los aspectos ambientales que repercuten en una mejor calidad de vida durante el proceso de envejecimiento; y (3) la garantía de principios como la libertad, la independencia, la oportunidad y la reducción de la distancia existente entre recursos y necesidades, resultando los apoyos de crucial importancia para asegurar el cumplimiento de estos principios. Pero en cualquier caso, la intervención para lograr esta mejoría implica el previo desarrollo de escalas de evaluación de la calidad de vida en personas mayores con el fin de disponer de medidas en todo momento de la intervención (pre, durante y post). Entre los instrumentos útiles a estos efectos destaca la escala FUMAT (Verdugo, Gómez y Arias, 2009), la cual no cuenta aún con una validación psicométrica adecuada pero cuyo valor en la práctica clínica es indudable. Otra opción disponible es la escala GENCAT (Verdugo, Arias, Ibáñez y Schalock, 2010), la cual está validada en personas mayores usuarias de servicios sociales y tiene un uso muy extendido en España así como adaptaciones en otros países.

En cuanto a las variables relacionadas con la calidad de vida de los ancianos, la institucionalización es un factor que en la mayoría de los estudios está asociada negativamente con la misma, obteniendo generalmente los mayores institucionalizados peores puntuaciones de calidad de vida respecto a los mayores que viven en la comunidad (ej.: Delgado-Sanz, Prieto-Flores y cols., 2011). Es importante conocer este dato con el fin de destinar esfuerzos para revertir la tendencia, puesto que es posible también ejercer un efecto positivo desde las propias instituciones residenciales, por ejemplo compensando los déficits en capacidad funcional, independencia y sociabilidad mediante el establecimiento de un entorno estable y un sistema de apoyos adecuado (Asakawa, Feeny y cols., 2009). Existen estudios como el de Borowiak y Kostka (2004) que distinguen diferentes determinantes de la calidad de vida en las personas mayores según vivan en comunidad o en instituciones, destacando el estado mental y funcional para los primeros, y la comorbilidad para los segundos.

Sobre las variables que usualmente se relacionan con la calidad de vida de las personas mayores y continuando en el marco de análisis de institucionalizados vs no institucionalizados, resulta esclarecedor el trabajo de Urcioli, Dello Buono, Padoani y De Leo

(1998), quienes no encontraron diferencias en la percepción de calidad de vida entre residentes mayores de 85 años institucionalizados y aquéllos, también mayores de 85, que vivían en sus propias casas. No obstante, los ancianos que vivían en residencia eran menos autosuficientes y más dependientes en las actividades básicas de la vida diaria que los que residían en sus hogares particulares, lo cual parece indicar la relevancia de la dimensión objetiva en el concepto de calidad de vida, más allá de los indicadores subjetivos como son la propia percepción de los sujetos sobre su calidad de vida, su salud, su memoria, su deterioro intelectual, su funcionamiento físico y su situación financiera. Estos resultados relativos a la variable contexto ya se habían determinado de manera similar por Moreno y Ximénez (1996), autores que sostuvieron que la calidad de vida de las personas mayores no depende tanto de la variable contexto (residencia u hogar particular) como de otras como la edad (mayor calidad de vida en los mayores con menor edad), el género (mayor calidad de vida en los varones) y la posición social (mayor calidad de vida en aquéllos con estatus más alto). No obstante, la influencia real de la variable edad se encuentra en entredicho desde que Shatahmasebi, Davies y Wenger (1992) no hallaran relación entre longevidad y calidad de vida, resultados que han sido corroborados en otros estudios realizados desde entonces y hasta la actualidad, y en los que se destacan otros factores como las propias características del lugar de residencia, la comorbilidad, la capacidad funcional y cognitiva, el estado de ánimo, la participación en ocio y la gravedad de la demencia (Forjaz y Rodríguez-Blázquez, 2015).

Los estudios más recientes parecen indicar que el medioambiente residencial, a pesar de no ser nombrado por los propios españoles entre las cinco dimensiones más importantes para su calidad de vida (Fernández-Mayoralas, Rojo-Pérez y cols., 2011), sí que parece ser un predictor significativo del bienestar subjetivo, sobre el que influye mediante dos factores principales: la satisfacción con las relaciones con los vecinos y la satisfacción con la vivienda (Rojo-Pérez y Fernández-Mayoralas, 2011).

Forjaz, Rodríguez-Blázquez y cols. (2015) encontraron que las variables más determinantes en la calidad de vida relacionada con la salud (HRQL) de los mayores sin demencia no institucionalizados eran el estado funcional, el estado cognitivo, la comorbilidad, el sexo (mejor calidad de vida en varones), la edad (mejor calidad de vida a menor edad) y el estado civil (mejor calidad de vida en casados respecto a solteros, separados/divorciados y viudos). Para los mayores también sin demencia pero institucionalizados, la lista de variables determinantes se reducía al estado funcional, la comorbilidad y el sexo.

Concretamente, la comorbilidad representa un importante problema en esta población, aun en el caso de que no exista demencia. Según Vogeli, Shields y cols. (2007), un 30% de

las personas con comorbilidad padecen cuatro o más patologías de tratamiento complejo, lo cual resulta alarmante cuando se considera que estos casos comórbidos son excluidos en muchos casos por las guías clínicas, los programas de salud y la investigación clínica. Forjaz y Rodríguez-Blázquez (2015) identificaron como problemas crónicos (comórbidos a demencia) con mayor impacto en la calidad de vida los de visión (ej.: cataratas), los orales (incluidos los relacionados con la alimentación), y los genito-urinarios (ej.: incontinencia). No debe olvidarse en este punto la enorme influencia sobre la calidad de vida que, como ya se ha reiterado anteriormente, tienen los problemas depresivos y de ansiedad.

Por otro lado, Reyes-Ortiz (1998) destacaba la importancia que la religión tiene para muchos ancianos al referir el alto porcentaje hallado por el estudio de Koenig y cols. (1988) de aquéllos que oran regularmente, el cual se eleva hasta un 95%. Sin embargo, según Reyes-Ortiz (1998) únicamente el 2% de las publicaciones en revistas de geriatría, gerontología, psiquiatría y cuidado primario consideraban la religión como variable a tener en cuenta. Este autor refiere que las dos orientaciones de la religiosidad, intrínseca o individual y extrínseca o grupal, “se asocian con la salud en los ancianos; disminuyen la mortalidad cardíaca, el estrés y la depresión; aumentan la satisfacción de vida y el bienestar. También hay disminución de ansiedad y depresión ante la muerte”. Puede observarse que muchas de estas variables con las que se asocia positivamente la religiosidad constituyen indicadores de calidad de vida, por lo que no debe obviarse la utilidad clínica que las creencias religiosas pueden tener como recurso complementario en el tratamiento de las personas ancianas.

Estudios más recientes continúan relacionando la religiosidad/espiritualidad con la calidad de vida e incluso más concretamente con la salud de las personas mayores. Li y cols. (2016) encontraron en una muestra de 74534 mujeres que aquéllas que asisten a servicios religiosos más de una vez a la semana ven reducido en un 27% el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular y por cáncer, y reiteran que “la religión y la espiritualidad pueden ser un recurso despreciado que los médicos podrían explorar con sus pacientes”. La asistencia a servicios religiosos se corresponde principalmente con la orientación extrínseca o grupal mencionada en el párrafo anterior.

Pero su parte, Idler, McLaughlin y Kasl (2009) hallaron relaciones positivas entre religión y calidad de vida en el último año de vida de una muestra de 499 personas, principalmente en cuanto a la dimensión más subjetiva de la religión, la cual se corresponde con la orientación intrínseca o individual expuesta dos párrafos más arriba.

Parece ser, por tanto, que ambas orientaciones de la religiosidad, intrínseca o individual y extrínseca o grupal, pueden tener una repercusión positiva en la calidad de vida de las personas mayores.

2. 4. Calidad de vida y familias

A pesar de no representar objeto directo del presente trabajo, parece indudable y merece una mención la relevancia de la familia como área de interés en la conceptualización y en la aplicación de la calidad de vida. Aún más, la familia se presenta como un campo de intervención primaria a la hora de mejorar la calidad de vida de personas mayores y/o con una salud mental deteriorada, en mayor medida si consideramos el marco preferentemente comunitario para el tratamiento de estas poblaciones debido a que la familia forma parte del sistema de atención más inmediato o microsistema.

Asimismo, es importante la observación de la calidad de vida de las familias que atienden a muchos de los pacientes, la cual lógicamente requiere intervenciones específicas ya no sobre el propio paciente sino sobre sus allegados y cuidadores.

En este sentido, Ferraz y cols. (2013) llevaron a cabo una revisión de artículos que trataran la calidad de vida de los cuidadores familiares de ancianos y concluyeron que “la mayoría de los cuidadores son mujeres, cuidan de forma integral y presentan comprometimiento en su salud”. Se destacaron dos factores principales en el menoscabo de su calidad de vida: el grado de dependencia de los ancianos y la sobrecarga en el cuidador, la cual se ve favorecida por un buen ajuste conyugal y perjudicada cuando los propios cuidadores presentan morbilidad psicológica. Estos datos, que pueden resultar obvios, se ponen en valor al identificar la situación que muchos ancianos viven, cuya pareja puede también necesitar cuidados o incluso haber fallecido.

Ferraz y cols. (2013) también constataron que las puntuaciones más bajas de la calidad de vida de los cuidadores correspondían al estado general de salud, mientras que las puntuaciones más altas se referían a las relaciones sociales, mostrando una mejor calidad de vida en los indicadores más psicológicos aquellos cuidadores que realizaban otras actividades a mayores del cuidado.

Por otro lado, parece ser que los cuidadores familiares presentan una peor calidad de vida que los cuidadores profesionales. A esta conclusión llegaron Flores, Jenaro, Moro y Tomşa (2014) al evaluar a 600 cuidadores, de los cuales un 33,83% eran familiares y un 66,17% profesionales, y encontrar que los primeros mostraban mayores niveles de sobrecarga y padecían una peor salud tanto física como psicológica, mientras que los

segundos reflejaban “una mayor satisfacción con la vida en general y con otros factores como el trabajo, la familia y las relaciones sociales”.

En consonancia con Herrera-Gómez (1998), Flores y cols. (2014) destacan la formación especializada, la remuneración recibida y la menor implicación emocional como los factores con mayor influencia en las diferencias en la calidad de vida de ambos grupos; y llaman la atención para evitar la tendencia de valorar conjuntamente a ambos grupos así como para intervenir sobre los cuidadores, especialmente los familiares, mediante la realización de cursos y programas psicoeducativos.

Para profundizar en la atención a cuidadores de familiares mayores dependientes, puede remitirse a Crespo y López (2007), quienes desarrollaron un programa denominado “Cómo mejorar su bienestar” que fue galardonado con el Premio Imserso Infanta Cristina del año 2006. En resumidas cuentas, la propuesta se trata de un tratamiento de manejo del estrés de ocho sesiones combinado con material para trabajar en casa, cuyos resultados fueron superiores respecto a los de un grupo control en cuanto a reducción de los niveles de ansiedad, depresión e inadaptación, así como en el incremento de salud mental. En palabras de estos autores:

“La popular afirmación “el tiempo todo lo cura” no parece ser cierta en el caso de los cuidadores informales de personas mayores dependientes. Así los estudios longitudinales muestran la ausencia de mejorías de los cuidadores con el paso del tiempo y en el presente estudio la condición de lista de espera tan solo parece mantener e incluso empeorar la problemática emocional de los cuidadores”.

Lo cual debe servirnos para tomar conciencia del problema no solo en términos de la persona enferma o dependiente, sino también de los cuidadores que la atienden y quienes, a su vez, muchas veces requieren ser atendidos. Intervenir sobre los cuidadores es una práctica que no solo les beneficia a ellos, sino también y en definitiva, a las personas que ellos cuidan.

3. Conclusiones

La consideración de la calidad de vida parece indispensable en la atención a personas mayores tanto sanas como con salud mental deteriorada. Debido a que el envejecimiento está muchas veces asociado a problemas que acarrea el propio proceso vital y a las variadas enfermedades crónicas tanto físicas como mentales que en ocasiones padecen, los cuales imposibilitan una intervención directa, la intervención sobre la calidad de vida de

estas personas es lo que a la postre supone una diferencia para ellos. No obstante, la intervención debe adecuarse al paciente y optimizarse acompañándose siempre de una evaluación mediante los distintos instrumentos de medida de la calidad de vida actualmente disponibles, entre los que destacan las escalas GENCAT, FUMAT, EQ-5D, QUALID y QOL-AD. Desde el primer momento es muy recomendable tomar un modelo o teoría de calidad de vida como referencia de la intervención, con el fin de que la misma sea estructurada y se optimice en la mayor medida de lo posible a partir de los medios con los que se cuente.

En los ancianos con demencia sobresalen principalmente dos indicadores de calidad de vida: la capacidad funcional y la ausencia de depresión. El primero de ellos es particularmente importante en cuanto que se relaciona con otras variables de influencia como la función cognitiva y la participación en actividades de ocio, y para potenciarlo se debe prestar especial atención a la provisión de apoyos y, especialmente, al apoyo social que recibe el enfermo. Por su parte, la depresión también influye de manera evidente en la participación en actividades de ocio y en la posibilidad de vivir un envejecimiento exitoso y activo, y se trata de un trastorno cuya evaluación y tratamiento nunca debe obviarse en este sector de población.

De hecho, el envejecimiento exitoso es una de las variables que mejor predicen la calidad de vida de las personas mayores, asumiendo un gran peso específico en el mismo la maximización de los recursos psicológicos propios como la autoeficacia y la capacidad de recuperación, así como el envejecimiento activo.

La constatación de que los problemas de ansiedad y depresión pueden menoscabar la calidad de vida en mayor medida que enfermedades físicas como la diabetes o la insuficiencia cardiaca, revela la relevancia que ha de otorgarse a esta sintomatología. En cualquier caso, también es fundamental y una labor pendiente la elaboración y desarrollo de procedimientos terapéuticos de atención a las situaciones comórbidas.

La religiosidad en sus dos dimensiones, intrínseca o individual y extrínseca o grupal, es otro factor que se ha descubierto positivamente relacionado no solo con la calidad de vida sino también con la salud de los ancianos y puede por lo tanto resultar de utilidad al considerarse en la intervención con los mismos.

Para finalizar, aunque el beneficiario último sea la persona mayor, no debe relegarse la intervención sobre los sistemas en los que ésta se encuentra inserta: microsistema, mesosistema y macrosistema. Una atención especial debe dispensarse a la familia y los cuidadores, en muchas ocasiones los grandes olvidados. Las modificaciones ambientales y en el comportamiento de estas personas pueden ser esenciales para que tanto ellos como

los mayores con los que conviven dispongan de oportunidades para mejorar su calidad de vida.

Referencias bibliográficas

1. Adams, K. B.; Leibbrandt, S.; y Moon, H. (2011). "A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life". *Ageing & Society*, 31(4), pp. 683-712.
2. Asakawa, K.; Feeny, D.; Senthilsevan, A.; Johnson, J. A.; y Rolfson, D. (2009). "Do the determinants of health differ between people living in the community and in institutions?". *Social Science & Medicine* 69(3), pp. 345-353.
3. Borowiak, E. y Kostka, T. (2004). "Predictors of quality of life in older people living at home and in institutions". *Ageing Clinical and Experimental Research*, 16(3), pp. 212-220.
4. Bosboom, P. R.; Alfonso, H.; Eaton, J.; y Almeida, O. P. (2012). "Quality of life in Alzheimer's disease: Different factors associated with complementary ratings by patients and family carers". *International Psychogeriatrics*, 24(5), pp.708-721.
5. Bowling, A.; Farquhar, M.; Frundy, E.; y Formby, J. (1993). "Changes in life satisfaction over a two and a half year period among very elderly people living in London". *Social Science & Medicine*, 36(5), pp.641-655.
6. Bowling, A. y Gabriel, Z. (2006). "An integrational model of quality of life in older age. Results from the ESRC/MRC HSRC quality of life survey in Britain". *Social Indicators Research*, 69(1), pp. 1-36.
7. Brenes, G. A. (2007). "Anxiety, depression, and quality of life in primary care patients". *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 9(6), pp.437-443.
8. Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.
9. Campbell, A.; Converse, P. E.; y Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. Nueva York: Russell Sage.
10. Clark, P. G. (1995). "Quality of life, values, and teamwork in geriatric care: Do we communicate what we mean?". *The gerontologist*, 35(3), pp.402-411.
11. Crespo, M.; Hornillos, C.; y Quirós, M. N. de (2013). "Factors associated with quality of life in dementia patients in long-term care". *International Psychogeriatrics*, 25(4), pp. 577-585.
12. Crespo, M. y López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
13. Delgado-Sanz, M. C.; Prieto-Flores, M. E.; Forjaz, M. J.; Ayala, A.; Rojo-Pérez, F.; Fernández-Mayoralas, G.; y Martínez-Martín, P. (2011). "Influencia de los problemas crónicos de salud en las dimensiones del cuestionario EQ-5D: Estudio en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas". *Revista Española de Salud Pública*, 85(6), pp. 555-568.

14. Felce, D. (1997). "Defining and applying the concept of quality of life". *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, pp. 126-135.
15. Felce, D. y Perry, J. (1996). "Assessment of quality of life". En Schalock, R. L. (Ed.), *Quality of life, Volume I: Conceptualization and Measurement* (pp. 63-73). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
16. Fernández-Mayoralas, G.; Rojo-Pérez, F.; Frades-Payo, B.; Martínez-Martín, P.; y Forjaz, M. J. (2011). "La calidad de vida de los mayores nominada y evaluada por ellos mismos a partir del instrumento SEIQoL-DW". En Rojo-Pérez, F. y Fernández-Mayoralas, G.: *Calidad de vida y envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida* (pp. 83-112). Bilbao: Fundación BBVA.
17. Ferraz, K.; Cruz, V.; Brito, J. R.; Oiveira, R. N. S. de; Nagib, E.; y Missias, R. (2013). "Calidad de vida de cuidadores familiares de ancianos: una revisión integradora". *Revista cubana de enfermería*, 29(4). Recuperado de: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/253/73>
18. Flores, N.; Jenaro, C.; Moro, L.; y Tomša, R. (2014). "Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo". *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), pp. 79-88.
19. Forjaz, M.J. y Rodríguez-Blázquez, C. (eds.) (2015). *Salud y calidad de vida de personas mayores con demencia institucionalizadas*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Economía y Competitividad.
20. Franco, M. A. y Monforte, J. A. (1996): "¿Cuál es la frecuencia de la depresión en el anciano?", en A. Calcedo (ed.): *La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.
21. Gómez, L. E. (2010). *Evaluación de la calidad de vida en servicios sociales: validación y calibración de la escala GENCAT (tesis doctoral)*. Universidad de Salamanca, Salamanca, España.
22. Herrera-Gómez, M. (1998). "Nuevos desvaríos en políticas sociales: la community care". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 82, pp.249-281.
23. Hoe, J.; Hancock, G.; Livingston, G.; y Orrell, M. (2006). "Quality of life of people with dementia in residential care homes". *The British Journal of Psychiatry*, 188(5), pp. 460-464.
24. Idler, E. L.; McLaughlin, J.; y Kasl, S. (2009). "Religion and the quality of life in the last year of life". *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 64B(4), pp. 528-537.
25. Jenaro, C.; Verdugo, M. A.; Caballo, C; Balboni, G.; Lachapelle, Y.; y Otrebski, W. (2005). "Cross-cultural study of person-centered quality of life domains and indicators". *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, pp. 734–739.
26. Jönsson, L.; Andreasen, N.; Kilander, L.; Soininen, H.; Waldemar, G.; Nygaard, H.; Winblad, B.; Jönhagen, M. E.; Hallikainen, M.; y Wimo, A. (2006). "Patient and proxy-reported utility in Alzheimer disease using the EuroQoL". *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 20(1), pp. 59-55.

27. Kaambwa, B.; Billingham, L. y Bryan, S. (2013). "Mapping utility scores from the Barthel index". *European Journal of Health Economics*, 14(2), pp. 231-241.
28. Katschnig, H. (1997). "How useful is the concept of quality of life in psychiatry?" en Katschnig, H., Freeman, H. y Sartorius, N. (eds.), *Quality of life in mental disorders*. Chichester, Inglaterra, John Wiley, pp.3-16.
29. Katschnig, H. y Angermeyer, M. C. (1997). "Quality of life in depression" en Katschnig, H.; Freeman, H. y Sartorius, N. (eds.), *Quality of life in mental disorders*. Chichester, Inglaterra: John Wiley, pp. 137-147.
30. Koenig, H. G.; Moberg, D. O.; Kvale, J. N. (1988). "Religious activities and attitudes of older adults in a geriatric assessment clinic". *Journal of the American Geriatric Society*, 36, pp.362-474.
31. Lardiés-Bosque, R. (2011). "Ocio, tiempo libre y calidad de vida en población mayor". En Rojo-Pérez, F. y Fernández- Mayoralas, G.: *Calidad de vida y envejecimiento: La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Madrid: Fundación BBVA.
32. León-Salas, B. y Martínez-Martín, P. (2010). "Revisión de instrumentos de calidad de vida utilizados en personas con demencia: II. Instrumentos específicos". *Sociedad Española de Psicogeriatría* 2(2), pp. 69-81.
33. León-Salas, B.; Olazarán, J.; Cruz-Orduña, I.; Agüera-Ortiz, L.; Dobato, J. L.; Valentí-Soler, M.; Muñiz, R.; González-Salvador M. T.; y Martínez-Martín, P. (2013). "Quality of life (QoL) in community-dwelling and institutionalized Alzheimer's disease (AD) patients". *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57(3), pp. 257-262.
34. Lewin, K. (1946). "Action research and minority problems". *Journal of Social Issues* 2 (4): 34-46.
35. Lindstrom, B. (1992). "Quality of life: A model for evaluating health for all". *Soz Präventivmed*, 37, 301-306.
36. Li, S.; Stampfer, M. J.; Williams, D. R.; y VanderWeele, T. J. (2016). "Association of religious service attendance with mortality among women". *JAMA Internal Medicine*, 176(6), pp. 777-785.
37. Logsdon, R. G.; Gibbons, L. E.; McCurry, S. M.; y Teri, L. (2002). "Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment". *Psychosomatic Medicine*, 64(3), pp. 510-519.
38. Marín, M. (1999). "Trastornos psiquiátricos en el anciano". *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 22(1), pp- 95-107.
39. Martínez Martín, P. y León Salas, B. (2010). "Calidad de vida: Concepto y particularidades en la demencia" en Rodríguez Mañanas, L. y Petidier Torregosa, R. (eds.), *Avances en demencia. Una perspectiva integral*, Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica, pp. 193-200.
40. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Encuesta Nacional de Salud. España 2011/2012. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Serie Informes monográficos, 3. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
41. Missotten, P.; Ylief, M.; Di Notte, D.; Paquay, L.; De Lepeleire, J.; Buntinx, F.; y Fontaine, O. (2007). "Quality of life in dementia: A 2-year follow-up study". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), pp.1201-1207.
42. Missotten, P.; Thomas, P.; Squelard, g.; Di Notte, D.; Fontaine, O.; Paquay, L.; De Lepeleire, J.; Buntinx, F.; e Ylief, M. (2009). "Impact of place of residence on relationship between quality of life

- and cognitive decline in dementia". *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 23(4), pp. 395-400.
43. Montoro, J. (1999). "Factores determinantes de la calidad del cuidado asistencial institucional a personas mayores y/o con discapacidad". *Papers*, 57, pp. 89-112.
 44. Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). "Evaluación de la calidad de vida", en Buela-Casal, G.; Caballo, V. E.; y Sierra, C. J. (eds.), *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*, Madrid: Siglo XXI, pp. 1045-1070.
 45. Organización Mundial de la Salud (2002). *Active ageing: A policy framework*. Ginebra: World Health Organization.
 46. Organización Mundial de la Salud y Alzheimer's Disease International (2012). *Dementia: A public health priority*. Ginebra: World Health Organization.
 47. Ors, P. d' (2012). *Biografía del silencio*. Madrid: Siruela.
 48. Reenen, M. van y Janssen, B. (2015). *EQ-5D-5L User Guide: Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. Version 2.1*.
 49. Reenen, M. van y Oppe, M. (2015). *EQ-5D-3L User Guide: Basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument. Version 5.1*.
 50. Revicki, D. A.; Simon, G. E.; Chan, K.; Katon, W.; y Heiligenstein, J. (1998). "Depression, health-related quality of life, and medical cost outcomes of receiving recommended levels of antidepressant treatment", *Journal of Family Practice*, 47(2), pp. 446-452.
 51. Reyes-Ortiz, C. A. (1998). "Importancia de la religión en los ancianos". *Colombia Médica*, 29(4), pp. 155-157.
 52. Roessler, W.; Salize, H. J.; Cucchiario, G.; Reinhard, I.; y Kernig, C. (1999). "Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics?". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, pp. 142-148.
 53. Rojo-Pérez, F. y Fernández-Mayoralas, G. (2011). "Los determinantes subjetivos en la calidad de vida en la vejez y factores explicativos" en Fernández-Mayoralas, G. y Rojo-Pérez, F.: *Calidad de vida y envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida* (pp. 339-360). Bilbao: Fundación BBVA.
 54. Rosenfield, S. (1992). "Factors contributing to the quality of life of the chronic mentally ill", *Journal of Health and Social Behavior*, 33, pp. 229-315.
 55. Rosenfield, S. (1997). "Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction". *American Sociological Review*, 62(4), pp. 660-672.
 56. Rosenfield, S. y Neese-Todd, S. (1993). "Why model programs work: Factors predicting the subjective quality of life of the chronic mentally ill". *Hospital and Community Psychiatry*, 44, pp. 76-78.
 57. Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). "Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being", *American Psychologist*, 55(1) pp. 68-78.
 58. Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.

59. Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2012). *El cambio en las organizaciones de discapacidad*. Madrid: Alianza Editorial.
60. Schalock, R. L. (1996b). "Reconsidering the conceptualization and measurement of quality of life", en Schalock, R. L. (ed.), *Quality of life; Vol. 1. Conceptualization and measurement*, Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
61. Schalock, R. L. (2000). "Three decades of quality of life", en Wehmeyer, M. L. y Patton, J. R. (eds.), *Mental retardation in the 21st Century*, Austin, TX, Pro-Ed, pp. 335-358.
62. Schalock, R. L.; Verdugo, M. A.; Gómez, L. E.; y Reinders, H. S. (2016). "Moving us toward a theory of individual quality of life". *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities* 121(1), pp. 1-12.
63. Schalock, R. L.; Verdugo, M. A.; Jenaro, C.; Wang, M.; Wehmeyer, M.; Xu, J.; y Lachapelle, Y. (2005). "Cross-cultural study of quality of life indicators". *American Journal on Mental Retardation*, 110, 298–311.
64. Shatahmasebi, S. M.; Davis, R. P.; y Wenger, G. (1992). "A longitudinal analysis of factors related to survival in old age". *The Gerontologist*, 32(3), pp. 404-413.
65. Sheikh, J. I. (1996). "Anxiety disorders", en Sadovoy, J.; Ladarus, L. L.; Jarvick, L. F.; y Grossberg, T.: *Comprehensive review of geriatric psychiatry (2ª edición)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
66. The EuroQol Group (1990). "A new facility for the measurement of health-related quality of life". *Health Policy* 16(3), pp. 199-208.
67. Thorndike, E. L. (1939). *Your city*. Nueva York: Harcourt Brace.
68. Urcioli, O.; Dello Buono, M.; Padoani, W.; y De Leo, D. (1998). "Assessment of quality of life in the oldest-olds living in nursing homes and at home". *Archives of Gerontology and Geriatric*, 6, pp. 507-514.
69. Verdugo, M. A.; Arias, B.; Ibáñez, A.; y Schalock, R. L. (2010). "Development of an objective instrument to assess quality of life in social services: Reliability and validity in Spain". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, pp. 105-123.
70. Verdugo, M. A.; Gómez, L. E.; y Arias, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: la escala FUMAT*. Salamanca: INICO, Universidad de Salamanca.
71. Vogeli, C.; Shields, A. E.; Lee, T. A.; Gibson, T. B.; Marder, W. D.; Weiss, K. B.; y Blumenthal, D. (2007). "Multiple chronic conditions: Prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs". *Journal of General Internal Medicine*, 22(3), pp. 391-395.
72. Wang, M.; Schalock, R. L.; Verdugo, M. A.; y Jenaro, C. (2010). "Examining the factor structure and hierarchical nature of the quality of life construct". *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 115, pp. 218–233.
73. Weiner, M. F.; Martin-Cook, K.; Svetlik, D. A.; Saine, K.; Foster, B.; y Fontaine, C. S. (2000). "The quality of life in late-stage dementia (QUALID) scale". *Journal of the American Medical Directors Association*, 1(3), pp. 114-116.

74. Yanguas Lezaun, J. J. (2006). Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Anexos

Anexo 1:

Principios en la concepción de la calidad de vida (reproducción íntegra de la tabla 2.2 sita en la página 40 de Schalock y Verdugo, 2003):

La calidad de vida:

1. Se compone de los mismos indicadores y relaciones que son importantes para todas las personas en educación o educación especial, salud física, salud mental y comportamental, retraso mental y discapacidades intelectuales, envejecimiento y familias.
2. Se experimenta cuando las necesidades de una persona se ven satisfechas y cuando se tiene la oportunidad de mejorar en las áreas vitales más importantes.
3. Tiene componentes tanto subjetivos como objetivos, pero es fundamentalmente la percepción del individuo lo que refleja la calidad de vida que experimenta.
4. Se basa en las necesidades, elecciones y control individual.
5. Es un constructo multidimensional influenciado por factores personales y ambientales, tales como son las relaciones de intimidad, la vida familiar, la amistad, el trabajo, el vecindario, la ciudad o lugar de residencia, la vivienda, la educación, la salud, el nivel de vida y el estado de la propia nación.

Anexo 2:

Principios para la aplicación de la calidad de vida (reproducción íntegra de la tabla 2.3 sita en la página 41 de Schalock y Verdugo, 2003):

La calidad de vida debe:

1. Aumentar el bienestar personal.
2. Aplicarse a la luz de la herencia cultural y étnica del individuo.
3. Colaborar para promover un cambio a nivel de la persona, el programa, la comunidad y a nivel nacional.
4. Aumentar el grado de control personal y de oportunidades individuales ejercido por el individuo en relación con sus actividades, intervenciones y contextos.
5. Ocupar un papel prominente en la recogida de evidencias, especialmente para identificar predictores significativos de una vida de calidad, y para valorar el grado en que los recursos seleccionados mejoran los efectos positivos.