

# EVAM

**ENTREVISTA DE VALORACIÓN PARA ADULT@S MAYORES  
USUARI@S DE CRUZ ROJA HUELVA**

**SUSANA MENÉNDEZ ÁLVAREZ-DARDET  
NEREA GARZÓN ROMERO  
ENRIQUE RUIZ DE LA TORRE  
MERCEDES VÉLEZ TORAL  
CHRISTIAN CÁCERES PÉREZ**

**Departamento de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación  
UNIVERSIDAD DE HUELVA**

**OCTUBRE 2024**

# ÍNDICE

<b>1. FUNDAMENTACIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>2. DISEÑO Y PILOTAJE DE EVAM .....</b>	<b>5</b>
<b>MÉTODO .....</b>	<b>5</b>
<b>Participantes .....</b>	<b>5</b>
<b>Instrumento .....</b>	<b>6</b>
<b>Plan de Análisis.....</b>	<b>7</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>8</b>
<b>3. ESTRUCTURA Y COMPOSICIÓN DE EVAM .....</b>	<b>9</b>
<b>4. DIRECTRICES DE ADMINISTRACIÓN DE EVAM .....</b>	<b>11</b>
<b>5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE EVAM .....</b>	<b>12</b>
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>14</b>
<b>7. REFERENCIAS .....</b>	<b>15</b>
<b>8. ANEXO: EVAM .....</b>	<b>17</b>

# 1. FUNDAMENTACIÓN

El interés por analizar y evidenciar la **calidad** del trabajo que se lleva a cabo desde diversos dispositivos y con distintos colectivos viene siendo un interés prioritario de la intervención psicosocial. A grandes rasgos, desde esta perspectiva se insiste en la importancia de desarrollar actuaciones que constituyan **buenas prácticas** (esto es, intervenciones razonables y bien planteadas a nivel descriptivo-técnico y ético), pero también que estas actuaciones supongan **prácticas basadas en la evidencia** (esto es, intervenciones con resultados sólidos y evidenciables, que justifican que se siga invirtiendo en ellas). La idea central, especialmente en instituciones sustentadas con fondos públicos, es que es imprescindible hacer las cosas bien pero también demostrarlo, para poder así identificar qué intervenciones funcionan, aprender de ellas, y tener estas evidencias en cuenta de cara a seguir apoyando el trabajo de estas instituciones (Altpeter et al., 2004; Menéndez et al., 2022; Nguyen et al., 2015; Ory & Smith, 2015; Rodrigo y Callejas, 2021; Rodrigo et al., 2015; Ulla et al., 2024).

Por tanto es importante disponer de información, fiable y sólida, que permita **evidenciar los resultados** del trabajo que se lleva a cabo desde diversos dispositivos. Esto implica, entre otras cosas, que l@s profesionales que diseñan<sup>1</sup> una intervención deben estimar (esto es, medir, evaluar) la o las dimensiones sobre las que pretende influir, es decir, deben tener previsto<sup>1</sup> cómo obtener datos (razonablemente fiables) respecto a estas dimensiones, tanto antes como después de la intervención. Contar con este tipo de información es crucial, ya que permite a l@s profesionales evidenciar los elementos clave para evaluar una intervención: en qué medida ésta ha sido más o menos **eficaz** (se han producido cambios en las dimensiones analizadas y, por tanto, se han cubierto los objetivos planteados), **eficiente** (los cambios han sido más o menos evidentes y/o intensos en determinados usuari@s y/o bajo ciertas condiciones), **efectiva** (los efectos de la intervención compensan los costes de la misma) y/o **sostenible** (los efectos pueden mantenerse en el tiempo una vez que la intervención haya finalizado); esta información y estos análisis también son esenciales de cara a la **diseminación** de la intervención (en qué medida es factible implementarla, con garantías de éxito, en otras situaciones y con usuari@s similares) (Gambara y Vargas, 2007; Jiménez e Hidalgo, 2016; Ulla et al., 2024). En todo este proceso es, además, muy importante atenerse a los estándares de evaluación de la disciplina implicada que suelen, en general, incidir en la importancia de utilizar procedimientos adaptados a las personas con las que se trabaja y herramientas estandarizadas para obtener información fiable de las dimensiones de interés.

Resulta en definitiva fundamental valorar o estimar (esto es, medir) aquello sobre lo que se pretende trabajar para con esa información, entre otras cosas<sup>2</sup>, poder evidenciar qué resultados tiene el trabajo realizado. En el caso de la **intervención psicosocial con personas mayores** a las reflexiones anteriores hay que añadir, necesariamente, dos consideraciones adicionales:

- Por un lado, desde el modelo de **Valoración Geriátrica Integral** (vg. Caprara y López, 2014) se plantea que cualquier proceso de evaluación en el que estén implicados adult@s mayores debe tomar en consideración indicadores relacionados con cuatro grandes áreas de salud (físico-funcional, cognitiva, psicoafectiva y social), reservando un interés especial (y, por tanto, el uso de herramientas de evaluación más detalladas) para las dimensiones que sean más relevantes en cada intervención analizada. Es decir, incluso en aquellos casos en los que el interés de l@s profesionales esté claramente situado en una o varias de las áreas anteriores, es fundamental considerar también las otras aunque, para valorarlas, se opte por procedimientos menos pormenorizados (escalas breves, instrumentos de cribado, etc).
- Por otra parte, es esencial tener en cuenta las claves básicas de la **evaluación psicogerontológica** (muy bien desarrolladas en Caprara y López, 2014; Fernández-Ballesteros et al., 2009; Márquez et al., 2005; Rodríguez, 2023). En concreto, es fundamental utilizar siempre que se pueda herramientas estandarizadas con baremos específicos (para este colectivo y en el país/contexto de que se trate), así como tener presentes las frecuentes

---

<sup>1</sup> Las directrices claras para evaluar una intervención **DEBEN** ser una parte esencial y específica en el diseño de la misma, al mismo nivel que otros elementos (objetivos –generales y específicos–, metodología, calendarización, recursos y materiales necesarios...). La evaluación (pormenorizada y detallada) **DEBE** ser un apartado específico de un buen proyecto de intervención.

<sup>2</sup> Esta Memoria se centra en la **evaluación**, pero es igualmente importante disponer de datos sobre las dimensiones de interés para otras fases de la **intervención**, muy especialmente de cara al **diseño** de la misma: es esencial saber cuál es la situación de partida en las áreas en las que se quiere trabajar.

peculiaridades (perceptivo-cognitivas, motivacionales y generacionales) del adult@ mayor como sujeto de evaluación: es recomendable optar por escalas breves, con ítems/preguntas de formulación sencilla, atendiendo a la posible falta de familiaridad con las escalas Likert (en cuyo caso es conveniente ofrecer las opciones de respuesta mediante tarjetas con información visual), y en las que no se considere el tiempo de respuesta como criterio de valoración.

Es evidente, por tanto, que l@s profesionales de la intervención psicosocial tienen que incorporar la lógica de las **buenas prácticas basadas en la evidencia** como una parte central y (cada vez más) necesaria de su trabajo. Pero es igualmente evidente que esto supone añadir muchas tareas adicionales al de por sí importante volumen de trabajo que est@s profesionales realizan. De ahí que la colaboración con equipos externos, integrados por profesionales con formación específica en tareas de investigación (no solo pero sí habitualmente del ámbito universitario), sea un muy buen formato desde el que responder esta demanda (Menéndez et al., 2022; Ory & Smith, 2015; Rodrigo et al., 2015).

La Memoria que aquí se presenta responde a las consideraciones anteriores, y aspira a ser una herramienta útil para el análisis, basado en la evidencia, de las intervenciones psicosociales desarrolladas con adult@s mayores. Por un lado, l@s profesionales de Cruz Roja Huelva (**CRH** en adelante) que trabajan en el *Programa de Atención Integral a Personas Mayores* de esta institución están sensibilizad@s con la importancia de evaluar sus intervenciones. Por otra parte, la Universidad de Huelva (**UHU** en adelante) cuenta con un equipo de investigadores con experiencia y capacidad para analizar, de forma externa, el trabajo desarrollado desde diversas instituciones y entidades con este colectivo. La confluencia entre los intereses de ambas instituciones se tradujo en un Convenio de colaboración, suscrito en diciembre de 2023 entre CRH y la UHU, para el **Diseño y pilotaje de una entrevista de valoración de personas mayores usuarias de Cruz Roja Huelva**. Esta Memoria es el principal resultado de las actuaciones contempladas en dicho Convenio y, en concreto, da respuesta al compromiso de la UHU en cuanto a proporcionar a CRH una herramienta estandarizada para que, desde esta institución, se evalúen las intervenciones desarrolladas con personas mayores: la **Entrevista de Valoración de Adultos Mayores (EVAM** en adelante).

En esta Memoria se describe el proceso de diseño y pilotaje de la entrevista (2), su estructura y composición (3), se detalla cómo administrarla (4) e interpretar sus resultados (5) y se ofrece, en el Anexo final (6), la EVAM que, además, puede descargarse en formato \*.docx desde el siguiente enlace, para que l@s profesionales que la utilicen puedan completarla, incorporando las preguntas<sup>3</sup> y/o escalas que se consideren oportunas para adaptar la entrevista a sus necesidades específicas.

[https://docs.google.com/document/d/1Tp0pZxqynvyEw7joLxG89Uqxn785NUqa/edit?usp=s\\_haring&oid=106951375618721246959&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1Tp0pZxqynvyEw7joLxG89Uqxn785NUqa/edit?usp=s_haring&oid=106951375618721246959&rtpof=true&sd=true)

Conviene destacar que, aunque EVAM se ha diseñado y responde a las necesidades de una entidad concreta y local (CRH), con las convenientes adaptaciones<sup>3</sup> puede ser igualmente útil en otros contextos. Así, y en coherencia con la **Estrategia Nacional de Ciencia Abierta del Gobierno de España**<sup>4</sup> con la que está comprometida la UHU, l@s autores de EVAM la ofrecemos *open-access* para que pueda ser utilizada por parte de cualquier entidad u organización.

El equipo de la UHU implicado en EVAM no puede finalizar esta presentación sin agradecer la colaboración y el apoyo de l@s profesionales, voluntari@s y usuari@s de CRH que han participado en el desarrollo y pilotaje de esta herramienta de evaluación. Queremos destacar nuestra especial gratitud hacia **Gema Díaz Lozano** y **Ana María Pérez Polo**, que desarrollan desde CRH un trabajo MUY comprometido y serio con el colectivo de mayores, y sin cuya colaboración este estudio no se habría realizado. Pero nuestro mayor agradecimiento debe y tiene que dirigirse a las **personas mayores** que han participado en el estudio dedicándonos una parte de su tiempo, respondiendo a las preguntas que les planteamos, compartiendo con nosotr@s sus experiencias, y ofreciendo así la base sin la que este trabajo no se habría podido realizar. Si el resultado es útil y está, mínimamente, a la altura su generosidad y colaboración, este estudio habrá merecido la pena.

<sup>3</sup> La propuesta de EVAM que aquí se presenta puede (y debe) completarse con todas las **preguntas** específicas y/o las **escalas** que los/as profesionales consideren convenientes, pero es fundamental NO modificar los **ítems** de las escalas originales, para no alterar las indicaciones de corrección e interpretación de dichas escalas.

<sup>4</sup> <https://www.ciencia.gob.es/Estrategias-y-Planes/Estrategias/ENCA.html>

## 2. DISEÑO Y PILOTAJE DE EVAM

En este apartado se resume el estudio llevado a cabo para **a)** diseñar y **b)** pilotar la versión inicial de EVAM como herramienta de evaluación psicogerontológica. Además de en esta Memoria, este estudio se ha traducido en dos Trabajos de Fin de Grado, desarrollados y defendidos en la UHU por parte de dos de los autores de esta Memoria<sup>5</sup>. A continuación se expone una síntesis del estudio y de ambos trabajos, organizada de acuerdo con los apartados habituales en los informes científicos.

### MÉTODO

#### Participantes

El pilotaje de EVAM se llevó a cabo a partir de la información aportada por una muestra **N = 36** personas de 60 o más años usuarias del programa Cognitiva-MENTE ofrecido por CRH en el periodo 2023-2024. Las principales características de este grupo de adult@s mayores se ofrecen en la **Tabla 1**; como puede apreciarse, se trata de una muestra integrada muy mayoritariamente por mujeres, por personas de en torno a 70 años, casadas o viudas, y que viven sobre todo en solitario o en pareja. En línea con lo habitual en esta generación de mayores en España, un porcentaje importante de la muestra tiene un bajo nivel de formación (28.9%), pero llama la atención que un 52.8% ha cursado estudios medios.

**Tabla 1.** Caracterización de la muestra.

Indicador		n (%)
Sexo	Mujeres	31 (86.1)
	Hombres	5 (13.9)
Edad (M = 73.14, DT = 6.64, rango 61-90)	60-69 años	12 (33.3)
	70-79 años	16 (44.4)
	80-89 años	7 (19.4)
	≥ 90 años	1 (2.8)
Situación de pareja	Casad@s	16 (44.4)
	Viud@s	14 (38.9)
	Solter@s	3 (8.3)
	Separad@s/Divorciad@s	3 (8.3)
Nivel educativo	Sin estudios/primarios sin finalizar	3 (8.3)
	Estudios primarios	11 (30.6)
	Estudios secundarios	19 (52.8)
	Estudios superiores	3 (8.3)
Situación de residencia	Sol@	16 (44.4)
	Con su pareja	13 (36.1)
	Con su pareja y familiar/es	3 (8.3)
	Con familiar/es	4 (11.1)
	Otras	0 (0)

<sup>5</sup> En concreto, se trata de los siguientes trabajos: **a) Diseño de una entrevista de valoración para personas mayores usuarias de Cruz Roja Huelva (Garzón, 2024)** y **b) Pilotaje y resultados preliminares de una entrevista de valoración para personas mayores usuarias de Cruz Roja Huelva (Ruiz de la Torre, 2024)**. Ambos TFG se defendieron en la UHU en la Convocatoria Ordinaria I del curso académico 2023-2024, obteniendo calificaciones de 9.5 sobre 10.

# Instrumento

Para el diseño de la versión inicial de EVAM se realizó una búsqueda de herramientas estandarizadas de evaluación psicogerontológica referidas a las áreas centrales del modelo VGI (salud físico-funcional, cognitiva, psicoafectiva y social), que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: ser escalas breves, con una versión traducida y adaptada para el colectivo de mayores en España, y con evidencias científicas de su solvencia como instrumentos de evaluación (esto es, haber sido utilizadas en trabajos difundidos en foros científicos). A partir de los resultados se configuró una entrevista inicial a pilotar compuesta por 42 preguntas, con la composición y estructura que se detallan en la **Tabla 2**. Esta primera versión incluía un bloque final de preguntas (39-42) para que la persona entrevistada valorara el cuestionario respecto a su duración, pertinencia, formulación y opciones de respuesta. Los detalles de todo este proceso se describen de manera pormenorizada en Garzón (2024).

**Tabla 2. Composición y estructura de la versión inicial de EVAM.**

ÁREA	INDICADOR	INSTRUMENTO*
Información básica	Edad, sexo, nivel educativo, situación de pareja, residencia	<i>Ad hoc</i>
	Asistencia/apoyo para la vida diaria	<i>Ad hoc</i>
1. Salud física y funcional	Autonomía para AIVD <sup>6</sup>	LIADL
	Salud objetiva	<i>Ad hoc</i>
	Salud subjetiva	PES
2. Cognitiva	Cribado de deterioro cognitivo	SPMSQ
3. Social	Relaciones sociales y riesgo de aislamiento	LSNS-6
4. Afectivo/emocional	Satisfacción vital	SWLS
Valoración de la entrevista	Extensión de la entrevista	<i>Ad hoc</i>
	Contenido de las preguntas	<i>Ad hoc</i>
	Claridad/comprensión de las preguntas	<i>Ad hoc</i>
	Claridad/comprensión de las escalas de respuesta	<i>Ad hoc</i>

\*Los detalles de las escalas estandarizadas se exponen en el **apartado 3 (Estructura y composición de EVAM)** de esta Memoria.

## Procedimiento

Se suscribió un Convenio de colaboración entre CRH y la UHU para dar cobertura al estudio del que aquí se informa. Los equipos de ambas instituciones mantuvieron varias reuniones para concretar el trabajo y los compromisos específicos para el desarrollo del estudio. En síntesis, el resultado de estas reuniones y el contenido del Convenio consistieron en:

- **Por parte de la UHU:** Diseñar y administrar una entrevista para obtener información básica, según el modelo VGI, de dimensiones centrales para la valoración de adultos mayores. De acuerdo con los principios éticos de la Declaración de Helsinki<sup>7</sup>, esta entrevista se inició recabando el consentimiento informado del/la participante: se le especificaban los objetivos e instituciones implicados, el carácter voluntario y no vinculante de su participación (que en ningún caso condicionaba las prestaciones recibidas y/o su relación con CRH), y el anonimato de la información aportada; asimismo, se aclaraba la naturaleza descriptiva del estudio, dejando claro que las preguntas no tenían respuestas correctas/incorrectas y que únicamente pretendían describir su situación. Para llevar a cabo la entrevista fue imprescindible que la persona entendiera lo anterior y accediera explícitamente a participar en el estudio.
- **Por parte de CRH:** Facilitar al equipo de la UHU la realización de entrevistas presenciales a adult@s mayores usuari@s de Cognitiva-MENTE, una de las prestaciones ofrecidas por CRH dentro de su *Programa de Atención Integral a Personas Mayores*. En concreto, las entrevistas se llevaron a cabo en las dependencias de varios de los centros en los que se implementa esta intervención, tras concertar previamente una cita telefónica con los responsables y/o con los posibles participantes (Ruiz de la Torre, 2024).

<sup>6</sup> Las Actividades de la Vida Diaria (AVD) se clasifican en tres tipos: **Básicas** (comer, asearse, vestirse...), **Instrumentales** (compras básicas, cocinar, utilizar el teléfono...) y **Avanzadas** (quedar/organizar algo con amig@s, participar en actividades formales educativas, voluntariado...). Teniendo en cuenta el perfil y las características de l@s adult@s mayores con los que suele trabajar CRH, para EVAM se ha optado por analizar el grado de autonomía en **AVD Instrumentales (AIVD en adelante)**.

<sup>7</sup> [www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/](http://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/)

# Plan de Análisis

Los datos se procesaron y analizaron utilizando el software IBM-SPSS-25.0 (IBM, 2017). El tratamiento estadístico de la información se llevó a cabo de acuerdo con las directrices básicas de análisis estadístico en Ciencias Sociales (vg. Gardner, 2003; Morales et al., 2003; Pardo y Ruiz, 2005). En concreto:

- El estudio univariante de cada dimensión se realizó mediante el cálculo de la media ( $M$ ), la desviación típica ( $DT$ ) y el rango (mínimo-máximo) para puntuaciones continuas; y la frecuencia ( $n$ ) y el porcentaje (%) para los datos ordinales y categóricos.
- La consistencia interna de las escalas estandarizadas (con ítems de similar escala de respuesta) se estableció a partir del  $\alpha$  de Cronbach, considerando aceptable (dado el tamaño de la muestra y los fines de investigación del estudio) un  $\alpha \geq .60$ .
- Dado el tamaño de la muestra, la relación bivalente entre indicadores se analizó mediante **estadística no paramétrica**, en concreto, a través de los siguientes contrastes: el índice de correlación  $r$  de Pearson para variables continuas y  $\rho$  de Spearman para variables ordinales; comparaciones de medias mediante  $U$  de Mann-Whitney para una variable continua y una nominal de dos categorías y  $H$  de Kruskal-Wallis para nominales de más de dos grupos; y tablas de contingencia (con el estadístico  $\chi^2$ ,  $V_{\text{Cramer}}$  como índice del tamaño del efecto, y residuos tipificados corregidos  $r_z \pm 1.96$  para su interpretación) para dos variables nominales. En todos los casos, los contrastes se consideraron estadísticamente significativos a partir de  $p < .05$  y con una significación marginal desde  $p < .10$ .

# RESULTADOS

En este apartado se ofrece un resumen de los análisis realizados con la versión inicial de EVAM y los principales resultados obtenidos, de cara a perfilar esta herramienta de evaluación psicogerontológica. El estudio detallado para el pilotaje de EVAM se expone en Ruiz de la Torre (2024).

La administración de EVAM tuvo una duración variable, que osciló en torno a una media de 20 minutos ( $M = 20.44$ ,  $DT = 8.3$ ) dentro de un rango de 10 y 46 minutos. A pesar de esta variabilidad a la hora de administrar la entrevista, los resultados en cuanto a la valoración que las personas mayores hicieron de diversas características de la prueba fue muy homogéneo (ver **Tabla 3**) indicando, como puede apreciarse, que se habían sentido cómod@s y que EVAM les parecía muy adecuada en cuanto a su duración, comprensión de las preguntas y facilidad para responder.

**Tabla 3. Valoración de EVAM por parte de l@s participantes**

		n (%)
¿Se ha sentido usted cómod@ este rato que hemos hablado?	No	---
	Sí	36 (100)
¿Se le ha hecho muy largo este rato que hemos estado hablando?	Muy largo	---
	Largo	---
	Adecuado	36 (100)
¿Le ha costado entender/comprender alguna de las cosas que le he preguntado?	Sí	4 (11.1)
	No	32 (88.9)
¿Le ha costado responder a alguna de las cosas que le he preguntado?	Sí	1 (2.9)
	No	34 (97.1)

La **Tabla 4** ofrece una síntesis de los resultados que, en este estudio, se obtuvieron con las escalas estandarizadas incluidas en EVAM.

**Tabla 4. Resultados descriptivos de las escalas estandarizadas incluidas en EVAM**

Escala	Consistencia interna	M (DT)	Rango teórico	Rango en este estudio
LIADL	.81	7.06 (1.67)	0 - 8	1 - 8
PES <sup>8</sup>		9.08 (1.64)	3 - 14	5 - 12
SPMSQ	.70	1.48 (1.73)	0 - 10	0 - 8
LSNS-6	.89	19.94 (6.82)	0 - 30	9 - 30
SWLS	.68	19.78 (3.38)	5 - 25	12 - 25

Por lo que respecta a la variabilidad de las puntuaciones anteriores en función de las características sociodemográficas de l@s participantes, conviene recordar que la muestra tiene un perfil muy homogéneo y que, de hecho, no se han podido explorar las posibles diferencias entre mujeres y hombres. Aun así, los análisis efectuados ponen de manifiesto los siguientes resultados respecto a otros indicadores:

- **Edad:** l@s participantes mayores eran menos autónom@s para las AIVD ( $r = -.479$ ,  $p < .005$ ) y tenían más probabilidades de experimentar deterioro cognitivo ( $r = .577$ ,  $p < .001$ ).
- **Situación de pareja:** las personas casadas estaban más satisfechas con su situación vital ( $H = 10.15$ ,  $p < .05$ ).
- **Nivel educativo:** l@s participantes con estudios superiores tendían a tener redes sociales más amplias, diversas, y con un contacto más frecuente y estrecho ( $H = 6.68$ ,  $p < .10$ ).

Finalizamos este apartado destacando que ni el (reducido) tamaño de la muestra ni su (muy homogénea) composición han permitido realizar análisis más detallados. Sin duda sería deseable disponer de datos procedentes de otras muestras más numerosas y heterogéneas, como se comenta en el apartado final de esta Memoria.

<sup>8</sup> En el caso de esta escala no procede calcular  $\alpha$  de Cronbach, ya que los ítems tienen diferentes escalas de respuesta.

### 3. ESTRUCTURA Y COMPOSICIÓN DE EVAM

Teniendo en cuenta los resultados que se acaban de exponer se definió la versión final de EVAM que se presenta en esta Memoria. Se trata de una entrevista semi-estructurada, compuesta por 38 preguntas, que permite recabar la información que se describe en la **Tabla 5**. EVAM se ofrece en el **Anexo** final de este documento y, como ya se ha comentado, puede descargarse en formato editable (\*.docx) desde el siguiente enlace para que cada profesional y/o cada equipo pueda completarla y adaptarla a sus necesidades específicas. En este sentido, en la versión que ofrecemos las 38 preguntas se identifican precedidas de P, para diferenciarlas de las que se puedan añadir y que no se origine confusión con las indicaciones de análisis e interpretación de las escalas (ver **apartado 5**). Asimismo, y también con objeto de facilitar la administración de EVAM, en la entrevista se ha reservado un espacio para poder anotar la respuesta y, en gris oscuro y al margen, se especifican las opciones de respuesta para el registro y posterior codificación de las mismas.

<https://docs.google.com/document/d/1Tp0pZxqynvyEw7joLxG89Uqxn785NUqa/edit?usp=sharing&oid=106951375618721246959&rtpof=true&sd=true>

**Tabla 5. Estructura de EVAM**

ÁREA	INDICADOR	INSTRUMENTO	PREGUNTAS
Información básica	Sociodemográficos	Ítems <i>ad hoc</i>	P1-P4
	Asistencia/apoyo para la vida diaria	Ítems <i>ad hoc</i>	P5
1. Salud física y funcional	Autonomía para AIVD <sup>5</sup>	LIADL	P6-P13
	Salud objetiva	Ítems <i>ad hoc</i>	P12
	Salud subjetiva	PES	P14-P16
2. Cognitiva	Cribado de deterioro cognitivo	SPMSQ	P17-P27
3. Social	Relaciones sociales y riesgo de aislamiento	LSNS-6	P28-P33
4. Afectivo/emocional	Satisfacción vital	SWLS	P34-P38

El inicio de EVAM recaba **información básica**, tanto sociodemográfica (edad, sexo, nivel de estudios, situación de pareja y de residencia) como referida a existencia, tipo y regularidad de apoyo cotidiano de la persona entrevistada. Esta sección se puede (y debe) completar con preguntas adicionales sobre indicadores que el/la profesional vea oportuno o necesite plantear (por ejemplo sobre la participación de la persona en otras actividades de CRH, su trayectoria en esta institución...).

El resto de EVAM permite obtener, mediante escalas estandarizadas de evaluación psicogerontológica junto a ítems *ad hoc*, información sobre una selección de indicadores de las cuatro **áreas** centrales que propone el modelo de **Valoración Geriátrica Integral** (vg. Caprara y López, 2014). Esta selección se puede (y debe) completar con otros indicadores sobre información que el/la profesional de CRH necesite evaluar y no estén incluidos en esta propuesta, o bien con instrumentos que evalúen, de manera más detallada, alguno/s de los indicadores incluidos en EVAM. En ambos casos, es importante siempre que se pueda incorporar escalas estandarizadas y **NO** preguntas de elaboración propia. Asimismo, es fundamental **NO modificar** (añadir/quitar) ítems de las escalas estandarizadas, para no alterar los criterios básicos de corrección e interpretación de las mismas.

Los indicadores de EVAM en cada una de estas áreas son los siguientes (en el **apartado 5** se ofrecen detalles adicionales):

## 1. SALUD FÍSICA Y FUNCIONAL.

- **Salud objetiva:** Ítems *ad hoc* sobre enfermedades crónicas, problemas severos no crónicos pero recientes de salud, hospitalizaciones, y/o necesidad de apoyo material para la vida cotidiana.
- **Salud subjetiva: PES** (*Percepción del Estado de Salud*), escala de tres ítems incluidos en la *Batería de Evaluación en la Vejez* de Fernández-Ballesteros et al. (2009) y sugeridos por la OMS para armonizar los estudios de salud a nivel internacional. PES explora la valoración que la persona hace de su estado actual de salud, tanto en general como en comparación con su situación reciente y con la de sus iguales, y proporciona una puntuación cuantitativa (rango 3-14) que indica una mejor salud subjetiva mientras más elevado sea el valor obtenido.
- **Autonomía en las actividades instrumentales de la vida diaria: LIADL** (*Lawton Instrumental Activities of Daily Living*; Lawton & Brody, 1969); se ha utilizado la propuesta para personas mayores en España de Trigas et al (2011). Esta escala evalúa, a través de ocho ítems, en qué medida la persona es autónoma para manejarse con actividades instrumentales cotidianas (compras básicas, lavar la ropa, utilizar el teléfono...). Cada actividad se valora mediante una escala dicotómica de respuesta (*sí* = 1 / *no* = 0) en función de la autonomía del adulto mayor para realizarlas. LIADL ofrece una puntuación (rango 0-8) que indica mayor dependencia mientras más bajo sea el resultado obtenido.

## 2. ÁREA COGNITIVA.

- **Deterioro cognitivo: SPMSQ** (*Short Portable Mental Status Questionnaire*; Pfeiffer, 1975), prueba ampliamente utilizada en atención primaria como alternativa al MMSE-MEC (*Mini Mental State Examination-Mini Examen Cognoscitivo*; Folstein et al, 1983; Lobo et al., 2002) para el cribado de problemas cognitivos en personas mayores de nivel educativo bajo y/o cuando se sospechan dificultades de lectoescritura. Se compone de 10 ítems que exploran la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo. La suma de errores proporciona una puntuación directa (rango 0-10) que indica un mayor riesgo de deterioro cognitivo mientras más elevada sea. De acuerdo con la adaptación a España (Martínez de la Iglesia et al., 2001) el punto de corte de SPMSQ para establecer riesgo<sup>9</sup> de deterioro cognitivo varía en función del nivel educativo de la persona (ver **Tabla 9** en el **apartado 5**).

## 3. ÁREA SOCIAL.

- **Relaciones sociales y riesgo de aislamiento: LSNS-6** (*Lubben Social Network Scales-6*, Lubben et al, 2006) es la versión breve de las escalas LSNS, específicamente diseñadas para evaluar las relaciones sociales en personas mayores, diferenciando si estas relaciones se mantienen con la red familiar o la no familiar. LSNS-6 se compone de seis ítems (tres para cada tipo de red) y ofrece resultados sobre a) el tamaño, la frecuencia y/o la intensidad de los contactos con la red familiar y la no familiar; y b) el riesgo de aislamiento social familiar y no familiar. EVAM incorpora la propuesta y las puntuaciones de referencia para España de LSNS-6 de Menéndez y Pérez-Padilla (2021) (ver **Tabla 10** en el **apartado 5**).

## 4. ÁREA AFECTIVO/EMOCIONAL.

- **Satisfacción vital: SWLS** (*Satisfaction With Life Scale*; Diener et al., 1985), escala de cinco ítems (con respuestas Likert desde *Muy en desacuerdo* hasta *Muy de acuerdo*) que evalúa el bienestar subjetivo en personas de diferentes edades, y que ha mostrado buenas propiedades psicométricas con adultos mayores en España (Pons et al., 2000, 2002; Sancho et al., 2019; Vázquez et al., 2013). SWLS ofrece una puntuación cuantitativa (rango 5-25) que indica una mayor satisfacción con la propia situación vital mientras más elevado sea el valor obtenido.

---

<sup>9</sup> SPMSQ es una prueba de cribado NO de diagnóstico: permite detectar posibles situaciones en las que hay un riesgo relevante de deterioro cognitivo pero NO evalúa ni la existencia ni el grado de dicho deterioro. Si los resultados de SPMSQ apuntan a un posible deterioro cognitivo, el/la profesional debe derivar el caso a los servicios competentes facultados para diagnosticar el grado y tipo de deterioro y actuar al respecto.

## 4. DIRECTRICES DE ADMINISTRACIÓN DE EVAM

Como cualquier herramienta de evaluación psicogerontológica, el uso de EVAM requiere conocer no sólo lo que esta prueba mide, sus características y sus criterios de corrección e interpretación (ver **Tablas 7-11** en el **apartado 5**), sino también tener presentes ciertas precauciones a la hora de administrarla si se quieren obtener resultados veraces y útiles. Nos parece especialmente importante destacar que hablamos de personas mayores: **la evaluación psicogerontológica NO es similar a la evaluación psicológica en general**, porque un@ adult@ mayor NO es similar a una persona de otra edad. La evaluación psicológica en la vejez requiere tener muy presentes ciertas peculiaridades de l@s adult@s mayores (muy bien resumidas en Caprara y López, 2014; Fernández-Ballesteros et al., 2009; Márquez et al., 2005; Rodríguez, 2023) y de las que ofrecemos una breve síntesis en la **Tabla 6**.

**Tabla 6. EVAM: indicaciones/precauciones de administración.**

- 
- Antes:**
- Si la persona tiene alguna deficiencia sensorial (sobre todo visual y/o auditiva) no severa pero sí relevante, asegurarse de que ha venido con la/s prótesis adecuadas (gafas, audífonos...).
  - Citar a la persona y/o administrar la escala en un momento en el que sea previsible que esté lúcida y/o activa.
  - Hacer todo lo posible por crear un clima agradable, en el que la persona se sienta lo más cómoda posible: empezar por una charla liviana que SIEMPRE comience con la presentación del profesional (quiénes somos, porqué estamos allí...) y las razones de la entrevista (la persona tiene derecho a esta información).
  - Si se percibe que la persona está o puede estar tensa, hacer todo lo posible por rebajar la tensión (hablar de otras cosas, preguntar qué ha hecho hoy...) hasta tener claro que la persona está razonablemente tranquila.
- 
- Durante:**
- Atenerse a las instrucciones de la entrevista: leer las indicaciones/preguntas despacio y de manera clara (es IMPRESCINDIBLE que la persona entienda lo que se le pide/pregunta).
  - Dar cierto margen de respuesta: dejar que la persona piense lo que va a contestar.
  - No corregir NUNCA a la persona aunque se equivoque, anotar lo que hace/dice sin trasladar retroalimentación.
  - No dar pistas/indicaciones adicionales.
  - Asegurarse de que no quedan preguntas sin respuesta (especialmente en los ítems de escalas estandarizadas).
- 

Una vez realizada la entrevista, hay que analizar y/o transformar las respuestas de EVAM para obtener resultados comprensibles e interpretables por parte del profesional. Estas directrices se exponen en el siguiente apartado de la Memoria.

## 5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE EVAM

Las indicaciones para tratar las respuestas e interpretar los resultados de las herramientas estandarizadas incluidas en EVAM se detallan en las **Tablas 7-11**. Se trata de escalas en las que el cálculo de los resultados finales implica combinar ítems, de forma que es esencial disponer de los datos de todos ellos: si falta algún resultado (por no haber podido/querido plantear alguna pregunta, o por haberla eliminado) NO es posible obtener el resultado final de la escala. De ahí que sea muy importante atenderse a lo recomendado en el apartado anterior (**Tabla 6**) en cuanto a: **a) antes** de utilizar EVAM conocer bien su contenido y cómo obtener sus resultados; y **b) durante** la administración de EVAM hacer todo lo posible por obtener la respuesta de la persona entrevistada a todas las preguntas que son ítems imprescindibles para el cálculo de la puntuación final de las escalas estandarizadas.

**Tabla 7. Directrices de corrección e interpretación de LIADL (autonomía para AIVD<sup>5</sup>)**

Pregunta	Tratamiento de respuestas	Resultados LIADL	Interpretación LIADL
P6	1 = Lo usa por iniciativa propia y sin ayuda. 1 = Marca números bien conocidos. 1 = Contesta el teléfono pero no marca. 0 = No usa el teléfono en absoluto	Suma de 1s	LIADL (rango teórico 0-8) más alto indica mayor autonomía.
P7	1 = Realiza las compras necesarias sin ayuda. 0 = Compra pequeñas cosas. 0 = Necesita ayuda para realizar compras. 0 = Es incapaz de ir de compras		
P8	1 = Planea, prepara y sirve sin ayuda las comidas. 0 = Prepara la comida si le dan los ingredientes. 0 = Calienta y sirve las comidas pero no tiene una dieta adecuada. 0 = Necesita que le preparen y sirvan la comida.		
P9	1 = Cuida la casa sin ayuda o ésta es ocasional. 1 = Realiza tareas domésticas ligeras. 1 = Realiza tareas domésticas pero no mantiene nivel de limpieza aceptable. 1 = Necesita ayuda en todas las tareas de la casa. 0 = No participa en ninguna tarea doméstica		
P10	1 = Lo realiza sin ayuda. 1 = Lava o aclara algunas prendas. 0 = Necesita que otro se ocupe.		
P11	1 = Viaja de forma independiente. 1 = No usa transporte público, salvo taxis. 1 = Viaja en transporte público si le acompaña alguien. 0 = Viaja en taxi o automóvil solamente con la ayuda de otros. 0 = No viaja en absoluto.		
P12	1 = No precisa ayuda para tomar su medicación. 0 = Necesita que le preparen las dosis/pastillas. 0 = No es capaz de responsabilizarse de su medicación.		
P13	1 = No precisa ayuda. 0 = Necesita ayuda. 0 = Incapaz de manejar dinero.		

**Tabla 8. Directrices de corrección e interpretación de PES (salud subjetiva)**

Preguntas	Tratamiento de respuestas	Resultados PES	Interpretación PES
P14	PES General: 4 = muy buena 3 = buena 2 = regular 1 = mala	PES General + PES Pasado + PES Iguales	PES más alto (rango teórico 3-14) indica un mejor estado de salud subjetiva.
P15 y P16	PES Pasado y PES Iguales: 5 = mucho mejor 4 = algo mejor 3 = igual 2 = algo peor 1 = mucho peor		

**Tabla 9. Directrices de corrección e interpretación de SPMSQ (DC = deterioro cognitivo)**

Preguntas	Tratamiento de respuestas	Resultado SPMSQ	Interpretación SPMSQ
P17-P27	Errores	Suma de errores	El corte clínico en España es diferente según el nivel educativo (Martínez de la Iglesia et al., 2001): <u>Mayores en general:</u> 0-2 = normal 3-4 = DC leve 5-7 = DC moderado 8-10 = DC severo <u>Mayores con nivel educativo bajo:</u> 0-3 = normal 4-5 = DC leve 6-8 = DC moderado 9-10 = DC severo

**Tabla 10. Directrices de corrección e interpretación de LSNS6 (relaciones sociales y riesgo de aislamiento)**

Preguntas	Tratamiento de respuestas	Resultados LSNS6	Interpretación LSNS6
P28-P33	Red Social Familiar (RSF) y no Familiar (RSnF): 0 = ninguno 1 = uno 2 = dos 3 = tres o cuatro 4 = de cinco a ocho 5 = nueve o más	RSF = P28 + P29 + P30 RSnF = P31 + P32 + P33	<u>Relaciones sociales:</u> RSF y/o RSnF más elevados (en cada caso, rango teórico 0-15) indican redes más amplias y con un contacto más frecuente y estrecho. <u>Riesgo de aislamiento:</u> RSF y/o RSnF $\leq 6$ indican riesgo de aislamiento (familiar o no familiar, respectivamente).

**Tabla 11. Directrices de corrección e interpretación de SWLS (satisfacción vital)**

Preguntas	Tratamiento de respuestas	Resultados SWLS	Interpretación SWLS
P34-P38:	1 = muy en desacuerdo 2 = en desacuerdo 3 = neutro 4 = de acuerdo 5 = muy de acuerdo	Suma de P34-P38	SWLS más alto (rango teórico 5-25) indica una mayor satisfacción con la propia situación vital.

## 6. CONCLUSIONES

El estudio presentado en esta Memoria tiene algunas **limitaciones** que conviene señalar. Desde nuestro punto de vista, las principales tienen que ver con la muestra y, en concreto con su tamaño y composición. El pilotaje inicial de EVAM se ha realizado con un grupo de adult@s mayores muy reducido y también muy homogéneo: usuari@s de una única entidad (Cruz Roja), que además es local (CRH) y con unas características muy similares sobre todo a nivel sociodemográfico. Estas limitaciones no han permitido realizar análisis a nuestro juicio esenciales destacando, en este sentido, la imposibilidad de adoptar una perspectiva de género y examinar específicamente las posibles similitudes/diferencias entre mujeres y hombres en las dimensiones consideradas. Sin duda, para perfilar y afinar mejor EVAM sería deseable contar con datos más numerosos y, sobre todo, procedentes de muestras más heterogéneas de adult@s mayores en cuanto a su procedencia y caracterización sociodemográfica. A este respecto, l@s autores de esta Memoria agradeceríamos que l@s profesionales que utilicen EVAM nos contacten para barajar la posibilidad de ir integrando resultados y, así, poder conformar una muestra que permita análisis más sólidos y pormenorizados.

A pesar de estas limitaciones, el estudio del que aquí se informa también tiene **fortalezas** que nos parece razonable destacar. Tanto **a)** el diseño de EVAM como **b)** su pilotaje se han llevado a cabo de acuerdo con los estándares básicos para ambas cuestiones: modelo VGI para **a)**; análisis estadísticos coherentes con lo indicado en Ciencias Sociales para **b)**. Además, el estudio se ha llevado a cabo bajo la cobertura formal de un Convenio suscrito entre dos entidades, que pone de manifiesto el compromiso de las mismas con asuntos (prácticas basadas en la evidencia, colaboración institucional, transferencia del conocimiento...) que, en nuestra opinión, son esenciales. Asimismo, este estudio y esta Memoria ofrecen (ver Anexo) un resultado concreto y en formato *open-access*, en coherencia con el compromiso de la UHU con la *Estrategia Nacional de Ciencia Abierta del Gobierno de España*.

Esperamos que EVAM constituya una herramienta útil para l@s profesionales que trabajan con adult@s mayores, tanto en la investigación como en la intervención psicogerontológicas. Pero sobre todo esperamos que sea un recurso que, en última instancia, apoye el trabajo de estos profesionales y, con en él, el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores.

## 7. REFERENCIAS

- Altpeter, M., Schneider, E., Bryant, L., Beattie, B., & Whitelaw, N. (2004). *Using the Evidence Base to Promote Healthy Aging*. Evidence-Based Health Promotion Series, 1. National Council on Aging. [www.advancingstates.org/documentation/policy\\_priorities/UsingtheEvidenceBasetoPromoteHealthyAging.pdf](http://www.advancingstates.org/documentation/policy_priorities/UsingtheEvidenceBasetoPromoteHealthyAging.pdf).
- Caprara, M. y López, M.D. (2014). La evaluación de la persona mayor. En *Psicogerontología* (pp. 170-204). CEF.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- Fernández-Ballesteros, R., Reig, A., y Zamarrón, M. D. (2009). Evaluación en psicogerontología. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Psicología de la vejez. Una Psicogerontología aplicada* (pp. 35-96). Pirámide.
- Folstein, M. F., Robins, L. N., & Helzer, J. E. (1983). The Mini-Mental State Examination. *Archives of General Psychiatry*, 40(7), 812-812. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790060110016>.
- Gambara, H. y Vargas, E. (2007). Evaluación de programas de intervención psicosocial. En A. Blanco y J. Rodríguez (Coords.). *Intervención Psicosocial* (pp. 405-456). Pearson-Prentice Hall.
- Gardner, R. C. (2003). *Estadística para Psicología usando SPSS*. Pearson-PrenticeHall.
- Garzón, N. (2024). *Diseño de una entrevista de valoración para personas mayores usuarias de Cruz Roja Huelva*. Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Huelva.
- Jiménez, L. e Hidalgo, M.V. (2016). La incorporación de prácticas basadas en evidencias en el trabajo con familias: los programas de promoción de parentalidad positiva. *Apuntes de Psicología*, 34(2-3), 91-100. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/600/446>.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186. [https://doi.org/10.1093/geront/9.3\\_Part\\_1.179](https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179).
- Lobo, A., Saz, P., y Marcos, G. (2002). *Examen Cognoscitivo Mini-Mental*. TEA Ediciones.
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln Kruse, W., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European Community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*, 46(4), 503-513. <http://doi.org/10.1093/geront/46.4.503>.
- Márquez, M., Losada, A. y Pérez, G. (2005). *Habilidades y conocimientos necesarios para trabajar con personas mayores*. Informes Portal Mayores, nº 32 <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/losada-habilidades-01.pdf>.
- Martínez de la Iglesia, J., Dueñas, R., Onís, M. C., Aguado, C., Alberts, C. y Luque, R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, 117, 129-134. [http://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)72040-4](http://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)72040-4).
- Menéndez, S. y Pérez-Padilla, J. (2021). *Evaluación del apoyo social y el riesgo de aislamiento en personas mayores mediante las escalas LSNS*. Geroteca de la Asociación Española de Psicogerontología. <http://psicogerontologia.org/wp-content/uploads/2021/01/LSNS.pdf>.
- Menéndez, S., Cáceres, C., y Vélez, M. (2022). *Soledad y aislamiento social en personas mayores usuarias de Cruz Roja Huelva. Memoria de resultados*. ISBN: 978-84-09-44607-0. [https://www2.cruzroja.es/documents/5640665/13552749/01\\_2023+-+Memoria+soledad+UHU-CRH.pdf/d994dbc5-afe2-367b-3cbd-4ed4ede242d5?version=1.1&t=1685524689015&download=true](https://www2.cruzroja.es/documents/5640665/13552749/01_2023+-+Memoria+soledad+UHU-CRH.pdf/d994dbc5-afe2-367b-3cbd-4ed4ede242d5?version=1.1&t=1685524689015&download=true).
- Morales, P., Urosa, B. y Blanco, A. (2003). *Construcción de escalas de actitudes tipo Likert*. Ed. La Muralla. [https://www.arcomuralla.com/detalle\\_libro.php?id=372](https://www.arcomuralla.com/detalle_libro.php?id=372)
- Nguyen, G., Colin, B., Lemoult, D., Sigwald, F., Thiollier, D., & Krivitzky, A. (2015). Implementing best Evidence-Based Practice into ambient assisted living solutions: From user outcome research to best social practices. In N. M. Garcia & J. P. C. Rodrigues (Eds.), *Ambient Assisted Living* (pp.108-123). CRC Press (<https://doi.org/10.1201/b18520>).
- Ory, M. G., & Smith, M. L. (2015). Research, practice, and policy perspectives on evidence-based programing for older adults. *Frontiers in Public Health*, 3, 136. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00136>.
- Pardo, A. y Ruiz, M. A. (2005). *SPSS. Guía para el análisis de datos*. McGraw-Hill.

- Pfeiffer, E. (1975). A Short Portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x>
- Pons, D., Atienza, F. L., Balaguer, I., & García-Merita, M. L. (2000). Satisfaction With Life Scale: Analysis of factorial invariance for adolescents and elderly persons. *Perceptual and Motor Skills*, 91(1), 62-68. <https://doi.org/10.2466/pms.2000.91.1.62>
- Pons, D., Atienza, F. L., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2002). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en personas de tercera edad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 13(1), 71-82. <https://psycnet.apa.org/record/2002-18447-005>.
- Rodrigo, M. J., Amorós, P., Arranz, E., Hidalgo, M.V., Máiquez, M.L, Martín Quintana, J.C., Martínez, R.A., y Ochaíta, E. (2015). *Guía de buenas prácticas en parentalidad positiva*. Federación Española de Municipios y Provincias. [www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos\\_ficha.aspx?id=4795](http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=4795).
- Rodrigo, M.J. y Callejas, E. (2021). La promoción de la parentalidad positiva mediante programas basados en la evidencia. En M. Salazar (Coord.), *Parentalidad, cuidados y bienestar infantil: el desafío de la intervención en contextos adversos* (pp. 17-36). RIL editores. [https://www.psiucv.cl/shared-files/12704/?2021\\_Libro-Parentalidad-cuidados-y-bienestar-infantil.-El-desafio-de-la-intervencion-en-contextos-adversos.-Chile-2021-1.pdf](https://www.psiucv.cl/shared-files/12704/?2021_Libro-Parentalidad-cuidados-y-bienestar-infantil.-El-desafio-de-la-intervencion-en-contextos-adversos.-Chile-2021-1.pdf).
- Rodríguez, A. (2023). Evaluación en Psicogerontología. En *Manual en Psicogerontología* (pp. 170-204). CEF.
- Ruíz de la Torre, E. (2024). *Pilotaje y resultados preliminares de una entrevista de valoración para personas mayores usuarias de Cruz Roja Huelva*. Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Huelva.
- Sancho, P., Caycho-Rodríguez, T., Ventura-León, J., Tomás, J. M., & Reyes-Bossio, M. (2019). Does the Spanish versión of the SWLS measure the same in Spain and Perú? *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 54(6), 329-333. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.04.003>.
- Trigas, M., Ferreira, L. y Mejide, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica*, 72(1), 11-16.
- Ulla, S. M., Pozo, M. y Pacheco, G. (2024). *Evaluar los procesos de amigabilidad. Guía de recomendaciones para la red de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales [https://imerso.es/documents/20123/0/2024\\_guia\\_eva\\_ciudades\\_amigables.pdf/49d06dd4-da00-ee0c-d918-484378c974fb](https://imerso.es/documents/20123/0/2024_guia_eva_ciudades_amigables.pdf/49d06dd4-da00-ee0c-d918-484378c974fb).
- Vázquez, C., Duque, A. & Hervás, G. (2013). Satisfaction with Life Scale in a representative sample of Spanish adults: Validation and normative data. *The Spanish Journal of Psychology*, 16(e82), 1-15. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.82>.

## **8. ANEXO: EVAM**

Persona entrevistada:

--	--	--

Entrevistador/a:

--

Fecha:

--

P1. ¿Cuál es su nombre completo? \_\_\_\_\_

P2. ¿Cuántos años tiene usted? \_\_\_\_\_

P3. ¿Con quién vive usted?

- |   |
|---|
| <p><input type="radio"/> solo/a</p> <p><input type="radio"/> sólo con su pareja</p> <p><input type="radio"/> con su pareja y algún familiar</p> <p><input type="radio"/> con su pareja y algún no familiar</p> <p><input type="radio"/> con familiares</p> <p><input type="radio"/> con no familiares</p> <p><input type="radio"/> residencia</p> |
|---|

- |  |
|--|
| <p><input type="radio"/> en pareja</p> <p><input type="radio"/> viudo/a</p> <p><input type="radio"/> soltero/a</p> <p><input type="radio"/> separado/a -divorciado/a</p> |
|--|

P4. ¿Qué estudios ha hecho usted? / ¿Hasta dónde llegó usted en los estudios?

- |   |
|---|
| <p><input type="radio"/> sin estudios</p> <p><input type="radio"/> primarios sin finalizar</p> <p><input type="radio"/> primarios finalizados</p> <p><input type="radio"/> secundarios sin finalizar</p> <p><input type="radio"/> secundarios finalizados</p> <p><input type="radio"/> universitarios sin finalizar</p> <p><input type="radio"/> universitarios completos</p> |
|---|

**Ahora me gustaría que habláramos de cómo es su día a día y cómo se organiza usted:**

P5. Normalmente, ¿tiene usted ayuda o apoyo de alguien para las cosas del día a día? (*Si dice que sí*) ¿Quién/quienes? ¿Cada cuánto tiempo?

- |  |
|--|
| <p><u>Existencia de ayuda:</u></p> <p><input type="radio"/> no</p> <p><input type="radio"/> sí</p> |
|--|

- |  |
|--|
| <p><u>Tipo de ayuda:</u></p> <p><input type="radio"/> informal</p> <p><input type="radio"/> formal</p> |
|--|

- |  |
|--|
| <p><u>Regularidad de la ayuda:</u></p> <p><input type="radio"/> diariamente</p> <p><input type="radio"/> semanalmente</p> <p><input type="radio"/> mensualmente</p> <p><input type="radio"/> irregular (a demanda, si hace falta...)</p> |
|--|

P6. ¿Usted tiene teléfono? ¿Fijo y/o móvil? ¿Lo usa mucho? ¿Pará qué?

- |  |
|--|
| <p>1. Lo usa por iniciativa propia y sin ayuda.</p> <p>1. Marca números bien conocidos.</p> <p>1. Contesta el teléfono pero no marca.</p> <p>0. No usa el teléfono en absoluto</p> |
|--|

P7. Y para las compras del día a día ¿cómo se organiza? ¿Las hace usted u otra persona? ¿Por qué? *(esto último es para valorar si es por necesidad o por comodidad)*

- 1. Realiza las compras necesarias sin ayuda.
- 0. Compra pequeñas cosas.
- 0. Necesita ayuda para realizar compras.
- 0. Es incapaz de ir de compras

P8. Otra cosa de todos los días es el tema de la comida. En su caso ¿quién lo organiza? ¿Qué come normalmente?

- 1. Planea, prepara y sirve sin ayuda las comidas.
- 0. Prepara la comida si le dan los ingredientes.
- 0. Calienta y sirve las comidas pero no tiene una dieta adecuada.
- 0. Necesita que le preparen y sirvan la comida.

P9. ¿Y el lío del día a día con el cuidado de la casa? Limpiar, fregar...

- 1. Cuida la casa sin ayuda o ésta es ocasional.
- 1. Realiza tareas domésticas ligeras.
- 1. Realiza tareas domésticas pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable.
- 1. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa.
- 0. No participa en ninguna tarea doméstica

P10. Otra cosa muy habitual es lavar ropa ¿cómo organiza usted esto? *Si antes ya lo ha dicho no preguntar*

- 1. Lo realiza sin ayuda.
- 1. Lava o aclara algunas prendas.
- 0. Necesita que otro se ocupe.

P11. No todos los días, pero muchas veces seguro que usted tiene/quiere ir a algún sitio que le pille lejos y debe coger coche/autobús/taxi, ¿cómo se organiza?

- 1. Viaja de forma independiente.
- 1. No usa transporte público, salvo taxis.
- 1. Viaja en transporte público si le acompaña alguien.
- 0. Viaja en taxi o automóvil solamente con la ayuda de otros.
- 0. No viaja en absoluto.

P12. Muchas personas de su edad tienen que tomarse alguna pastilla, o alguna medicina, o tomarse la tensión, o algo por el estilo casi todos los días. ¿Le pasa a usted? *Si sí* ¿Cuál/cuáles/qué? ¿Por qué? ... Ya que menciona esto ¿tiene usted algún problema/enfermedad? ¿Cuál/cuáles? ¿Desde cuándo?....

- 1. No precisa ayuda para tomar su medicación.
  - 0. Necesita que le preparen las dosis/pastillas.
  - 0. No es capaz de responsabilizarse de su medicación.
- Problema crónico (no/sí → cuál)
- Apoyo material que no sea gafas (bastón, andador, audífonos...) (no/sí → cuál/es, porqué, desde cuándo...)
- Problema severo último año (no/sí → cuál/es, previsión...)
- Hospitalización último año (no/sí → porqué, cuánto tiempo...)

P13. No todos los días, pero con mucha frecuencia hay que estar pendiente de cosas económicas/relacionadas con dinero, banco, papeleo... Usted para eso ¿cómo se organiza? ¿Se encarga usted solo/a o le ayuda alguien? ¿Quién/es? ¿Para qué?

- 1. No precisa ayuda.
- 0. Necesita ayuda.
- 0. Incapaz de manejar dinero.

### Ahora quiero que piense en su estado general de salud y en cómo se siente usted:

P14. En general usted diría que su salud es

- 4. Muy buena.
- 3. Buena.
- 2. Regular.
- 1. Mala.

P15. Si usted compara su salud de ahora con la del año pasado, diría que ahora está/se siente

- 5. Mucho mejor.
- 4. Algo mejor.
- 3. Igual.
- 2. Algo peor.
- 1. Mucho peor.

P16. Si piensa en otras personas de su edad, usted diría que su salud es

- 5. Mucho mejor.
- 4. Algo mejor.
- 3. Igual.
- 2. Algo peor.
- 1. Mucho peor.

*En este momento tendremos una idea bastante clara de cómo está la persona a nivel cognitivo (si se ha atascado o no, si ha mostrado confusión o no...) LAS SIGUIENTES PREGUNTAS sólo debemos plantearlas si sospechamos deterioro, si no pasar a P28*

### A continuación voy a hacerle algunas preguntas sobre cosas sencillas:

P17. ¿Qué día es hoy? *(Buscamos día, mes y año; si dice el día de la semana anotarlo en el siguiente ítem y repetir la pregunta).*

P18. ¿Qué día de la semana es hoy?

P19. ¿Dónde estamos?/ ¿Cómo se llama el sitio donde estamos?

P20. ¿En qué mes estamos?

P21. ¿Cuál es su número de teléfono? *(si no tiene, pedirle que diga su dirección).*

P22. Antes me ha dicho usted que tiene ¿cuántos años? *(ver P2)*

P23. ¿Qué día nació?

P24. ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?

P25. ¿Quién era el presidente del gobierno antes?

P26. ¿Cuál era el primer apellido de su madre?

P27. Le voy a pedir que haga un pequeño cálculo: empezando desde 20, vaya restando de 3 en 3 (*anotar la secuencia que verbalice*) (*Si se atasca anotarlo pero dejar un margen para que piense*)

20 17 14 11 8 5 2
-------------------

**Ahora me gustaría que habláramos de los miembros de su familia y la relación que tiene habitualmente con ellos:**

P28. ¿Con cuántos de ellos se reúne o tiene noticias de ellos al menos una vez al mes?

0. ninguno
1. uno
2. dos
3. tres o cuatro
4. de cinco a ocho
5. nueve o más

P29. ¿Con cuántos de ellos se siente usted cómodo/a como para hablar sobre sus asuntos personales?

0. ninguno
1. uno
2. dos
3. tres o cuatro
4. de cinco a ocho
5. nueve o más

P30. ¿A cuántos de ellos siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos si usted necesita ayuda?

0. ninguno
1. uno
2. dos
3. tres o cuatro
4. de cinco a ocho
5. nueve o más

**Ahora piense en las personas cercanas e importantes para usted pero que NO son miembros de su familia (amigos, vecinos...) y en la relación que mantiene con ellos:**

P31. ¿Con cuántas de esas personas (*asegurarse de que son NO familiares*) se reúne o tiene noticias de ellos por lo menos / al menos una vez al mes?

0. ninguno
1. uno
2. dos
3. tres o cuatro
4. de cinco a ocho
5. nueve o más

P32. ¿Con cuántos de ellos (*asegurarse de que son NO familiares*) se siente lo suficientemente cómodo como para hablar sobre sus asuntos personales?

0. ninguno
1. uno
2. dos
3. tres o cuatro
4. de cinco a ocho
5. nueve o más

P33. ¿A cuántos de ellos (*asegurarse de que son NO familiares*) siente que puede llamarlos si necesita ayuda?

0. ninguno
1. uno
2. dos
3. tres o cuatro
4. de cinco a ocho
5. nueve o más

## Estamos acabando. Sólo me falta plantearle algunas cosas más:

Le pido que piense en cómo se siente usted en general con su vida. En concreto, le voy a decir algunas frases y me gustaría que me diga hasta qué punto está usted más o menos de acuerdo con que cada una de esas frases se podrían referir a usted y/o su situación. Como esto no se trata de sí/no, si le parece... (*explicar escala*)

P34. En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea \_\_\_\_\_

P35. Las circunstancias de mi vida son muy buenas \_\_\_\_\_

P36. Estoy satisfecho con mi vida \_\_\_\_\_

P37. Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes \_\_\_\_\_

P38. Si pueda vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada \_\_\_\_\_

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutro
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo