



Modelo predictivo de satisfacción vital en personas mayores institucionalizadas

Francisco Javier Díaz Rodríguez¹, Eva María Moreno López²

Resumen

En el presente trabajo perseguimos definir un modelo que explique qué variables condicionan la satisfacción en personas mayores institucionalizadas. El modelo obtenido se ha llevado a cabo por el procedimiento de ecuaciones estructurales, y cumple todos los criterios que la literatura científica propone para considerarlo significativo, obteniéndose valores en diferentes índices de ajuste por encima de los puntos de corte recomendados.

Los resultados ponen de manifiesto la relación entre distintas variables analizadas como el deterioro cognitivo, el desempeño en actividades básicas de la vida diaria, el riesgo de caídas, la insulinodependencia, el estado de ánimo, la salud general, la vitalidad, o la salud mental.

Las conclusiones permiten destacar la jerarquía que ciertas variables relacionadas con la salud mental tienen en la autopercepción de la propia satisfacción, y enfatizan la importancia que el profesional de la psicogerontología adquiere en los centros para mayores.

PALABRAS CLAVE: Satisfacción; mayores; modelo predictivo; residencias.

Abstract

Predictive Model of Vital satisfaction Institutionalized Elderly

In this paper we seek to define a model to explain what variables influence the satisfaction institutionalized elderly.

The resulting model was carried out by the method of structural equations, and meets all the criteria that the scientific literature proposes to consider significant, resulting in different values adjustment indices above the recommended cut points.

The results show the relationship between different variables analyzed as cognitive impairment, performance in basic activities of daily life, the risk of falls, the insulin dependency, mood, general health, vitality, and mental health.

The findings highlight the hierarchy allow certain variables related to mental health have in the perception of self-satisfaction, and emphasize the importance that the professional must acquire psychogerontology senior centers.

Keywords:

Satisfaction; older; predictive model; residences.

1.Introducción

La sociedad española se halla inmersa en un proceso de cambios que están afectando de manera importante a un sector desfavorecido históricamente como el de los mayores. Si a esto le sumamos retos como el abordaje de los nuevos modelos de cuidado, o el aumento del gasto en la atención a las

ISSUE Nº2
DICIEMBRE
2015

Recibido:
01/11/2015

Aceptado:
20/11/2015

(1) Director de la Residencia Municipal de Mayores de Torrecampo. francisnojavierdiazrodriguez@yahoo.es

(2) Directora sección de formación e investigación Fundación ALFIMA. eml502@hotmail.com

Modelo predictivo de satisfacción vital en personas mayores institucionalizadas

personas en situación de dependencia, se abre un universo de incógnitas sobre las fórmulas para dotar a nuestros mayores de la calidad de vida que con tanto esfuerzo se han ganado.

En primer lugar, vamos a hacer referencia a la escasa investigación, y en ocasiones de poca calidad, que se ha generado en España en lo que al estudio de la satisfacción en el mayor institucionalizado se refiere (Aguado y Alcedo, 2003). A esta limitación debemos añadir que la edad adulta conlleva una serie de características diferenciales relevantes que hacen a este grupo de edad especialmente vulnerable a un uso no crítico de las medidas de calidad de vida (Grimley, 1992).

En este sentido, sólo un 35% de los modelos evaluados tiene un desarrollo conceptual complejo, cerca de un 25% de los autores no define los constructos, y más del 50% de los modelos no diferenciaba entre calidad de vida y los factores que la influyen (Gill & Feinstein 1994). Esto evidencia que, desde que este concepto ha comenzado a atraer el interés de los investigadores, ha habido un rápido incremento en su uso, el cual ha evidenciado problemas en la definición del concepto, en las dimensiones que lo comprenden, en su medición, y en los factores que lo pueden influenciar (Taillefer, Dupuis, Roberge y Lemay, 2003).

Actualmente, las discrepancias entre los factores que influyen en la calidad de vida del mayor (Gené et al., 1997; Meléndez, Montero, Jiménez y Blanco, 2001; Seculi et al., 2001; Wensing, Vingerhoets y Grol, 2001) siguen abriendo debates intensos sobre el peso de determinados ámbitos, como por ejemplo el afectivo en los distintos modelos de calidad de vida (Coleman, Philp, y Mullee, 1995; Sánchez del Corral et al., 1995).

Centrándonos en la población institucionalizada, autores como Gallo Estrada (2011), han demostrado recientemente que se dispone de pocos datos acerca de las condiciones de vida de la población en residencias. Blanca Gutiérrez (2011), incide en que son pocos los trabajos científicos en el espacio español e iberoamericano que aborden de forma fenomenológica-cualitativa la temática de las experiencias vitales de las personas mayores institucionalizadas.

Martínez Rodríguez (2009) pone de relieve la importancia y significado de un ciclo vital tan amplio, manifestando la necesidad de profundizar en este ámbito, y haciendo hincapié en que es fundamental que los centros residenciales se diseñen teniendo en cuenta el conocimiento científico existente, de modo que se optimicen las condiciones que favorezcan la

salud y el bienestar de las personas que allí viven, y los recursos se adapten a las necesidades de los residentes.

La falta de literatura especializada sobre la calidad de vida en mayores institucionalizados quizá no sólo sea debido a los numerosos prejuicios edadistas que sufre esta población, sino que sea también debido a los diversos interrogantes que plantea la predicción científica en las ciencias sociales en general y en la población mayor institucionalizada en particular.

En segundo lugar, hacemos también mención a la dotación de los recursos, proceso que se ha convertido en uno de los ejes de las políticas económicas y sociales, tanto a la hora de determinar su rentabilidad económica, como a la de determinar su capacidad de ajuste. Sin embargo, para que la dotación de recursos sea apropiada no bastará con determinar el aumento de población diana que pronostica la tendencia de la pirámide poblacional, será necesario saber cuáles son los cambios que se producirán en esta población, y como estos cambios, a través de determinados indicadores, van a influir en la calidad de vida de los mayores usuarios de los distintos recursos, que es al fin y al cabo la finalidad última de las políticas sociales.

En el presente trabajo tratamos de elaborar un modelo que nos permita determinar el valor predictivo de las variables clásicas en la población institucionalizada, partiendo de un marco que utiliza la satisfacción vital como criterio para determinar el envejecimiento saludable. Al mismo tiempo, tiene en cuenta los factores inherentes a la población institucionalizada y a los propios centros a la hora de determinar las interacciones que se van producir entre las distintas variables.

Para determinar los valores que influyen en la calidad de vida del mayor institucionalizado, se ha tomado como referencia la Escala de Satisfacción vital de Philadelphia, elaborada por Lawton en 1972. Se trata de un instrumento basado en el concepto multidimensional de bienestar psicológico, que parte del supuesto de que un estado de ánimo elevado se caracterizaría por la sensación de satisfacción con uno mismo y con la realidad que le rodea. Así pues, el índice de satisfacción tiene un alto componente afectivo-emocional aunque no será una medida directa de dicho factor. Se trata, más bien, de la suma entre dicho componente y la interpretación que el sujeto haga de su propia situación (Mehlsen et al. 2005). Es en dicha interpretación donde determinados factores propios del mayor institucionalizado pueden influir considerablemente, convirtiéndose en el pilar básico de nuestra investigación.

Francisco Javier Díaz Rodríguez y Eva María Moreno López

2. La Satisfacción vital

Como se ha comentado en el apartado anterior, la satisfacción vital va a ser el constructo que nos va permitir hacer una valoración global de la calidad de vida desde un punto de vista cognitivo y autopercebido. La satisfacción personal podría definirse, por tanto, como el grado en que la persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva (Blanco y Díaz, 2005).

Haciendo un pequeño análisis del constructo, diversos autores le presuponen un componente cognitivo sobre el que no sólo van a influir los aspectos objetivos de la situación de la persona, también será importante la evaluación de estos aspectos conforme a escala de valores personales (Diener et al., 2004). Para realizar esta estimación, la persona va a utilizar toda la información disponible en el momento de la evaluación, centrándose en la más accesible y relevante. Según Diener et al. (2004), esta información va a permanecer inalterable con el paso del tiempo, por lo que a la hora de responder siempre va a aflorar la información que aparezca en primer lugar en la escala de valores del propio sujeto. Por tanto, el componente afectivo y emocional va jugar un papel fundamental junto con el uso que el sujeto haga de la comparación con el resto de sujetos, y con otros momentos de su propia vida.

Para otros autores como Felce & Perry (1995), la satisfacción es el resultado de comparar la situación actual con una ideal. Todas esas percepciones son subjetivas, y pueden depender de distintos factores educativos y culturales, por lo que la ventaja de utilizar la satisfacción vital como criterio para evaluar la calidad de vida es que parte de la propia percepción del sujeto a la hora de hacer la valoración (Diener et al., 2004).

Cuando se trata de predecir la satisfacción en la edad adulta, diversos autores inciden en la importancia tener en cuenta factores de carácter objetivo como la discapacidad física, u otros de tipo social y demográfico (Orfila et al., 2006). Otros, ponen el foco en el desempeño de las actividades instrumentales, el deterioro cognitivo, o la salud, y en hecho de complementar su análisis con aspectos subjetivos como el sentido de autonomía personal (Triadó y Villar (2006).

Estos datos dejan entrever que sería erróneo hablar de satisfacción sin tener en cuenta los numerosos factores que van a caracterizar a la población mayor institucionalizada. La necesidad de apoyos va a ser más alta que en la población general, y se va a producir una serie de pérdidas materiales, personales, y de roles, que van a hacer que la varianza respecto al grado de bienestar sea elevada en función de las características personales (Morgan, 1988; Due, Holstein, Lund, Modvig y Avlund, 1999). Tomaremos como referencia los grandes valores para determinar cómo el perfil general de cada usuario contribuye, positiva o negativamente, en el nivel de satisfacción.

Estos datos tampoco deben dejarnos caer en el estereotipo, ya que hay estudios que demuestran que los niveles de satisfacción en los mayores no tienen por qué ser bajos (Witt, Lowe, Peek y Curry, 1980; Kozma y Stones, 1988). De hecho, autores como Mroczek y Kolarz (1998), demostraron que incluso pueden manifestarse como superiores si tenemos en cuenta que la mayoría de nuestros mayores han vivido en momentos más desfavorables, por lo que aunque su situación actual pudiera ser mejor, la manifiestan como satisfactoria en un claro efecto “fondo-figura” que ha venido a denominarse “paradoja de bienestar”.

2.1. Satisfacción vital en personas mayores

La mayoría de las veces que se hace referencia a la calidad de vida en la persona mayor se hace en relación con el nivel de discapacidad o el estado de salud de la persona, basando la evaluación en la enumeración de síntomas o enfermedades, así como en sus consecuencias o los efectos de los tratamientos (González y Salgado, 1995).

Enfoques más ecológicos, ponen su atención, además, en el estado de ánimo derivado de las experiencias vitales, incluyendo aspectos relacionados con el bienestar subjetivo, la red de apoyo social, el clima de la unidad de convivencia, o en aspectos relacionados con rasgos de personalidad (Dickinson y Philp, 1992).

Si tratamos de integrar las diversas teorías, la satisfacción vital en la persona mayor implica una evaluación que debería tener en cuenta los factores intrapersonales, culturales, ecológicos, y sociales, no sólo en el momento actual, sino haciendo también una revisión pasada, adelantando los factores que incidirán de manera significativa con el paso del tiempo. Además, diversos autores coinciden en la importancia

Modelo predictivo de satisfacción vital en personas mayores institucionalizadas

de evaluar distintas dimensiones como la conducta, el entorno, el estado cognitivo, y la percepción del sujeto sobre su propia situación (Lawton 1992).

En un exhaustivo estudio realizado en el año 2004, Walker analiza la satisfacción vital en los mayores de distintos países de Europa encontrando diferencias notables. Entre las más significativas se halla el grado de importancia que se da a la salud y a la percepción subjetiva del sujeto a la hora de determinar su calidad de vida. No existe la misma correspondencia entre condiciones objetivas de vida y condiciones subjetivas en los distintos países. En Reino Unido y Alemania pueden verse puntuaciones altas en satisfacción en la vejez. En Italia, por ejemplo la satisfacción en la vejez tiene mucha relación con la calidad de las relaciones, sobre todo familiares. En los países nórdicos, aparecen los factores de personalidad como el indicador que mejor predice la calidad de vida.

Se pone de manifiesto que existen diferencias culturales a la hora de determinar los indicadores de bienestar subjetivo, evidenciando que hay variables como el entorno, la historia de vida personal, o las características psicológicas del sujeto que correlacionan para explicarlo (Fernández-Ballesteros 2006). Según Bandura (2006), existen patrones a la hora de envejecer que son característicos de cada sociedad.

En el año 2004, Yaguas también hizo hincapié en la relación salud-calidad de vida en el mayor, y plantea un análisis de la calidad de vida que trata de agrupar las definiciones de “salud” (de la Organización Mundial de la Salud) y de “estado de salud” (de Bergner), integrando factores internos y externos para explicar la calidad de vida. La influencia de esta interacción ya la adelantaba Ericsson en 1993 al definir la calidad de vida como el resultado entre la longevidad y la influencia que los factores físicos y sociales ejercen sobre la misma.

Sin embargo, no puede decirse que la salud por sí sola pueda explicar la percepción subjetiva de la persona mayor sobre su nivel de bienestar. De hecho, como ya hemos adelantado, los estudios demuestran que la mayoría de las personas mayores se encuentran satisfechas con su vida a pesar de las limitaciones y pérdidas asociadas a la edad, incluso hay estudios en los que se ve que el bienestar en la etapa adulta es mayor que en otros momentos de la vida (Kozma y Stones, 1988). A pesar de que numerosos estudios sugieren que el hecho de haber sufrido los efectos de la guerra y posguerra ejerce un contraste que hace que se evalúe como positivo cualquier otro momento

vital, la mayoría de los estudios refutan esta hipótesis al demostrar que en la mayoría de las personas la satisfacción actual se corresponde con la que han manifestado en momentos anteriores (Mehlsen et al., 2005). Tampoco se puede afirmar que en países donde no hayan ocurrido episodios históricos de relevancia negativa, la adaptación a los cambios del envejecimiento sea peor.

La satisfacción es un indicador de envejecimiento positivo, y es importante saber qué factores se relacionan con ella. La autodeterminación, el grado de discapacidad, la salud, el apoyo social, la autopercepción, o la vitalidad, han de ser elementos que tengamos en cuenta si queremos abordar el concepto en toda su plenitud (Birren y Dieckman, 1991; Arnold, 1991; Diener, 2000).

Así pues, si queremos evaluar la calidad de vida en mayores, no debemos hacer un enfoque reduccionista que se base únicamente en aspectos relacionados con la salud o del bienestar percibido en situaciones de enfermedad o dependencia. Debemos tener en cuenta aspectos cruciales como la historia de vida del sujeto, sus antecedentes, su estilo de vida, sus expectativas, o su capacidad de adaptación. Muchos de estos factores estarán relacionados con aspectos subjetivos de la persona, y en la mayoría de las ocasiones, dependerán del criterio que el sujeto utilice para hacer la valoración de su propio estado. Y aunque el concepto de calidad de vida ponga el énfasis en una evaluación cognitiva de las circunstancias propias del sujeto, será necesario, también, estudiar la incidencia que los valores y los aspectos relacionados con el estado de ánimo tienen en esta valoración, y cómo influyen en el sujeto a la hora de interpretar su entorno.

3. Método

3.1. Objetivos

El objetivo general del estudio es la creación de un modelo que nos permita predecir la evolución de la calidad de vida en mayores institucionalizados. Para ello será necesario identificar los factores que influyen en la satisfacción de las personas mayores que viven en centros especializados, el peso que cada una de estas variables tiene en la satisfacción final, y cómo evolucionarán con el paso del tiempo.

Francisco Javier Díaz Rodríguez y Eva María Moreno López

3.2. Muestra

Para el presente trabajo se han recogido de forma prospectiva los datos de 402 sujetos elegidos aleatoriamente de entre un total de 18 residencias de la provincia de Córdoba (España). Las edades fluctúan entre los 61 y los 99 años. La muestra está constituida por 268 mujeres (67,7%) y 134 hombres (33,3%). Previamente, los sujetos dieron su aprobación para la utilización de los datos del cuestionario, y de aquellos que obraran en poder de la dirección del centro.

3.3. Material

El trabajo se ha llevado a cabo mediante la elaboración de un documento que integra toda la información que pretendemos extraer. Se ha confeccionado partir de la revisión bibliográfica, trabajos previos, objetivos propuestos, análisis estadísticos planteados, y con la intención de facilitar la labor de recogida de datos.

3.4. Variables

Género, nivel de estudios, tiempo de estancia en el centro, deterioro cognitivo, funcionamiento familiar, funcionamiento social, desempeño en actividades básicas de la vida diaria, desempeño en actividades instrumentales de la vida diaria, riesgo de caídas, persona insulino dependiente, estado de ánimo, capacidad económica, funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional, y salud mental.

3.5. Instrumentos

Mediante el Índice de Barthel y el Baremo de Dependencia se ha evaluado el grado de dependencia en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria. El estado emocional se ha evaluado mediante la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage et al. (1982, 1983) (GDS). Para la evaluación de la función social se ha utilizado la escala Duke-Unk Functional Social Support Scale. La calidad de vida relacionada con la salud ha medido con el Cuestionario de Salud SF-36, se ha factorizado y se han utilizado los valores de referencia con la intención de incrementar su interpretabilidad clínica. El riesgo de caídas se ha evaluado mediante la Escala de Riesgo de Caídas de

Tromp. El estado cognitivo se ha evaluado mediante el Mini-Mental de Folstein. La función familiar mediante el cuestionario APGAR de Smilkstein.

3.6. Procedimiento

Teniendo en cuenta las características del estudio, el diseño de la investigación ha sido descriptivo, prospectivo, transversal, correlacional y aplicado. En la recogida de datos se han visitado numerosas residencias de la de la provincia de Córdoba. Se ha contado con la colaboración de personal técnico que ha colaborado a la hora de pasar determinados instrumentos y nos ha facilitado información relevante como el grado y la puntuación de dependencia. Antes de la recogida de datos, se ha realizado una entrevista con dicho personal para informar y orientar el proceso, y se ha cumplimentado por parte del sujeto, o representante familiar, un consentimiento informado a participar en el estudio.

También se solicitó la autorización de los responsables de los centros para que se pudiera hacer uso de las instalaciones. En ambas autorizaciones se hizo mención a los fines a los que hace referencia el estudio y a la garantía de confidencialidad.

3.7. Análisis estadístico

Los datos obtenidos se han almacenado en una base de datos creada para este propósito. Posteriormente, se han analizado mediante el programa estadístico SPSS versión v.18 (SPSS Inc., 2005).

Se ha realizado un estudio descriptivo de las variables. Las variables cualitativas se han analizado mediante porcentajes, mientras que en las cuantitativas se han tomado como referencia la media y desviación estándar.

Con el fin identificar las variables que se relacionan con una buena calidad de vida y de analizar el peso de las mismas sobre la satisfacción, se han seleccionado aquellas que se han asociado significativamente en el estudio bivariable. Se han comparado medias para las variables cuantitativas, utilizando para la significación estadística el procedimiento ANOVA de un factor, y el procedimiento de comparación de medias basado en la prueba t de Student para muestras independientes.

A continuación, se han construido modelos de regresión jerárquica lineal con las variables. El método

Modelo predictivo de satisfacción vital en personas mayores institucionalizadas

utilizado para la inclusión de variables fue manual por pasos sucesivos (stepwise). Como su nombre indica, se han ido elaborando sucesivas ecuaciones de regresión en las que se fue añadiendo cada vez un regresor más. El primer paso ha consistido en seleccionar el regresor de máxima correlación simple con el criterio, y se ha definido, en consecuencia una ecuación de regresión simple con esa variable. Después, se ha elaborado una segunda ecuación de regresión añadiendo a la anterior otro regresor, esta vez el que más proporción de variabilidad explicada aporta sobre la ecuación anterior. Así hasta que no ha habido más regresores que aportaran nada sustantivo. Se pretende una continua reevaluación de los predictores incluidos en el modelo, de forma que si algún regresor queda explicado por los restantes (en el sentido de que carece de contribución específica propia) queda eliminado.

Para finalizar, el modelo mediante ecuaciones estructurales (MEE) se ha llevado a cabo mediante el Programa EQS 6.1. Los MEE son una metodología que prueba un modelo (o varios) hipotetizado de relación entre todas las variables, de forma simultánea en un solo análisis, para determinar si es consistente con los datos. En concreto, el modelo estructural probado era un modelo de Múltiples Indicadores Múltiples Causas (Multiple Indicators Multiple Causes, MIMIC) que tiene un buen funcionamiento en con datos que poseen diferentes curvas de normalidad (Chou y Bentler, 1995; Coenders, Satorra y Saris, 1997; Curran, West y Finch, 1996; Hoyle y Panter, 1995). Los modelos de ecuaciones estructurales descritos en este estudio se estimaron con EQS 6.1 (Bentler, 2005). El modelado se ha llevado a cabo con el programa Vensim 6.3D.

4. Resultados

De las variables anteriormente mencionadas, incluidos los factores del cuestionario SAF- 36, todas resultaron estadísticamente significativas en los análisis de varianza (sig. > 0,05) excepto el deterioro cognitivo y el tiempo que el mayor llevaba residiendo en el centro.

Realizada la aproximación por pasos sucesivos, en el análisis de regresión resultan significativas las siguientes variables predictoras: Salud Mental, Riesgo de Caídas, Deterioro Cognitivo, Persona Insulinodependiente, Salud General, AVDs, Vitalidad, y Estado Emocional.

Como puede verse en el cuadro que se muestra a continuación, si tomamos como referencia el coeficiente de determinación, la satisfacción queda

explicada casi en un 70% por las variables explicativas según el modelo considerado.

Tabla

Resumen del Modelo de regresión paso a paso (stepwise) para la predicción de la satisfacción vital

Modelo	R	R cua- drado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
	,817(a)	,667	,660	1,8694

En la siguiente tabla vemos que el modelo resulta explicativo de la variable actual (sig. ,000).

Tabla

Análisis de Varianza del Modelo

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
	Regresión	2747,304	8	343,413	98,263	,000(a)
	Residual	1373,470	393	3,495		
	Total	4120,774	401			

A continuación mostramos los coeficientes del modelo de regresión. Las puntuaciones T nos indican que las variables tenidas en cuenta aportan significación al modelo de predicción, permitiendo generalizar los valores obtenidos a la población. También podemos observar el factor de varianza inflada dentro de los parámetros que nos indican que se cumple el supuesto de no colinealidad entre variables.

El ajuste de los modelos confirmatorios se ha evaluado mediante diferentes indicadores según el método de máxima verosimilitud. Así se ha obtenido, entre otros, el “índice de adecuación comparativo” (CFI Comparative Fit Index), uno de los índices relativos de mayor uso y mejor comportamiento, oscila entre 0 y 1, considerándose un valor de 0.9, el mínimo requerido para defender el modelo. Por último, el error se ha cuantificado mediante la raíz media cuadrática del error de aproximación, el RMSEA, que se interpretan de forma que un modelo con RMSEA menor de 0.08 indicaría que es un modelo razonable, mientras 0.05 indicaría un modelo con buen ajuste.

Tras la fase de análisis exploratorio y correlacional, se han generado y valorado diferentes modelos, el

Francisco Javier Díaz Rodríguez y Eva María Moreno López

Tabla
Estadísticos

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Correlaciones				Estadísticos de colinealidad	
	B	Error tip.	Beta			P	SemiP.	T	FIV	B	Error tip.
Constante	6,430	,861		7,469	,000						
MEC	,040	,012	,122	3,277	,001	,106	,163	,095	,610	1,640	
Insulina	,500	,239	,063	2,092	,037	,217	,105	,061	,931	1,074	
Caidas	,134	,098	,040	1,362	,174	,138	,069	,040	,964	1,037	
Estado Anímico	-,715	,041	-,689	-17,329	,000	-,779	-,658	-,505	,537	1,863	
AVDB	,016	,004	,178	4,667	,000	-,106	,229	,136	,581	1,720	
Salud General	,037	,008	,141	4,381	,000	,389	,216	,128	,823	1,216	
Vitalidad	-,010	,006	-,070	-1,788	,075	,451	-,090	-,052	,558	1,793	
Salud Mental	,025	,006	,160	3,902	,000	,587	,193	,114	,505	1,978	

que presentamos a continuación, ha sido el que ha mostrado los índices de ajuste más satisfactorios, todos ellos por encima de los puntos de corte recomendados por la literatura especializada tal y como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla

Índices de Ajuste	
COMPARATIVE FIT INDEX (CFI)	.989
BENTLER-BONETT NON-NORMED FIT INDEX	.999
BOLLEN'S (IFI) FIT INDEX	.992
MCDONALD'S (MFI) FIT INDEX	.996
ROOT MEAN-SQUARE ERROR OF APPROXIMATION (RMSEA)	.035
90% CONFIDENCE INTERVAL OF RMSEA	(.000, .047)

Tabla

Prueba Chi-Square

Tabla

Prueba Chi-Square

CHI-SQUARE = 3.510 BASED ON 6 DEGREES OF FREEDOM
PROBABILITY VALUE FOR THE CHI-SQUARE STATISTIC IS .74269
THE NORMAL THEORY RLS CHI-SQUARE FOR THIS ML SOLUTION IS 3.495.

Según el modelo de ecuaciones estructurales obtenido, la satisfacción en personas mayores residentes en instituciones, se ve explicada de manera directa por el deterioro cognitivo, el desempeño en actividades básicas de la vida diaria, la insulinodependencia, el estado de ánimo, la salud general, la vitalidad, y la salud mental.

Modelo predictivo de satisfacción vital en personas mayores institucionalizadas

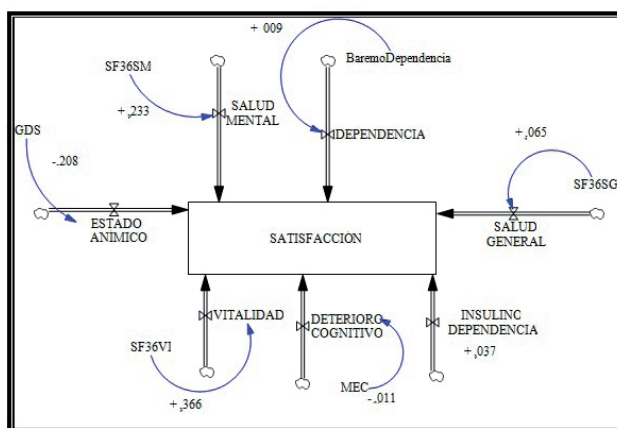
Tabla

Ecuación Satisfacción

VARIABLE	ECUACION	R-SQUARED
SATISFACCION	$-.208*V4 + .233*V5 + .009*V6 + .065*V7 + .366*V8 + .037*V - .011*V2 + .697 E9$	.514

Gráfico 1

Modelo Predictivo de Satisfacción en Mayores Institucionalizados



El modelo también tiene en cuenta las ecuaciones para el resto de relaciones entre variables, que pueden verse en la siguiente tabla:

5. Discusión y conclusiones

Tabla

Ecuaciones Variables Independientes

VARIABLE	ECUACION	R-SQUARED
RIESGO CAIDAS (RC)	$.136*V2 + .991 E3$	.019
ESTADO ANIMO (EA)	$-.086*V3 - .100*V1 - .176*V2 + .974 E4$	.052
SALUD MENTAL (SM)	$.052*V3 - .758*V4 + .033*V1 + .065*V2 + .620 E5$	.615
ABVD	$.372*V4 + .267*V5 - .602*V1 - .094*V2 + .750 E6$	.438
SALUD GENERAL (SG)	$.012*V4 + .371*V5 - .145*V6 - .028*V1 + .069*V2 + .909 E7$	.174
VITALIDAD (V)	$-.514*V4 - .028*V5 + .052*V6 + .190*V7 + .122*V1 - .011*V2 + .809 E8$	.345
SATISFACCION (S)	$-.208*V4 + .233*V5 + .009*V6 + .065*V7 + .366*V8 + .037*V - .011*V2 + .697 E9$	.514

Señalamos, en primer lugar, que el presente trabajo

arroja luz sobre un tema tan poco referenciado como es el de la calidad de vida de personas mayores residentes en centros especializados. Como vemos, aunque las variables estudiadas nos ayudan a predecir en torno al 70% de la satisfacción de mayores institucionalizados, queda demostrado que los modelos que tratan de predecir la calidad de vida relacionada con la satisfacción personal basándose en variables tradicionales no explicarían la totalidad de la varianza que surge en los centros de atención especializada.

Se hace necesario, por tanto, adaptar los modelos existentes a la realidad de los centros, incluyendo nuevas variables que tengan en cuenta la realidad concreta de cada centro y de sus modelos de gestión.

Se puede apreciar como el factor “vitalidad”, el factor “salud mental”, y el “estado de ánimo”, son las variables que más contribuyen a esta predicción. Le seguirían la “salud general”, la “insulinodependencia”, el “deterioro cognitivo” y el “desempeño en las actividades básicas de la vida diaria”.

Vemos como la variable que mejor nos permite predecir el riesgo de caídas en centros es la insulinodependencia, y si analizamos la ecuación referente al estado de ánimo, el deterioro cognitivo es el máximo exponente a la hora de predecirlo. Ambos, estado de ánimo y deterioro cognitivo, van a determinar en gran medida la salud mental del residente.

Puede apreciarse como el deterioro cognitivo va a ejercer una fuerte influencia en el desempeño en las actividades básicas de la vida diaria, sobre el que también van a incidir significativamente factores relacionados con el estado anímico.

Por otro lado, la salud mental y el desempeño en las ABVD, ejercen de predictores principales de la salud general, evidenciando nuevamente la estrecha relación entre fenómenos físicos y psíquicos.

La vitalidad, que a la postre es el mejor predictor de la satisfacción, va a estar marcada en gran medida por el estado de ánimo, seguido la salud general y el deterioro cognitivo.

Como ya hemos adelantado se evidencia claramente que las variables de tipo anímico van a determinar un porcentaje alto de la satisfacción personal de nuestra muestra. Así pues, observamos que la vitalidad, la salud mental, y el estado de ánimo, por este orden, son los predictores de mayor peso en la ecuación.

Queda de manifiesto que, si bien la satisfacción va a depender en gran medida de variables objetivas, son las

Francisco Javier Díaz Rodríguez y Eva María Moreno López

variables de tipo perceptivo las que van a determinar la mayor parte del constructo.

En este sentido, es importante destacar que variables como el género, el nivel de estudios, el tiempo en el centro, el funcionamiento familiar, funcionamiento social, desempeño en actividades instrumentales de la vida diaria, o la capacidad económica, que han sido significativas en estudios con otras poblaciones, no han resultado relevantes en la población mayor institucionalizada de nuestro trabajo.

Por último, señalar que en cuanto a la relación entre el modelo presentado y su aplicación terapéutica, esta conclusión se asocia a la importancia de valorar e intervenir en variables de tipo subjetivo que parecen ejercer una influencia notable en la percepción del sujeto.

Si hacemos un análisis desde una perspectiva macroasistencial, se percibe un escenario donde, a pesar del impacto de la crisis económica actual, los centros deben orientar sus servicios hacia aspectos relacionados con la salud psicológica y emocional, sin olvidar, por supuesto, otros relacionados con el cuidado y la salud física. Para ello, es de vital importancia dotar a los equipos del personal técnico y de la formación necesaria para llevar a cabo dichas intervenciones.

Es importante, también, poner también el foco en las distintas administraciones, que habrían de velar tanto por el cumplimiento y reajuste de la ratio referente a este tipo de personal, como por la implantación a través de las programaciones de planes y protocolos encaminados a potenciar una buena salud psicológica en nuestros residentes, como modo de influir directamente sobre su satisfacción general.

Referencias bibliográficas

- ALONSO, J., PRIETO, L. y ANTÓ, J.M. (1995). «La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos». *Medicina Clínica* 104 (20), 771-776.
- BELLÓN, J.A., DELGADO, A., LUNA, J.D., LARDELLI, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria*, 18 (6), 289-295.
- BENTLER, P.M. (1995). EQS Structural equations program Manuel. Encino, CA: Multivariate Software.
- BENTLER, P.M. & LIANG, J. (2003). Simultaneous mean and covariance structure analysis for two level structural equation models on EQS. In H. Yanai, A. Okada, K. Shigemasa y Kano & J.J. Meilman (Eds). *New developments in psychometrics*, 123-132. Tokyo: Springer-Verlag.
- BERGNER, M. (1989). Quality of life, health status and clinical research. *Medical Care*, 27, 1485-1496.
- BIRREN, J.E. y DIECKMANN, L. (1991). Concepts and content of quality of life in the later years: An overview. En J.E. Birren, J.E. Lubben, J.C. Rowe, y D.E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 344-360). San Diego, CA: Academic Press.
- BLESA, R., PUJOL, M., AGUILA, M., Et al. (2004). Clinical validity of the "MiniMental State" for Spanish-speaking communities. En: Peña-Casanova J, Gramunt N, Gich J, editores. *Tests neuropsicológicos*. Barcelona: Masson, 31-5.
- BRAZIER, J.E., HARPER, R., JONES, N.M.B., O'CATHAIN, A., THOMAS, K.J., USHERWOOD, T. y WESTLAKE, L. (1992). «Validating the SF-36 Health Survey questionnaire: New outcome measure for primary care». *British Medical Journal*, 305(6846), 160-164.
- BROADHEAD, W. E., GEHLBACH, S. H., DE GRUY F. V., Et al. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire, Measurement of social support in family medicine patients. *Med Care*, 26, 709-23.
- CHOU, C.P. y BENTLER, P.M. (1995). Estimates and tests in structural equation modeling. En R. H. Hoyle (Ed.), *Structural Equation Modeling: Concepts, Issues and Applications*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- DEYO, R. A., and CARTER, W. B. (1992). Strategies for improving and expanding the application of health status measures in clinical settings. *Medical Care* 30(5), 176-186.
- DUE, P., HOLSTEIN, B., LUND, R., MODVIG, J., AVLUND, K. (1999). Social relations: Network, support and relational strain. *Social Science and Medicine*. 48, 661-673.
- ERICKSON, P. y PATRICK, D. (1993). *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. Oxford University Press. New York.
- FELCE, D. y PERRY, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2004): *Evaluación psicológica. Conceptos, Métodos y Estudio de casos* Madrid: Ed. Pirámide.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2006). *GeroPsychology: An Applied Field for the 21st Century*. *European Psychologist*, 11, 312-323.
- FOLSTEIN, M., FOLSTEIN, S.E., MCHUGH, P.R. (1975). "Mini-Mental State" a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- FOLSTEIN, M.F., FOLSTEIN, S.E., MCHUGH, P.R., FANJIAN, G. (2001). MMSE. MiniMental State Examination. User's Guide. Lutz, Florida: Psychological Assessment Resources.
- GONZÁLEZ, J.I. y SALGADO, A. (1995). La evaluación de la calidad de vida: una nueva dimensión de la valoración geriátrica integral. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 30 (1), 9-15.
- KOZMA, A. & STONES, M.J. (1988). Social desirability in measures of subjective well-being-age comparisons. *Social Indicators Research*, 20, 1-14.
- LAWTON, M.P. (1975). The Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale: a revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.
- LAWTON, M.P. (1991). A multidimensional view of quality of life in the frail elders. En J.E. Birre, J.C. Lubben, J.C. Rowe y D.E. Deutchmann (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. Nueva York: Academic Press.
- LETURIA, F. J. et al. (2001). La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. *Manual Práctico*, Cáritas Española Editores.
- LOBO, A. et al. (1979): "El Mini-examen Cognoscitivo: un test sencillo, práctico para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos", *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, n) 3, págs. 189-202.
- LOBO, A. et al. (1999): "Revalidación y normalización del



Modelo predictivo de satisfacción vital en personas mayores institucionalizadas

Mini-examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-mental State Examination) en la población general geriátrica", *Medicina Clínica* (Barcelona).

Development and validation of a geriatric depression scale: a preliminary report. *J Psychiat Res*, 17(1), 37-49.

26. MAHONEY, F. I., WOOD, O. H., Y BARTHEL, D. W. (1958). Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal. *South Med J.*, 51, 605-609.
27. MAHONEY FI, BARTHEL DW. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J.*, 14, 61-65.
28. WALKER, H. R. (2000). An analysis of the relationship of human sexuality knowledge, self-esteem, and body image to sexual satisfaction in college and university students. *Dissertation Abstract International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60, 45-60
29. WALKER, A. (2004). Towards a political economy of old age. *Ageing and Society*, 1, 73-94
30. MEHLSSEN, M., KIRKEGAARD-THOMSEN, D., VIIDIK, A., OLESEN, F. y ZACHARIAE, R. (2005). Cognitive processes involved in the evaluation of life satisfaction: Implications for well-being. *Ageing and Mental Health*, 9 (3), 281-290.
31. MEHLSSEN, M., KIRKEGAARD-THOMSEN, D., VIIDIK, A., OLESEN, F. Y ZACHARIAE, R. (2005). Cognitive processes involved in the evaluation of life satisfaction: Implications for well-being. *Ageing and Mental Health*, 9 (3), 281-290.
32. MORGAN, D.A. (1988). Age differences in social network participation. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 43, 129-137
33. MROCZEK, D.K. Y KOLARZ, C.M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1333-1349.
34. ORFILA, F., FERRER, M., LAMARCA, R., TEBE, C., DOMINGO-SALVANY, A. Y ALONSO, J. (2006). Gender differences in health-related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions. *Social Science and Medicine*, 63 (9), 2367-2380.
35. REAL DECRETO 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
36. SMILKSTEIN, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*, 6, 1231- 1239.
37. SMILKSTEIN, G., ASHWORTH, C., MONTANO, D. (1982). Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract*, 15, 303-11.
38. SPSS Inc., (2005). *Statistical Package for the Social Sciences: PC Edition (SPSS Versión 17.0)*. Chicago: SPSS Inc.
39. TRIADÓ, C. Y VILLAR, F. (2006). La psicología del envejecimiento: conceptos, teorías y modelos. En C. Triadó y F. Villar (Coords.), *Psicología de la vejez* (pp. 23-62). Madrid: Alianza Editorial.
40. TROMP AM Et al. (2001). Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elders. *J Clinical Epidemiology*, 54, 837-844.
41. Vensim 6.3D Released
42. WITT, D.D., LOWE, G.D., PEEK, C.W. Y CURRY, E.W. (1980). The changing association between age and happiness: emerging trend or methodological artifact? *Social Forces*, 58 (4), 1302-1307.
43. YANGUAS, J. et al. (1998): *Intervención psicosocial en gerontología*, Cáritas Española Editores.
44. YANGUAS, J. J. (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores: aproximación conceptual, evaluación e implicación en gerontología. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39 (3), 54- 66.
45. YESAVAGE, J. A., BRINK, T. L., ROSE, T.L., y LUM, O. (1983).