



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ADULTO Y ANCIANO

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO RESIDENCIAL

Autores:

Br. Abelino, Gimena

Br. Millán, Jessica

Br. Vega, Noely

Br. Waller, María Eugenia

Br. Yarzabal, Laura

Tutor:

Prof. Mg. Miriam Costabel

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2014

AGRADECIMIENTOS

El grupo investigador agradece a las siguientes personas por el apoyo y colaboración brindados, gracias a las cuales se pudo llevar a cabo nuestro trabajo.

- Tutora responsable, Prof. Mg. Licenciada en Enfermería Miriam Costabel.
- Contadora del Centro Residencial LAR, Gerente General, Mirtha Casales.
- Dra. Médico-geriatra, Directora Técnica, Miriam Ceppi.
- Dra. Médico Gral. Ana Laura Coitiño.
- Auxiliares de Enfermería Débora Gómez y Cecilia Aguiar.
- A los usuarios encuestados que colaboraron en nuestra investigación.
- A nuestros familiares.

MUCHAS GRACIAS!!

INDICE:

AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN	5
INTRODUCCION	6
JUSTIFICACION	8
MARCO TEORICO.....	11
PREGUNTA PROBLEMA.....	30
OBJETIVO GENERAL.....	31
OBJETIVOS ESPECIFICOS	31
DISEÑO METODOLOGICO	32
Tipo de estudio:.....	32
Área de estudio:	32
Universo y muestra:.....	32
Criterio de inclusión:	33
Unidad de observación:.....	33
Controles éticos:.....	33
Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	33
Procedimientos para la recolección de datos.....	37
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES ESTUDIADAS	39
RESULTADOS	42
DISCUSION	50
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	55
BIBLIOGRAFIA	58
ANEXOS.....	62

Anexo 1: Resultados.....	64
Anexo 2: Formulario para la caracterización de la población.....	72
Anexo 3: Índice de Barthel.....	74
Anexo 4: Consentimiento informado.....	78
Anexo 5: Normas de corrección e interpretación.....	80
Escala FUMAT.....	85
Anexo 6: Entrevista a autoridades del "Centro Residencial Lar".....	91
Anexo 7: Carta de autorización.....	92
Anexo 8: Carta de solicitud al tribunal.....	93

La población de estudio abarcó 13 adultos mayores de 65 años, con nivel de dependencia leve, institucionalizados en el "Centro Residencial LAR" en el tiempo comprendido entre el 05/12 y el 13/12 del 2013. El muestreo realizado fue no probabilístico e intencional. Los instrumentos metodológicos utilizados para la recolección de datos fueron formulario de caracterización de la población, el índice de Barthel y la Escala de Fumat. En cuanto a los resultados, los porcentajes de calidad de vida, se situaron en la mayoría de los usuarios por encima de la mediana (60). Por lo que se puede señalar una tendencia positiva en la calidad de vida de los usuarios ya que de las 8 dimensiones estudiadas, 5 se encuentran por encima de dicho percentil. Las áreas más vulnerables fueron: bienestar emocional, bienestar mental y bienestar físico.

Palabras clave: envejecimiento, calidad de vida, adulto mayor, institucionalizado.

RESUMEN

La presente investigación fue realizada por cinco estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería; cursando el cuarto ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería, correspondiente al trabajo de investigación final.

El objetivo fue determinar el perfil de la calidad de vida de los adultos mayores con nivel de dependencia leve, institucionalizados en un centro residencial de ancianos en Montevideo. Dicha investigación se llevó a cabo en los meses comprendidos entre Octubre y Diciembre del año 2013. Metodológicamente correspondió a una investigación descriptiva, cuantitativa, de corte transversal.

La población de estudio abarcó 13 adultos mayores de 65 años, con nivel de dependencia leve, institucionalizados en el "Centro Residencial LAR" en el tiempo comprendido entre el 05/12 y el 13/12 del 2013. El muestreo realizado fue no probabilístico e intencional. Los instrumentos metodológicos utilizados para la recolección de datos fueron: formulario de caracterización de la población, el Índice de Barthel y la Escala de Fumat¹. En cuanto a los resultados, los percentiles de calidad de vida, se situaron en la mayoría de los usuarios por encima de la mediana (p50). Por lo que se puede señalar una tendencia positiva en la calidad de vida de los usuarios ya que de las 8 dimensiones estudiadas, 5 se encuentran por encima de dicho percentil. Las áreas más vulnerables fueron: bienestar emocional, bienestar material y bienestar físico.

Palabras claves: envejecimiento, calidad de vida, adulto mayor institucionalizado.

1 Verdugo. M; Gómez Sánchez. L; Arias Martínez. B. Evaluación de la calidad de vida en mayores: La escala FUMAT. Salamanca. 2009.[Citado Dic. 2013]. Disponible en: http://sid.usal.es/docs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf

El presente trabajo de investigación fue realizado por cinco estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería. El mismo se llevó a cabo con el propósito de obtener el título de grado de la carrera Licenciatura en Enfermería. Fue tutorado por la Prof. Mg. Lic. En Enf. Miriam Costabel Directora de la Cátedra de Adulto y Anciano.

El problema de investigación planteado fue describir cuál es el perfil de calidad de vida de los adultos mayores con nivel de dependencia leve institucionalizados en un centro residencial de Montevideo. La importancia del tema se encuentra centrada en el rápido incremento del número de personas mayores de sesenta y cinco años (adultos mayores) en el mundo y sobre todo de aquellos más envejecidos. Es por ello que la organización y prestación de servicios de salud y en especial la «atención a largo plazo» toma cada vez más relevancia y se transforma, además, en una necesidad socio-familiar. Estudios internacionales demuestran que los individuos más ancianos aumentan cada vez con más rapidez y que concentran aquellos con más limitaciones funcionales que afectan su independencia en el diario vivir, por lo que requieren una valoración geriátrica integral y asistencia especial.² Este «cuidado de largo plazo» es requerido por un porcentaje pequeño de la población de adultos mayores (AM), aunque se ha visto que cada vez son más necesarios, ya que la población de AM, a su vez, se está envejeciendo y se observan cambios socio-

² Marín P, Guzmán J, Araya A. Adultos Mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son?; (Rev. Méd v.132 n.7.) Chile. Jul. 2004. [Citado Marzo 2014]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872004000700007&script=sci_arttext

familiares en las sociedades actuales (familias y viviendas más pequeñas, mujeres trabajando fuera del hogar, etc.). Esta población necesita por tanto cuidado durante las 24 horas y ello se puede realizar en las propias viviendas o en instituciones. Es común observar que la persona cuidadora (familiar o contratada), realiza este trabajo en el domicilio con abnegación, pero a veces sucumbe o no hay una red social de apoyo, por lo que el paciente es derivado a una «residencia de ancianos». Esta realidad se ve reflejada tanto en América Latina como a nivel nacional, a través de las características demográficas. Nuestro país, según la CEPAL, presenta actualmente un índice de envejecimiento de 81.7³. En base a esto creemos imprescindible profundizar sobre dicho tema ya que las proyecciones de población para Uruguay, así como para el resto de América Latina, indican que el envejecimiento de la población se continuara acentuando. CEPAL estima que para el 2030 la proporción de personas mayores de 60 años ascenderá al 22.3% del total de la población, mientras que para el 2050 dicha proporción podría alcanzar el 27.8%. Es por ello que ser conscientes en la actualidad de las tendencias demográficas futuras es una oportunidad para pensar, prever y generar acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población de adultos mayores del futuro.⁴

³ Ministerio de Desarrollo Social. Plan nacional de envejecimiento y vejez 2013-2015. Montevideo, octubre 2012. Pág. 29. El índice de envejecimiento se calcula como la cantidad de personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años. [Citado Marzo 2014]. Disponible en: http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm

⁴ Ministerio de Desarrollo Social. Plan nacional de envejecimiento y vejez 2013-2015. Montevideo, octubre 2012. Pág. 30. [Citado Dic. 2013] Disponible en: http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm

JUSTIFICACION

El aumento progresivo del envejecimiento poblacional ha hecho que este sector etario, prospere y abarque cada vez más actividades dentro de la sociedad.

El ciudadano adulto mayor es un ente social, que mantiene responsabilidades y ejerce actividades que su capacidad lo acredita para aportar; y a su vez por pertenecer a este grupo presentan necesidades específicas.

La salud de las personas adultas mayores, exige un enfoque intersectorial y servicios de salud sensibles a sus necesidades específicas.

Según los datos extraídos del Plan Nacional del Adulto Mayor, elaborado por el Ministerio de Salud Pública, en el año 2005⁵; Uruguay constituía en el momento uno de los países más envejecidos de Las Américas con un índice de envejecimiento de 81.7 de su población mayor de 60 años, de los cuales el 13,4 % era mayor de 65 años. Dentro de ellos el subgrupo que crecía más aceleradamente era el de mayores de 75 años (envejecimiento del envejecimiento), es decir aquellos con mayor demanda de cuidados y mayor probabilidad de pérdida de autonomía.

Para el año 2025, las proyecciones prevén que esta población alcance el 20% y que los mayores de 75 años constituirán el 40% del grupo etario (375.000 individuos).

Los mayores de 80 años ya eran un 3% de esta población, superaban la media de la región del Cono Sur y los centenarios ya constituían un grupo que

superaba los 400 individuos en todo el territorio nacional.

⁵ Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional del Adulto Mayor. Uruguay. 2005. Pp. 6-7. [citado Marzo 2014] Disponible en: www.msp.gub.uy

La mayor parte de esta población son personas auto-válidas y socialmente integradas. Aproximadamente el 20% de los adultos mayores viven solos, sin quien les cuide ante la probabilidad de discapacidad o enfermedades, hecho más frecuente a mayor edad.

Puede asumirse que las principales causas de mortalidad constituyen también las principales causas de discapacidad y pérdida de autonomía. El 30% de los adultos mayores padece tres o más enfermedades crónicas, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar dependencia y el riesgo de efectos adversos a medicamentos.

Si bien hasta ese entonces entre 20% a 30% de los adultos mayores de 65 años en la comunidad padecían discapacidad para actividades básicas de la vida diaria (comer, bañarse, vestirse, transferencia sillón - cama, deambular), el escaso énfasis puesto en la prevención en períodos previos hace previsible la existencia de cohortes de individuos más añosos y discapacitados.

Según Laura Schwarztmann⁶ la esencia del concepto de calidad de vida se encuentra en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus

propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal. Para esta autora es claro que *calidad de vida* es una noción eminentemente humana que se relaciona con el *grado de satisfacción que tiene la persona con su situación*

física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.

⁶Corbo. A; Corrales. S; Galli. F; Saldivia. M; Descripción de la calidad de vida de los usuarios revascularizados coronarios que se asisten en la consulta externa de un hospital del subsector público en el período noviembre-diciembre de 2006. [Tesis en Internet] Montevideo.2007. [Citado Marzo 2014] Disponible en: <http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2007/FE-0229TG.pdf>

Así mismo, surge el interrogante ¿cuál es el concepto de calidad de vida que pueda identificar al adulto mayor institucionalizado?, ¿Qué aspectos o circunstancias determinan su calidad de vida?. Una posible respuesta aplicando el desarrollo a escala humana sería por medio de la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, las cuales son las mismas para todos, pero difieren en la elección que se hace de ellas en cuanto a calidad y cantidad de los satisfactores y de las posibilidades que tengan los adultos mayores que viven en una institución de tener acceso a los mismos. Es decir, la satisfacción de las necesidades depende de los intereses de cada uno, la relación que el adulto mayor tenga con su grupo social en particular y su entorno en general.⁷

Consideramos estas razones suficientes para abordar el tema planteado, ya que son de importancia y por tanto dan lugar para emprender un trabajo que se enfatice sobre el perfil de la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado.

⁷ Castellanos Ruiz. J. Concepto de calidad de vida para el adulto mayor institucionalizado en el hospital geriátrico san Isidro de Manizales 2002. [citado Dic. 2013]. Disponible en: <http://biblioteca.claceo.edu.ar/subida/Colombia/alianza-cindeumz/20130404070013/T.JulialbaCastellanos.pdf>.

MARCO TEORICO

Para poder comprender mejor el tema de estudio a abordar es necesario conocer conceptos básicos que delimitan a este grupo etario, como lo es la **gerontología**, que es una rama de la ciencia que trata los problemas de adaptación y las enfermedades de la población anciana y de la vejez. A diferencia de la **geriatría** que se centra sobre las enfermedades e incapacidades asociadas a la población anciana en lugar de hacerlo sobre su salud. Y la **enfermería gerontológica**, que se ocupa sobre la valoración de las necesidades de las personas ancianas, la planificación e implementación de los cuidados de enfermería para satisfacer esas necesidades, y de la evaluación de la eficacia de dichos cuidados en el logro y mantenimiento de un nivel de bienestar acorde con las limitaciones impuestas por el proceso del **envejecimiento** ⁸

Este es un proceso universal objetivo y subjetivo. Desde el punto de vista objetivo comienza con el nacimiento, pero se asocia más con el anciano o el adulto de edad avanzada. Cronológica y legalmente se considera viejo a la persona de 65 años de edad o más. La edad subjetiva puede estar relacionada con sentimientos personales, edad personal, edad cognitiva, edad social, edad percibida o auto percibido⁹

Algunos gerontólogos dividen la vejez en las categorías cronológicas de Viejo joven (65-74 años) viejo medio (75-84) y viejo viejo (85 años o más) y otros la

⁸ Staab. S; Hodges. L. Enfermería gerontológica; American nurses Asociation. MCC. Graw- Hill interamericana 1987; 1996 1° edición español. pág. 4.

⁹ Miller, 1990; Staab. S; Hodges. L. Enfermería gerontológica; American nurses asociation; MCC. Graw-Hill interamericana 1987; 1996 1° edición español.pag 4

dividen según su edad funcional, esto se relaciona con la salud, independencia física y funcionamiento social y psicológico. La edad funcional hace hincapié en que esas capacidades y cambios se producen a distinta velocidad en todos los ancianos de la misma edad cronológica, no funcionan al mismo nivel.

Las capacidades funcionales se asocian con el bienestar. La edad funcional proporciona una base mejor para los cuidados de la enfermera, ya que le permite dirigir su atención hacia los problemas de salud reales o potenciales. Preguntar sobre la edad cronológica de las personas no da tanta información como preguntar cómo se sienten, el estado de salud o que actividades pueden realizar durante un día.

El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. La satisfacción de las necesidades de la especie humana es lo que condiciona la llamada "calidad de vida" y ésta es, a su vez, el fundamento concreto de bienestar social. Desde hace años, dentro de la corriente de investigación en teorías del envejecimiento, se están perfilando nuevos conceptos teóricos que aporten un mejor entendimiento del proceso del envejecimiento. Uno de esos conceptos es el de "bienestar subjetivo", entendido éste como el grado de satisfacción que experimentan las personas cuando hacen una valoración o juicio global sobre sus vidas.¹⁰ Muchas personas asocian el proceso de envejecer a una fase vital en la que progresivamente el individuo pasa de la plenitud física, social y mental a la más

¹⁰ Sarabia Cobo.C; Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. REV.MED .Gerokomos [Rev. En Internet]. 20 (4) Madrid dic. 2009. [Citado Dic. 2013] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005

absoluta decrepitud. Sin embargo, en las últimas décadas, esa imagen negativa de las personas de mayor edad ha ido desapareciendo. El principal proceso en el que se basan es en los cambios que conlleva envejecer y que afectan a todas las áreas de la vida. Importantes trabajos como el Estudio Berlín de Mayer y Baltes que analiza el transcurso de los recursos cognitivos, emocionales, mentales, corporales y sociales a los 70 años, permiten vislumbrar qué cambios se viven en este proceso de la vida, sin dejar de atender que la población anciana es un grupo poco homogéneo y muy diverso. Dadas las grandes diferencias en la manera de envejecer, se intenta buscar y definir propiedades comunes en grupos de la misma edad. Ante todo, se suelen estudiar los aspectos funcionales del bienestar.¹¹

Analizando los distintos conceptos que de envejecimiento se extraen de las teorías encontramos que el concepto del *envejecimiento normal* se orienta por la norma típica, como puede ser el envejecimiento sin enfermedades crónicas, que sería lo contrario del *envejecimiento patológico*. El *envejecimiento exitoso* ocurre cuando las personas sienten satisfacción por poder adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida¹². Esto no deja de ser un criterio subjetivo, sometido a la comparación entre las necesidades individuales y el contexto concreto del desarrollo presente¹³. Esta definición se aplica también a

¹¹ Izquierdo A. Psicología del Desarrollo de la Edad Adulta. Teorías y Contextos. Revista Complutense de Educación 2005; 16 (2): 601-19. en: Sarabia Cobo.C; Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. REV.MED .Gerokomos [Rev. En Internet]. 20 (4) Madrid dic. 2009. [Citado Dic. 2013] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005

¹² Havighurst R.J. Developmental tasks and education. New York: McKay, 1948/1972. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005

¹³ Lehr U. Psychologie des Alterns. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag, 2003. En: Sarabia Cobo.C; Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. REV.MED .Gerokomos [Rev. En Internet]. 20 (4) Madrid dic. 2009. [Citado Dic. 2013] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005

la relación entre un cierto grado de salud objetiva y la satisfacción subjetiva del adulto con la vida que lleva. El término "envejecimiento exitoso" es demasiado impreciso, porque definir el "éxito" depende de una situación individual concreta, de unas metas deseadas o de una circunstancia personal, como una enfermedad o la pérdida de un ser querido. Esta definición puede ser, además, mal interpretada, aún contando con criterios objetivos, como las expectativas de vida que la persona adulta no siempre experimenta de manera positiva¹⁴.

La búsqueda de medidas que permitan equiparar tal diversidad de conceptos ha llevado al desarrollo de teorías que expliquen de forma amplia y adecuada en qué consiste envejecer y qué cambios conlleva dicho proceso. En términos generales podría decirse, desde la psicología de la vejez, que la evolución normal que lleva aparejada la edad está causada por la conjunción de cuatro factores¹⁵

- El deterioro progresivo de las propias **funciones físicas**.
- La declinación progresiva de las facultades y de las funciones mentales.
- La transformación del medio familiar y de la vida profesional.
- Las reacciones del sujeto ante estos diversos factores.

¹⁴ Lindenberger U. Erwachsenenalter und Alter. En: R. Oerter y L. Montada (Eds.) *Entwicklungspsychologie* (5ª Ed.). Weinheim: Beltz, 2002. pp. 350-92. en: Sarabia Cobo.C; Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. *REV.MED .Gerokomos* [Rev. En Internet]. 20 (4) Madrid dic. 2009. [Citado Dic. 2013] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005

¹⁵ Moreno J. Mayores y calidad de vida. *Portularia: Revista de Trabajo Social* 2004; 4: 187-98. En <http://dialnet.unirioja.es>. En: Sarabia Cobo.C; Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. *REV.MED .Gerokomos* [Rev. En Internet]. 20 (4) Madrid dic. 2009. [Citado Dic. 2013] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005

El envejecimiento exitoso se basa en el concepto, entre otros, de "bienestar subjetivo", entendido éste como el grado de satisfacción que experimentan las personas cuando hacen una valoración o juicio global de sus vidas. Se han desarrollado distintas teorías para explicar esta temática, apoyándose la inmensa mayoría en factores como la felicidad, la satisfacción vital, las pérdidas y ganancias, etc. Siguiendo a Brandtsåder y Rothermund (1998), las principales dificultades en la vejez son los problemas de salud, las pérdidas sociales y una mayor discrepancia entre las metas y las posibilidades de alcanzarlas. Estas teorías intentan describir los caminos que deben seguir las personas mayores para cumplir con las exigencias de su edad y llegar a un alto grado de satisfacción en su vida. La satisfacción vital, en relación con otro importante concepto como es la calidad de vida.

La OMS define calidad de vida como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" (1994).¹⁶ Hay numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideran que su calidad de vida es buena (Leplège y Hunt, 1998).

La Escala FUMAT, que utilizaremos, tiene por finalidad identificar el perfil de calidad de vida de una persona para la realización de planes individualizados de apoyo, proporcionando una medida fiable para la supervisión de los

¹⁶ Calidad de Vida (OMS 2005) Disponible en: <http://vidacalida.blogspot.com/2010/12/oms-calidad-de-vida-2005.html>

progresos y resultados de dichos planes, es aplicable a personas mayores (más de 50 años) y personas con discapacidad. La escala evalúa la calidad de vida a través de 57 ítems, distribuidos en ocho subescalas que se corresponden con las dimensiones del modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. La escala, fue realizada por un equipo de investigación del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca, con el objetivo de evaluar y mejorar la calidad de los servicios, programas y apoyos ofrecidos.

Según Laura Schwarztman¹⁷ la esencia del concepto de calidad de vida se encuentra en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal. Para esta autora es claro que *calidad de vida* es una noción eminentemente humana que se relaciona con el *grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.*

¹⁷ Corbo. A; Corrales. S; Galli. F; Saldivia. M; Descripción de la calidad de vida de los usuarios revascularizados coronarios que se asisten en la consulta externa de un hospital del subsector público en el período noviembre-diciembre de 2006. [Tesis en internet] Montevideo.2007. [citado marzo 2014]. Disponible en: <http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2007/FE-0229TG.pdf>

Según el Dr. Italo Savio¹⁸ la calidad de vida depende de múltiples factores externos (objetivos) e internos (subjetivos) propios de cada anciano según sus valores y pensamientos, cultura, país y sociedad.

Los componentes personales de la calidad de vida son el estado de salud del individuo, sus habilidades funcionales (vestirse, bañarse, alimentarse, realizar compras, administrar su medicación), el grado de integración y cantidad de relaciones sociales, la participación en actividades de recreación y ocio y la satisfacción que la persona consigue como resultado de todos estos aspectos.

Las dimensiones o "ingredientes" socio ambientales son: la calidad del ambiente (domicilio, institución donde vive, servicio de salud), la cantidad y calidad del apoyo social, la condición económica (ingresos), los factores culturales y la disponibilidad y accesibilidad a una adecuada atención socio sanitaria.

Los elementos objetivos son el estado de salud del anciano, o grupo de ancianos, la calidad de los servicios sociales y de salud que disponen, la calidad del ambiente en las instituciones que los cuidan y el apoyo social que reciben. Con respecto a los elementos subjetivos de la calidad de vida, estos son la autopercepción de la salud de las personas mayores (como perciben su estado de salud), su grado de satisfacción con el sistema de salud o la institución relacionado a los cuidados y atención que reciben.

Existen diferentes modelos teóricos en la investigación de la calidad de vida. El modelo de proceso dinámico de la calidad de vida, aplicado en el campo de la gerontología, se basa en el concepto de que la calidad de vida subjetiva

¹⁸ Savio. I; Lucero. R; Fierro. A; Levi. S; Atchugarry. M; Casali. G; Rolando. D. Manual de Geriatria y Psicogeriatria. Tomo1. Montevideo. 2004 Ed. Oficina del libro FEFMUR. Pp. 17-21.

representa el resultado de un proceso continuado de adaptación, durante el cual el individuo debe conciliar constantemente sus propios deseos y logros con las condiciones de su entorno y su capacidad para satisfacer las demandas sociales asociadas con el cumplimiento de tales deseos y logros. En este modelo la satisfacción no se valora como un resultado sino más bien como el mecanismo conductor de este proceso. Por otra parte desde el punto de vista biológico la declinación funcional es un fenómeno frecuentemente asociado con esta edad que puede disminuirse con la cuidadosa restauración de la función del paciente anciano a su máximo nivel después de cada episodio de enfermedad aguda. Es el indicador más sensible para identificar una nueva enfermedad. El estudio sistematizado de la situación basal física y mental que presenta un paciente anciano permite descubrir tempranamente cambios en dichas funciones, lo que a su vez conduce a la detección temprana de la/s causa/s involucrada/s. Para el paciente mantener la función física y mental es básico preservar la independencia y la dignidad personal. Dentro de la declinación funcional aparecen los siguientes términos que hacen referencia a este fenómeno:¹⁹

Autonomía: Es la capacidad de una persona mayor para determinar y autodeterminarse, lo que supone tener intactas la capacidad de juicio (para prever y elegir entre dos o más opciones en forma informada) y la capacidad de aceptar o rechazar libremente, sin coerción alguna, en el marco del respeto de usos y creencias o costumbres y preferencias personales y en el contexto

¹⁹ Ministerio de Salud Pública. Protocolos para el manejo en el Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos. Uruguay. 2007. P. 69-72.

socio cultural específico. El concepto de autonomía incluye a la capacidad funcional como instrumento para ejercicio de la misma.

Dependencia: Resulta de una declinación en las capacidades del individuo para funcionar libremente en la comunidad y/o su hogar y se traduce en una imposibilidad parcial o total de efectuar sin ayuda las actividades instrumentales y/o las actividades básicas de la vida diaria. Por tanto significa un deterioro físico, mental y/o social, así como de la adaptación a las demandas del medio ambiente que impiden un desarrollo pleno de la calidad de vida.

Deficiencia y deterioro: Es el daño que se produce en un órgano o sistema producto de una enfermedad o trauma.

Incapacidad o discapacidad Es la consecuencia que resulta de la deficiencia o déficit orgánico o sistémico y que se traduce en una pérdida en la función o en el desempeño en una actividad o habilidad particular.

Minusvalía: Es la desventaja social o de roles que resulta de esa discapacidad y que se traduce la incapacidad física o intelectual en una consecuencia material o social.

La minusvalía surge cuando no existen recursos materiales o sociales para paliar la incapacidad.

Desde la perspectiva del ciclo vital, la incapacidad funcional reconoce etapas y cambios progresivos, conforme el individuo crece, se desarrolla y envejece hasta el final de su existencia.

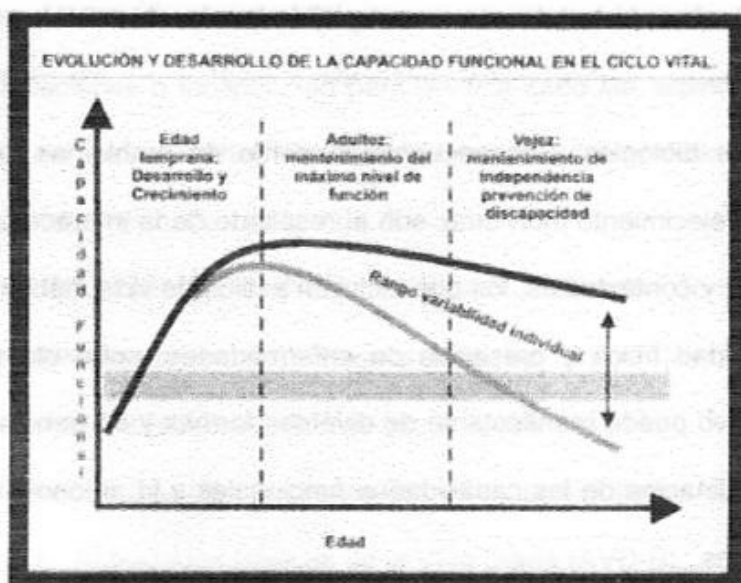


Imagen extraída de Protocolos para el manejo en el Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos. Elaborado por el M.S.P. Uruguay 2007. Pag 70.

Muchos de los componentes de la capacidad funcional son habilidades adquiridas mediante aprendizaje (caminar, vestirse, etc.), llegan a un máximo tempranamente en la adultez y eventualmente declinan en grados y velocidades variables, individuales. Esto se explica por la heterogeneidad de resultados en cuanto a envejecimiento exitoso o no exitoso y la diversidad de las personas mayores.

En el desarrollo y crecimiento las habilidades componentes de la capacidad funcional se adquieren en un sentido muy específico desde las más sencillas (comer, controlar esfínteres, caminar) hasta las más complejas (realizar compras, utilizar medios de transporte, prepararse la medicación). Cuando se produce una declinación funcional, esta se realiza en sentido inverso al de la adquisición de funciones (primeros se pierden las habilidades más complejas y

últimas adquiridas y finalmente las de menor complejidad, más elementales y básicas)²⁰

El progresivo deterioro biológico y consecuente aumento de problemas de salud asociados al envejecimiento Individual, son el resultado de la interacción de factores biomédicos y contextuales, los que incluyen estilos de vida, hábitos de alimentación, actividad física y presencia de enfermedades, entre otros. Este deterioro progresivo puede manifestarse de diversas formas y en general se asocia con una declinación de las capacidades funcionales y la autonomía de las personas mayores.

Los niveles básicos de funcionalidad son las acciones que una persona realiza en forma cotidiana para su propia subsistencia y autocuidado. La capacidad para realiza estas acciones permite al individuo mantener su independencia y permanecer en la comunidad, integrada a su entorno habitual y cumpliendo su rol social²¹. El deterioro funcional es un indicador pronóstico de discapacidad y dependencia, por lo que su evaluación adquiere especial relevancia. Los instrumentos más usados para estudiar la funcionalidad en el adulto mayor son conjuntos cuantificables de actividades, de diferente nivel de complejidad, que miden las actividades de la vida diaria (AVD)²²

²⁰ M.S.P. Protocolo para el manejo en el primer nivel de atención de los principales síndromes geriátricos. 2007 pág. 69- 70.

²¹ Schaie KW. Intellectual development in adulthood: The Seattle longitudinal study. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scieloOrg/php/reference.php?pid=S1669-32482008000100008&caller=www.scielo.org.&lang=es> en: Sarabia Cobo.C; Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. REV.MED .Gerokomos [Rev. En Internet]. 20 (4) Madrid dic. 2009. [Citado Dic. 2013] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005

²²González. F; Massad. C; Lavanderos. F. Estudio nacional de la dependencia en las personas mayores. Chile. [citado marzo 2014] Disponible en: http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf

Las definiciones más utilizadas de dependencia se enmarcan dentro de las limitaciones o incapacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Es así como Barthel²³ la describe como la "incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria".

Se distinguen dos posibilidades para la realización de las funciones físicas: la independencia, es decir llevar a cabo las tareas sin ayuda; y la dependencia cuando se precisa ayuda humana en grado variable.

Podemos dividir las funciones físicas en las siguientes categorías:

1. Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVD-B)

Son aquellas actividades funcionales esenciales para el Autocuidado: comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse y la continencia esfinteriana.

Destacamos por ser ampliamente utilizado: el Índice de Barthel.

Su validez, fiabilidad y sensibilidad la hacen muy útil para describir el estado funcional y los cambios de este a través del tiempo.

2. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVD-I)

Son actividades más complejas que la AVD-B y representan actividades funcionales necesarias para adaptarse independientemente a su medio ambiente.

3. Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AVD-A)

Por medio de estas se intenta identificar aquellas actividades de la vida diaria que indiquen una disminución de la función física más precóz que las valoradas con AVD-B y AVD-I. No son esenciales para el mantenimiento de la

²³ Moreno J. Mayores y calidad de vida. Portularia: Revista de Trabajo Social 2004; 4: 187-98. Disponible En: <http://dialnet.unirioja.es>. en: Sarabia Cobo.C; Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. REV.MED .Gerokomos [Rev. En Internet]. 20 (4) Madrid dic. 2009. [Citado Dic. 2013]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005

independencia. Entre dichas actividades se incluyen la realización de viajes, participación en grupos sociales o religiosos, practicar algunos pasatiempos, etc.²⁴

Adulto mayor institucionalizado.

Debido al rápido incremento del número de personas mayores de sesenta años (adultos mayores, AM) en el mundo y sobre todo de aquellos más envejecidos, es que la organización y prestación de servicios de salud y en especial la «atención a largo plazo» toma cada vez más relevancia y se transforma, además, en una necesidad socio-familiar. Los estudios internacionales demuestran que los individuos más ancianos aumentan cada vez con más rapidez y que concentran aquellos con más limitaciones funcionales que afectan su independencia en el diario vivir, por lo que requieren una valoración geriátrica integral y asistencia especial.²⁵

El desafío actual, es brindar atención en forma moderna y adecuada a las necesidades del nuevo usuario de los servicios de salud, que es la persona mayor.

Este «cuidado de largo plazo» es requerido por un porcentaje pequeño de la población de AM. Pero cada vez son más necesarios, ya que la población de AM, a su vez, se está envejeciendo y se observan cambios socio-familiares en

²⁴ Ministerio de Salud Pública. Protocolos para el manejo en el Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos. Uruguay. 2007. p. 71.

²⁵ Marín .P; Guzmán. J; Araya. A. Adultos Mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son?; Rev. Méd [Rev. En Internet] 132 (7) Chile. Jul. 2004. [citado marzo de 2014] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872004000700007&script=sci_arttext

las sociedades actuales (familias y viviendas más pequeñas, mujeres trabajando fuera del hogar, etc.). Este tipo de pacientes necesita cuidado durante las 24 horas y ello se puede realizar en las propias viviendas o en instituciones. Es común observar que la persona cuidadora (familiar o contratada), realiza este trabajo en el domicilio con abnegación, pero a veces sucumbe o no hay una red social de apoyo, por lo que el paciente es derivado a una «residencia de ancianos»

Así mismo, surge el interrogante ¿cual es el concepto de calidad de vida que pueda identificar al adulto mayor institucionalizado? ¿Qué aspectos o circunstancias determinan su calidad de vida? Una posible respuesta aplicando el desarrollo a escala humana sería por medio de la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, las cuales son las mismas para todos, pero difieren en la elección que se hace de ellas en cuanto a calidad y cantidad de los satisfactores y de las posibilidades que tengan los adultos mayores que viven en una institución de tener acceso a los mismos. Es decir, la satisfacción de las necesidades depende de los intereses de cada uno, la relación que el adulto mayor tenga con su grupo social en particular y su entorno en general.²⁶ También es importante, comprender las necesidades como una potencialidad inherente al adulto mayor puesto que lo pueden motivar, movilizar y conducir a la búsqueda de soluciones.

²⁶ Castellanos Ruiz. J. Concepto de calidad de vida para el adulto mayor institucionalizado en el hospital geriátrico san Isidro de Manizales 2002. [citado marzo 2014] Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/subida/Colombia/alianza-cindeumz/20130404070013/TJulialbaCastellanos.pdf>

Para ello es necesario comprender el grado de apropiación que tiene el adulto mayor de sus necesidades. Ya que, en ocasiones existen ciertas necesidades en su ambiente institucional que no son reconocidas por ellos, o que por el contrario reconocen, pero que no se atreven a manifestarlas públicamente por temor a la censura institucional o siente impotencia frente a ello. Lo que lo lleva a asumir un rol cada vez más pasivo frente a sí mismo y a su entorno inmediato. Tendiendo a asumir una posición acrítica y pasiva frente a su escenario de vida institucional. Se puede decir que escoge o que otros deciden por él, debido a que el conjunto de capacidades que posee no le permite elegir o decidir por sí mismos.

En el enfoque sobre capacidad se resalta la importancia de diferenciar entre las funciones realizadas o lo que el adulto mayor es capaz de hacer realmente (bañarse, vestirse, desplazarse con o sin ayuda, alimentarse bien y hacerlo de forma independiente) y el conjunto de capacidades de las opciones que tiene que ver con sus oportunidades reales (elegir que alimentos consumir o que otros elijan el menú para que el adulto mayor esté bien nutrido) salir de la institución, ir a misa, ir de visita donde otros compañeros que conviven en la institución.

Calidad de vida en instituciones.

El proceso de envejecimiento por si mismo supone amenazas y probabilidad de deterioro de la calidad de vida, lo cual no es completamente inevitable.

La mayoría de los factores físicos que determinan discapacidad son previsible y evitables si controlamos nuestros estilos o hábitos de vida. La practica regular de ejercicio físico, el mantenimiento máximo de actividad, la supresión de

toxicomanías, (tabaquismo, alcoholismo), la participación en actividades sociales y la alimentación adecuada son ejemplos que están a nuestro alcance para el autocuidado de la salud, evitando la discapacidad y el deterioro de nuestra calidad de vida.

El ingreso de un anciano a una institución de larga estancia o residencia, no implica necesariamente un deterioro de su calidad de vida. Para la mayoría de quienes requieren de una institución, su calidad de vida puede incluso mejorar dado que está en un contexto de cuidados adecuados para sus necesidades. Si la institución satisface adecuadamente estas necesidades, el cambio que supone el ingreso a la institución es un cambio favorable que se transforma en un factor pronóstico positivo para que la persona se adapte a su nuevo hogar. Por el contrario si el ingreso no es deseado y no significa una mejoría objetiva para el anciano, el deterioro de la calidad de vida se transforma en un obstáculo para que se adapte a la nueva situación.

Cuando la discapacidad física y/o mental aparece, también podemos hablar de calidad de vida. Este se expresa en la calidad de los cuidados y en el grado de respeto que se tiene por mantener su autonomía y autodeterminación del individuo. Cuanto más frágil es el colectivo de los adultos mayores que se asiste, mayor peso tendrá la calidad de atención en la calidad de vida. Un índice de calidad de cuidados y por lo tanto la calidad de vida en instituciones, es el grado con el que se fomenta la independencia y la autonomía de las personas a la que se atiende y cuida. Es frecuente la tentación de asistir y ayudar más allá de lo necesario y de proporcionar directamente cuidados que el anciano puede realizar por sí mismo, aunque sea más despacio. Esta actitud que parece un alivio momentáneo para el cuidador y el personal de salud, le

esclaviza y sobrecarga en el mediano plazo, porque hace del anciano una persona más dependiente que ignora sus capacidades. Trabajar en los procesos de atención y en los cuidados, promoviendo diariamente que el residente realice por sí solo todo lo que puede, supone trabajar en este componente tan esencial de la calidad de vida como es la autonomía.

Como son individuos con diferentes grados de dependencia y necesidades, la calidad de vida y por lo tanto la calidad de los cuidados se expresa mediante la calidad de la higiene, el confort, la alimentación, la rehabilitación cuando existe deterioro mental y/o físico, los cuidados al final de la vida, la adaptación al ingreso en la institución, la personalización en su atención, el trato digno y respetuoso, el cuidado por la satisfacción de los usuarios y sus derechos como personas.

Recomendaciones generales para mantener y mejorar la calidad de vida en instituciones.²⁷

- Respetar y considerar siempre las preferencias, valores y creencias del anciano en todos los procesos de atención, desde el ingreso, su adaptación a la institución y los cuidados básicos cotidianos (alimentación, higiene, vestido, etc.).
- Fomente continuamente los hábitos de vida saludables en los residentes y promueva su autonomía en los cuidados; no sustituya lo que él puede hacer por sí mismo.

²⁷ Savio. I; Lucero. R; Fierro. A; Levi. S; Atchugarry. M; Casali. G; Rolando. D; Manual de Geriatria y Psicogeriatria. Tomo1. Montevideo: 2004 Ed. Oficina del libro FEFMUR. Pp.17-20.

- Fomentar su participación en actividades sociales, recreativas de ocupación saludable de su tiempo libre y de ejercicio físico regular.
- Respete su derecho a la privacidad en los cuidados (higiene, cambio de pañales, vestido, cuidados en el final de la vida).
- Realice las evaluaciones periódicas de salud para detectar precozmente situaciones que puedan afectar la independencia y salud del anciano.
- Proporcione apoyo afectivo y comprensión cuando sea necesario.
- Considere que les tomara más tiempo realizar tareas simples que a personas jóvenes. Incentive a que participe en sus propios cuidados tanto como sea posible.
- Llámelo siempre por su nombre o apellido, no use diminutivos, ni apelativos que infantilicen o puedan resultar insultantes, (por ejemplo: "nono/a", "viejo/a", "viejito/a", "abuelo/a").
- No grite, no le trate como sordo, ni asuma que no le entiende nada. No realice comentarios sobre su persona solo porque tiene una enfermedad mental.
- Respete y promueva en quienes son capaces, su derecho a participar y opinar en actividades grupales y de convivencia (comisión de residentes, etc.)
- Manténgale informado de sus cuidados, oferta de actividades y oportunidades para involucrarse en la institución. Promueva que ayude tanto como sea posible y desee en las actividades cotidianas.
- No le margine de programas de rehabilitación o mantenimiento de la función y capacidades físicas y mentales solo porque le parece es

demasiado viejo, esta deteriorado o tiene factores que pueden interferir con estos tratamientos.

- Si usted trabaja en sectores administrativos considere que muchas de las tareas que realiza tienen por objeto garantizarle a los residentes beneficios sociales tan elementales como una pensión o jubilación.
- Si usted colabora en el cuerpo de voluntarios, recuerde que su tarea requiere continuidad y puede ser el único contacto social que un residente tiene con la comunidad.

PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuál es el perfil de calidad de vida de los adultos mayores con nivel de dependencia leve institucionalizados en un centro residencial en Montevideo en el período comprendido entre el 05/12/13 al 13/12/13?

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el índice de calidad de vida y el perfil del índice de vida en la población estudiada.
- Identificar la distribución porcentual de las dimensiones de calidad de vida en la población estudiada.
- Identificar los usuarios con nivel de dependencia leve.
- Conocer los niveles de dependencia de la población en estudio.
- Caracterizar la población de estudio.

calidad de vida.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil de calidad de vida de los adultos mayores con nivel de dependencia leve institucionalizados en un centro residencial de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 05/12/13 al 13/12/13.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar la población de estudio.
- Conocer los niveles de dependencia de la población en estudio identificando los usuarios con nivel de dependencia leve.
- Identificar la distribución porcentual de las dimensiones de calidad de vida en la población estudiada.
- Determinar el índice de calidad de vida y el percentil del índice de calidad de vida.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

El presente corresponde a un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal.

Área de estudio:

La investigación se llevó a cabo en el Centro Residencial LAR, centro concebido especialmente para los adultos mayores. Se encuentra ubicado en Montevideo-Uruguay. Dentro de las principales características del mismo se señala que los adultos mayores allí institucionalizados reciben atención médica y afectiva para mantenerse motivados en desarrollar una vida plena, y son supervisados y acompañados las 24 horas, por profesionales en diversas disciplinas.

Universo y muestra:

El Universo de estudio estuvo comprendido por la totalidad de Adultos mayores institucionalizados en "Centro Residencial LAR".

Se tomó una muestra de 13 adultos mayores de 65 años, institucionalizados en el "Centro Residencial LAR" que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. El tipo de Muestreo seleccionado fue no probabilístico e intencional.

Criterio de inclusión:

Fueron incluidos todos aquellos adultos mayores de 65 años o más de ambos sexos, quienes otorgaron consentimiento para participar en el estudio, y que el índice de Barthel fuese igual o mayor a 60 puntos.

Unidad de observación:

Adulto de 65 años o más, que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

Controles éticos:

A fin de cumplir con lo establecido en la declaración de Helsinki., se solicitó a los participantes su consentimiento informado.²⁸ En el mismo se estableció quienes éramos, que realizaremos, cuáles son nuestros objetivos, y se resalta que los datos obtenidos serán utilizados con total confidencialidad.

Dicho consentimiento fue firmado por los usuarios que estuvieron dispuestos a formar parte de la investigación (anexo 4).

Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Se llevó a cabo una entrevista estructurada mediante el empleo de tres instrumentos para la recolección de los datos.

1- **Cuestionario de elaboración propia**, a fin de caracterizar a la población en estudio. El mismo fue conformado por preguntas cerradas. Las variables

²⁸Disponible en: www.fveter.unr.edu.ar/upload/declaracion_helsinki.pdf

que se midieron con este instrumento fueron: edad, sexo, tiempo de residencia en la institución, estado civil y antecedentes personales.

2- Índice de Barthel: éste índice Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, Deambulación y escaleras; y les asigna una puntuación (0,5 , 10, 15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. Los cambios de producen de 5 en 5 y no es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia.

- Nivel de dependencia según puntuación de la escala
- Menos de 20 puntos: dependencia total
- De 20 a 40 puntos: dependencia grave
- De 40 s 60 puntos: dependencia moderada
- Más de 60 puntos: dependencia leve.
- 100 puntos: independientes (95 silla de ruedas).

3- Escala de FUMAT: Esta escala permite evaluar en pocos minutos y de una forma muy sencilla la calidad de vida de estas poblaciones cuando son usuarias de algún tipo de servicio social o clientes de algún tipo de entidad

u organización que tenga entre sus objetivos la mejora de la calidad de vida. De este modo, la escala surge como un instrumento válido y fiable para la planificación de apoyos individualizados e intervenciones centradas en la persona, así como para encaminar las intervenciones dirigidas a la mejora de la calidad de la organización y la entidad. A continuación se mencionan las Normas de corrección e interpretación de la escala.

Puntuaciones directas

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

Puntuaciones estándar y percentiles de cada dimensión.

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

el caso de las puntuaciones estándar como en el de los percentiles, las puntuaciones altas denotan una mayor calidad de vida.

Índice de calidad vida y percentil del índice de calidad de vida

El Índice de Calidad de Vida o puntuación estándar compuesta tiene una distribución con media de 100 y una desviación típica de 15, por lo que la mayoría de los evaluadores están familiarizados con ella y las puntuaciones que genera, y permite una interpretación muy intuitiva. Para obtener el Índice de Calidad de Vida primero se han de sumar las puntuaciones estándar de las ocho dimensiones y anotar el resultado en la casilla 'Puntuación Estándar TOTAL (suma) del cuadernillo de anotación (Figura 19). Este valor se convierte en el 'Índice de Calidad de Vida' (o puntuación estándar compuesta) mediante la tabla que se incluye en el Apéndice 3. En dicha tabla deberá localizar la puntuación estándar total; en la misma la, en las dos columnas de la derecha, encontrará el Índice de Calidad de Vida y su percentil.

Perfil de calidad de vida

El Perfil de Calidad de Vida que se encuentra en la última página del cuadernillo de anotación, proporciona una representación gráfica de las puntuaciones estándar obtenidas por el individuo en las dimensiones de calidad de vida, con su correspondiente percentil (Figura 20). Además representa el Índice de Calidad de Vida, también con su correspondiente percentil. Para obtener el Perfil de Calidad de vida, debe rodear la puntuación estándar obtenida en cada dimensión de calidad de vida y

unirlas mediante una línea. A través de este perfil el evaluador podrá obtener una representación visual inmediata de las dimensiones de calidad de vida, discriminando de un modo sencillo cuáles son las áreas en las que el individuo obtiene una puntuación más baja y podrían ser, por tanto, objeto de planes de apoyo para la mejora de su calidad de vida. Del mismo modo, discriminará fácilmente las dimensiones de calidad de vida en las que la persona ha obtenido mejores puntuaciones. Se debe tener en cuenta que la evaluación de calidad de vida puede variar no sólo en cuanto a las puntuaciones obtenidas en las distintas dimensiones, sino también a lo largo del tiempo y en función de distintos acontecimientos vitales que pueden acontecer en la vida de una persona. Es por ello recomendable evaluar periódicamente a cada persona con el objetivo de obtener información actualizada sobre su calidad de vida, especialmente si se lleva a cabo algún plan de intervención con el objetivo de mejorar alguna de las dimensiones. Si el plan de apoyo llevado a cabo para mejorar una determinada dimensión es eficaz, la persona obtendrá una puntuación más alta en dicha dimensión. Si por el contrario, la puntuación permanece o disminuye, será recomendable revisar el plan de apoyo.

Procedimientos para la recolección de datos

La recolección de datos se dividió en tres etapas.

Primera etapa: Pautada la fecha con el Centro Residencial "LAR" se comenzó con la selección de la población que cumplió con los criterios de inclusión.

índice a todos aquellos usuarios del centro LAR, se determinó a través de su puntuación el grado de dependencia. Siendo seleccionados para conformar la muestra aquellos con grado de dependencia leve.

Tercera etapa: Teniendo ya la muestra seleccionada, se comenzó con la recolección de datos, utilizando la escala de calidad de vida FUMAT. (Anexo 5)

Categorías: 55-74, 75-84, 85-94, 95 años

Tipo de variable: Cuantitativa continua

Sexo

Definición conceptual: Características anatómicas y cromosómicas según

género.

Categorías: Masculino, Femenino

Tipo de variable: Cualitativa nominal

• Tiempo de residencia

Definición conceptual: Tiempo que ha transcurrido desde que el usuario ingresó

al centro hasta la fecha.

Categorías: < 6, 6 a 12, 13 a 18, 20 a 26, 27 a 33, > 33 meses.

Tipo de variable: Cuantitativa continua

• Estado civil

Definición conceptual: Situación de pareja o vínculo sentimental en que se

encuentra el usuario.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES ESTUDIADAS

- **Edad**

Definición conceptual: Periodo de años comprendidos desde el nacimiento hasta la fecha actual.

Categorías: 65-74, 75-84, 85-94, ≥95 años.

Tipo de variable: Cuantitativa continua.

- **Sexo**

Definición conceptual: Características anatómicas y cromosómicas según género.

Categorías: Masculino, Femenino

Tipo de variables: Cualitativa nominal.

- **Tiempo de residencia**

Definición conceptual: Tiempo que ha transcurrido desde que el usuario ingreso al centro hasta la fecha.

Categorías: < 6, 6 a 12, 13 a 19, 20 a 26, 27 a 33, > 33 meses.

Tipo de variable: Cuantitativa continua.

- **Estado civil**

Definición conceptual: Situación de pareja o vínculo sentimental en que se encuentra el usuario.

Categorías: Soltero, Casado, Viudo, Divorciado, Unión libre.

Tipo de Categoría: Cualitativa nominal.

- **Antecedentes personales**

Definición conceptual: Problemas de salud previos del usuario durante el transcurso de su vida.

Categorías: HTA, Artrosis, Osteoporosis, Prótesis de cadera, Ex tabaquista, Insuf. Renal, entre otros.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- **Patologías crónicas por persona**

Definición conceptual: Cantidad de enfermedades crónicas que presenta cada individuo.

Categorías: 1, 2, 3 ó más

Tipo de variable: Cuantitativa continua.

- **Nivel de dependencia**

Definición conceptual: Conjunto de funciones o actividades del diario vivir que debe realizar un individuo sin ayuda.

Categorías: Independiente, Leve, Moderado, Grave, Total.

Tipo de variable: cualitativa ordinal.

- **Calidad de vida**

Definición conceptual: La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Categorías: Bienestar Emocional, Relaciones Interpersonales, Bienestar Material, Desarrollo personal, Bienestar Físico, Autodeterminación, Inclusión Social, Derechos.

Definición de cada variable:

- BE: Estabilidad emocional (salud mental): ausencia de estrés y sentimientos negativos: autoconcepto: satisfacción.
- RI: Relaciones de pareja: relaciones familiares: relaciones sociales: tiene amigos claramente identificados: contactos sociales positivos y gratificantes.
- BM: Ingresos: posesiones: condiciones de la vivienda: condiciones del lugar de trabajo: condiciones del servicio: empleo: jubilación: Ahorros.
- DP: Educación: oportunidades de aprendizaje: habilidades funcionales: habilidades académicas
- BF: Salud general: atención sanitaria: memoria: dolor: sueño: visión: audición: movilidad: mediación: acceso a ayudas técnicas: actividades de la vida diaria.
- ADT: Autonomía: decisiones: elecciones: metas y preferencias personales.
- IS: Integración: participación: apoyos
- DER: Conocimiento de derechos: ejercicio de derechos: defensa de derechos: Información: respeto: Intimidad: Responsabilidades: Dignidad: Derechos legales.

Indicadores: Siempre o casi siempre, frecuentemente, algunas veces, nunca o casi nunca.

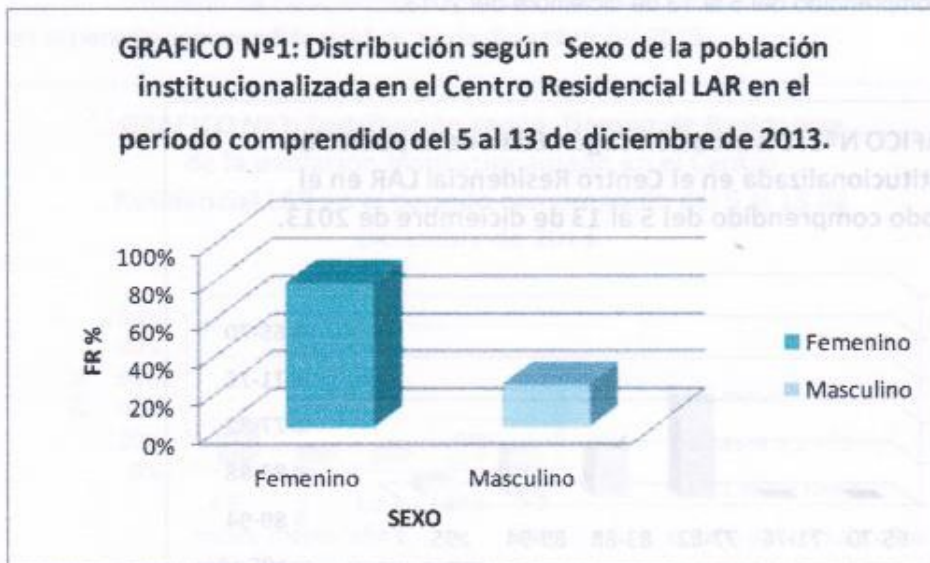
Tipo de variable: Cualitativa nominal compleja.

RESULTADOS

Tabla N° 1: Distribución según Sexo de la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período comprendido del 5 al 13 de diciembre de 2013

SEXO	FA	FR%
Femenino	10	77%
Masculino	3	23%
TOTAL	13	100%

Fuente: Formulario de caracterización de la población realizados en el Centro Residencial LAR en el período comprendido del 5 al 13 de diciembre del 2013.



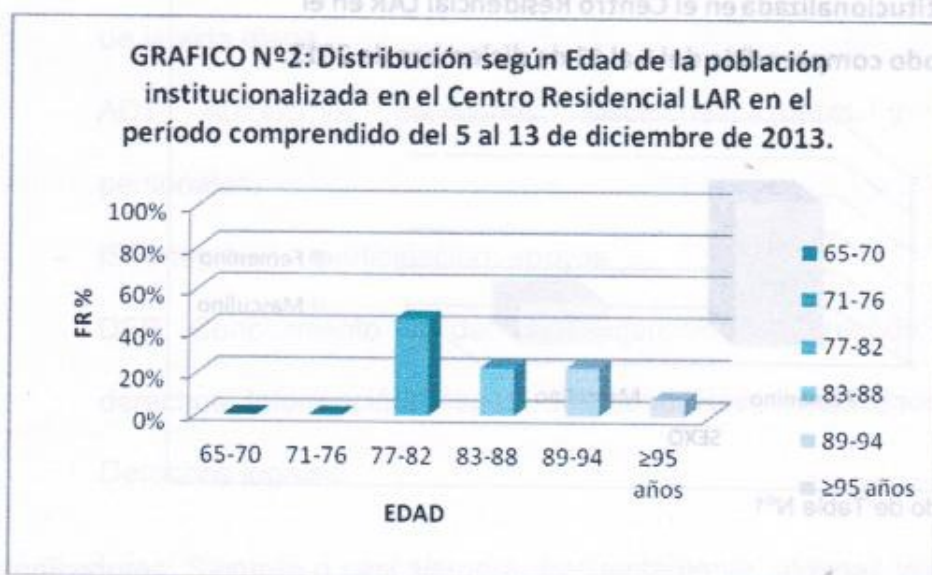
Fuente: Extraído de Tabla N°1

Según se muestra en el gráfico predomina el sexo femenino con un 77% del total de la muestra.

Tabla N° 2: Distribución según Edad de la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período comprendido del 5 al 13 de diciembre de 2013.

EDAD (años)	FA	FR%
65-70	0	0%
71-76	0	0%
77-82	6	46%
83-88	3	23%
89-94	3	23%
≥95	1	8%
TOTAL	13	100%

Fuente: Formulario de caracterización de la población realizados en el Centro Residencial LAR en el periodo comprendido del 5 al 13 de diciembre del 2013.



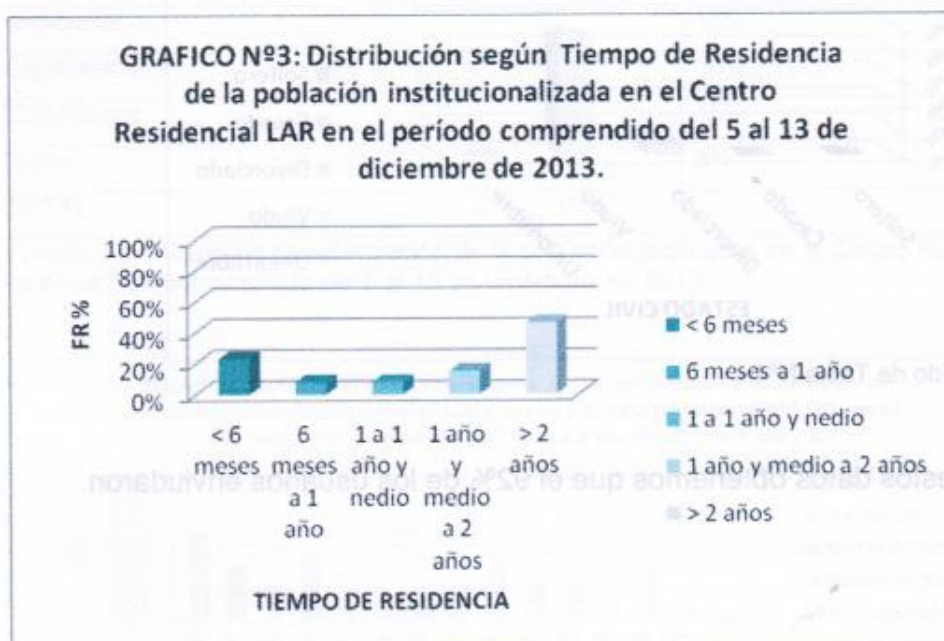
Fuente: Extraído de Tabla N°2.

Se destaca que predomina el rango etario de 77-82 años con un 46%.

Tabla N° 3: Distribución según Tiempo de Residencia de la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período comprendido del 5 al 13 de diciembre de 2013.

TIEMPO DE RESIDENCIA (MESES)	FA	FR%
< 6	3	23%
6 a 12	1	8%
13 a 19	1	8%
20 a 26	2	15%
27 a 33	3	23%
> 33	3	23%
TOTAL	13	100%

Fuente: Formulario de caracterización de la población realizados en el Centro Residencial LAR en el período comprendido del 5 al 13 de diciembre del 2013.



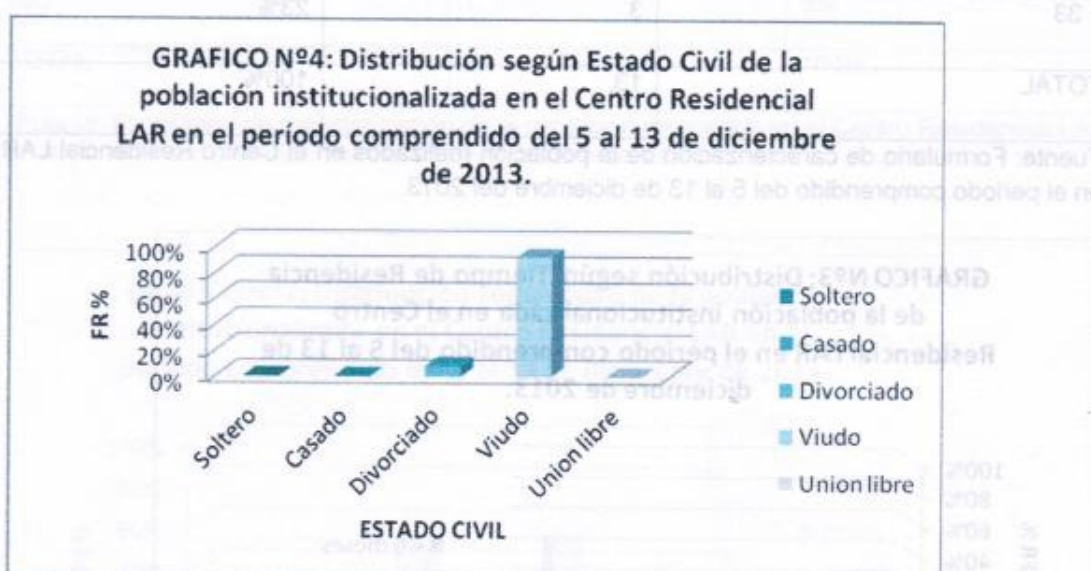
Fuente: Extraído de Tabla N°3.

De acuerdo a este gráfico se observa que el tiempo de residencia predominante es igual para los siguientes rangos: menos de 6, de 27 a 33, mayor a 33 meses con un 23%.

Tabla N° 4: Distribución según Estado Civil de la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período comprendido del 5 al 13 de diciembre de 2013.

ESTADO CIVIL	FA	FR%
Soltero	0	0%
Casado	0	0%
Divorciado	1	8%
Viudo	12	92%
Unión libre	0	0%
TOTAL	13	100%

Fuente: Formulario de caracterización de la población realizados en el Centro Residencial LAR en el periodo comprendido del 5 al 13 de diciembre del 2013.



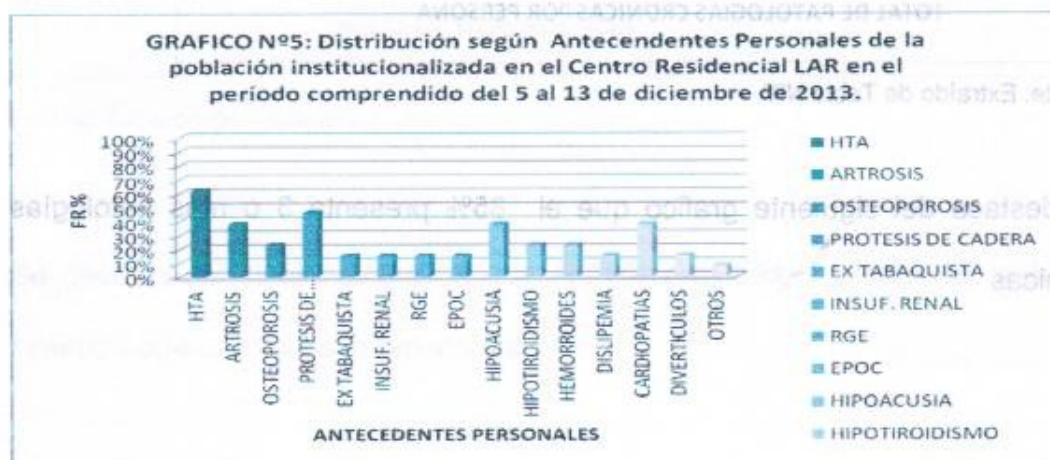
Fuente: Extraído de Tabla N°4.

A partir de estos datos obtenemos que el 92% de los usuarios enviudaron.

Tabla N° 5: Distribución según Antecedentes Personales de la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el periodo comprendido del 5 al 13 de diciembre de 2013.

ANTECEDENTES PERSONALES	FA	FR%
HTA	8	62%
Artrosis	5	38%
Osteoporosis	3	23%
Prótesis de cadera	6	46%
Ex tabaquista	2	15%
Insuf. Renal	2	15%
RGE	2	15%
EPOC	2	15%
Hipoacusia	5	38%
Hipotiroidismo	3	23%
Hemorroides	3	23%
Dislipemia	2	15%
Cardiopatías	5	38%
Divertículos	2	15%
Otros	1	8%
TOTAL	13	

Fuente: Formulario de caracterización de la población realizados en el Centro Residencial LAR en el periodo comprendido del 5 al 13 de diciembre del 2013.



Fuente: Extraído de Tabla N°5.

En este grafico se observa que el 62 % de los usuarios posee HTA, el 46% prótesis de cadera, y el 38% padece hipoacusia y artrosis.

Tabla N° 5: Distribución según Antecedentes Personales de la población

TABLA N°6: Distribución según Total de Patologías Crónicas por Persona de la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período comprendido del 5 al 13 de diciembre de 2013.

TOTAL DE PATOLOGIAS CRONICAS POR PERSONA	FA	FR%
1	0	0
2	2	15%
3 o más	11	85%
TOTAL	13	100%

Fuente: Escala de Fumat aplicado a la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período comprendido del 5 al 13 de diciembre del 2013.



Fuente: Extraído de Tabla N°6.

Se destaca del siguiente grafico que el 85% presenta 3 o más patologías Crónicas.

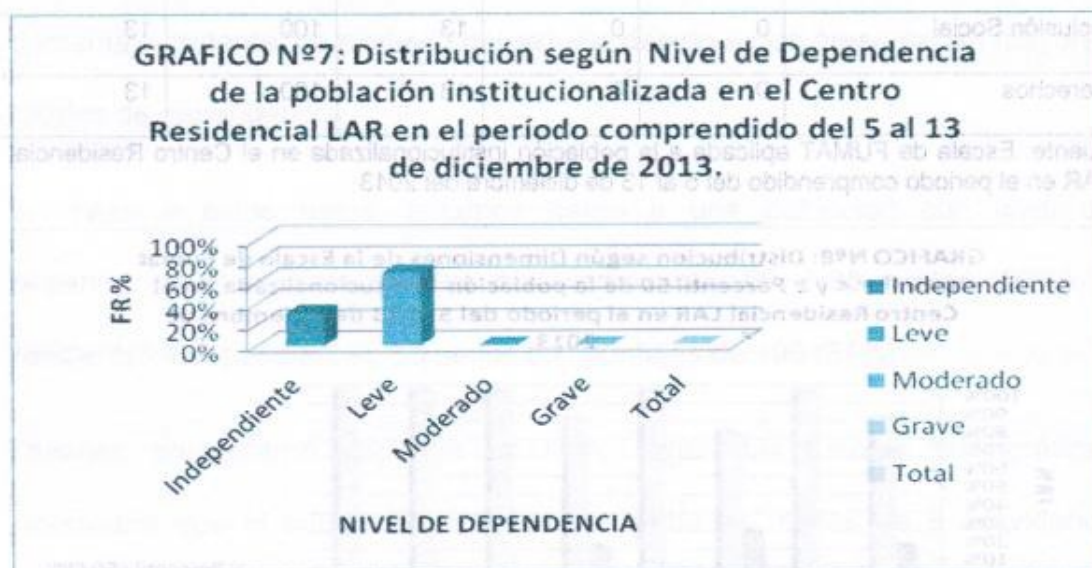
Fuente: Extraído de Tabla N°5. En este grafico se observa que el 63% de los usuarios posee HTA, el 48%

diabetes de cadera, y el 38% padece hipocaulia y atrofia.

Tabla N° 7: Distribución según Nivel de Dependencia (Índice de Barthel) de la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período comprendido del 5 al 13 de diciembre de 2013.

NIVEL DE DEPENDENCIA ÍNDICE DE BARTHEL (PUNTOS)	FA	FR%
Independiente	4	31%
Leve	9	69%
Moderado	0	0%
Grave	0	0%
Total	0	0%
TOTAL	13	100%

Fuente: Índice de Barthel aplicado a la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período comprendido del 5 al 13 de diciembre del 2013.



Fuente: Extraído de Tabla N°7.

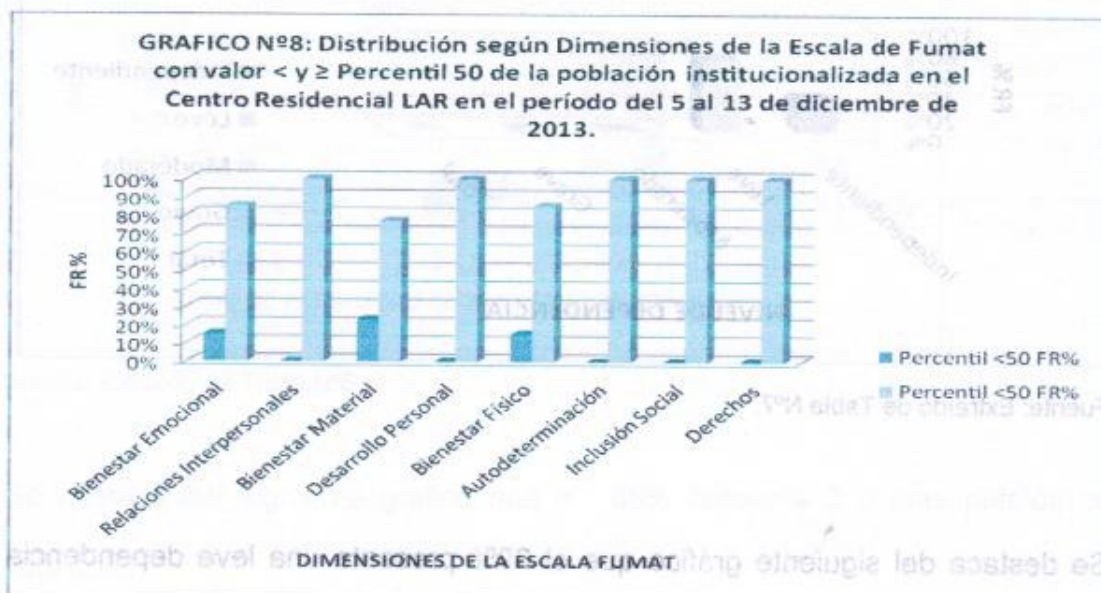
Se destaca del siguiente gráfico que el 69% presenta una leve dependencia mientras que el 31% es independiente.

En base al siguiente gráfico encontramos 3 dimensiones por debajo del percentil 50.

Tabla N°8: Distribución según Dimensiones de la Escala de Fumat con valor $< y \geq$ Percentil 50 de la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período del 5 al 13 de diciembre de 2013.

DIMENSIÓN	Percentil <50		Percentil \geq 50		Total
	FA	FR%	FA	FR%	
Bienestar Emocional	2	15	11	85	13
Relaciones Interpersonales	0	0	13	100	13
Bienestar Material	3	23	10	77	13
Desarrollo Personal	0	0	13	100	13
Bienestar Físico	2	15	11	85	13
Autodeterminación	0	0	13	100	13
Inclusión Social	0	0	13	100	13
Derechos	0	0	13	100	13

Fuente: Escala de FUMAT aplicada a la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el periodo comprendido del 5 al 13 de diciembre del 2013.



Fuente: Extraído de Tabla N°8.

En base al siguiente gráfico encontramos 3 dimensiones por debajo del percentil 50.

DISCUSION

La recolección de datos para la investigación se llevó a cabo entre los días 05/12/2013- 13/12/2013, en un centro residencial de ancianos, en Montevideo. Partiendo de un universo de 18 residentes adultos mayores a los cuales se les aplicó el Índice de Barthel, a fin de identificar el grado de dependencia de los mismos y seleccionar de esta forma los integrantes de la muestra; se obtuvo como resultado que el 72 % de los mismos presentó un valor mayor o igual a 60 puntos. Lo cual se corresponde con niveles de dependencia leve a independencia y fueron quienes conformaron la muestra (n=13 residentes). El porcentaje restante fue excluido del estudio debido a que presentaban mayores niveles de dependencia.

En base a estos datos, estamos frente a una población con nivel de dependencia leve, para quienes obtuvieron entre 60 y 95 puntos (69%), y residentes independientes, aquellos con puntajes de 100 (31%).

Quienes presentaron dependencia leve, según las fuentes bibliográficas significaría que el adulto mayor necesita ayuda en menos de 5 actividades instrumentales.

En relación a las características sociodemográficas de la población en estudio se destaca que, respecto a la variable sexo, un mayor porcentaje de residentes de sexo femenino (77%), lo cual coincide con la información brindada por el Centro Residencial en donde el 70% de los residentes eran mujeres. De igual manera da cuenta de la misma situación que ocurre a nivel nacional, es decir, existe una feminización del adulto mayor.

Según los datos extraídos del Plan Nacional del Adulto Mayor, elaborado por el Ministerio de Salud Pública, en el año 2005²⁹; Uruguay constituía en el momento uno de los países más envejecidos de Las Américas con un índice de envejecimiento de 81.7 de su población mayor de 60 años, de los cuales el 13.4 % era mayor de 65 años. Dentro de ellos el subgrupo que crecía más aceleradamente era el de mayores de 75 años (envejecimiento del envejecimiento), es decir aquellos con mayor demanda de cuidados y mayor probabilidad de pérdida de autonomía. Estos datos coinciden con los resultados obtenidos de la investigación realizada donde encontramos un 46% de los adultos mayores en el rango de 77-82 años. Siendo para los dos rangos siguientes un 23% respectivamente y para el rango de mayor o igual a 95 de un 8%.

En lo que refiere a los antecedentes personales, observamos que predomina la Hipertensión arterial con un 62% seguido por un 46% de los adultos mayores que poseen prótesis de cadera. A su vez se encontró que un 38% de la muestra presentó artrosis e hipoacusia. A partir de los datos obtenidos se caracterizó la muestra en base al total de patologías crónicas que presenta cada adulto mayor, observando que el 85% padecía 3 o más de las mismas, como se representa a nivel nacional donde el Ministerio de Salud Pública en su Publicación del año 2007 refiere que el 30% de los adultos mayores padece tres o más enfermedades crónicas, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar dependencia y el riesgo de efectos adversos a medicamentos.³⁰

²⁹ Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional del Adulto Mayor. Uruguay. 2005. Pp. 6-7. [citado Marzo 2014] Disponible en: www.msp.gub.uy

³⁰ Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional del Adulto Mayor. Uruguay. 2005. [citado Marzo 2014] Disponible en: www.msp.gub.uy

Respecto a su estado civil, se obtuvo que el 92% enviudaron, dato a tener en cuenta ya que como refiere Osorio. P; Torrejon. M°; Anigstein, M°, en su artículo Calidad de vida en personas mayores en Chile, la muerte de la pareja constituye un hito, un quiebre, que tiene diferentes consecuencias según cada caso. Muchos de ellos viven la viudez como una pérdida que los arroja a la soledad y a la carencia.³¹

Respecto al tiempo de residencia, se observó que el 46% hace más de 2 años que reside en el centro, el 23 % hace menos de 6 meses, y el 15% hace de uno y medio a dos años. Según Marín .P; Guzmán. J & Araya. A,³² el «cuidado de largo plazo» de la población de adultos mayores es cada vez más necesario. Para estos autores, esta población necesita cuidado durante las 24 horas, cuidado que muchas veces las familias no pueden brindarles, dado que la población se está envejeciendo y se observan cambios socio-familiares en la sociedad actual (familias y viviendas más pequeñas, mujeres trabajando fuera del hogar, etc.). Referido a esto, según los datos obtenidos, encontramos que los motivos de ingreso al residencial fueron mayoritariamente a causa de viudez (54%), decisión familiar (31%) y rehabilitación en inferior porcentaje (15%).

En cuanto al perfil de calidad de vida de los residentes, y tras la aplicación de la escala de FUMAT, se logró determinar rápidamente en qué áreas se

³¹ Osorio, P; Torrejon ,M°; Anigstein, M°; Calidad de vida en personas mayores en Chile (Rev. Med n°24, pp 61-75)Chile, mayo de 2011(citado abril 2014) Disponible en:
<http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/24/osorio03.pdf>

³² Marín .P; Guzmán. J; Araya. A ; Adultos Mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son?; (Rev. Méd v.132 n.7.) Chile. Jul. 2004. (Citado Marzo 2014). Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872004000700007&script=sci_arttext

encontraban más vulnerables. Pudiendo de esta forma brindar información que permita la estructuración de cambios a niveles institucionales, en pro de una mejora en la calidad de vida de los adultos mayores que se encuentran institucionalizados.

A partir de los resultados obtenidos, pudimos ver una tendencia positiva de la calidad de vida ya que de las 8 dimensiones, 5 se encontraron por encima del percentil 50, es decir el 63%. Así mismo se encontraron dimensiones por debajo del percentil 50, siendo por tanto las dimensiones más afectadas. Estas fueron: el bienestar emocional, bienestar material y bienestar físico.

Según Matas,J ; Biotti , J, en su artículo, salud oral y calidad de vida en el adulto mayor, el equilibrio de estos tres factores permitiría que el individuo viva plenamente, sin depender de otras personas y desarrollando todas sus facultades. En la medida que sean cuidados, se postergará su deterioro y el Adulto Mayor gozará de una buena calidad de vida por mayor tiempo. Respecto al Bienestar emocional, que tras la jubilación, además de significar disminución de ingresos, provocaría un aislamiento progresivo del individuo por pérdida de contacto con el trabajo, alejamiento de los amigos, familiares e hijos. Lo cual se ve reflejado sobre la autoestima.

En lo que respecta al bienestar físico, el envejecimiento desde el punto de vista biológico, es un proceso propio de todo ser vivo, inevitable e irreversible. Simultáneo a este envejecimiento se experimentan enfermedades y accidentes que influyen y aceleran su proceso.³³

³³ Matas,J ; Biotti , J; salud oral y calidad de vida en el adulto mayor, Chile; (citado en Abril 2014)
Disponible en: http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/biotti_2.htm

Es así que para la mayoría de los adultos mayores la disminución de su capacidad física y el deterioro de su salud es el problema más serio que los afecta y que los puede hacer dependiente de otros seres humanos, así mismo, la presencia de enfermedades y/o accidentes que limitan el bienestar físico, los trastornos en su actividad social que lo aíslan, afectan su autoestima y la necesidad que tiene toda persona de sentirse querida, alteran el bienestar emocional, que es fundamental en la vida humana.³⁴

Para dar cierre a esta discusión creemos pertinente citar la idea de Castellanos Ruiz, en el año 2002 – en la cual afirma que las circunstancias que determinan la calidad de vida puede estar dada por medio de la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, las cuales son las mismas para todos, pero difieren en la elección que se hace de ellas en cuanto a calidad y cantidad de los satisfactores y de las posibilidades que tengan los adultos mayores que viven en una institución de tener acceso a los mismos. Es decir, la satisfacción de las necesidades depende de los intereses de cada uno, la relación que el adulto mayor tenga con su grupo social en particular y su entorno en general.³⁵

³⁴ Matas, J ; Biotti , J; salud oral y calidad de vida en el adulto mayor; Chile; (citado en Abril 2014). Disponible en: http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/biotti_2.htm

³⁵ Castellanos Ruiz. J; Concepto de calidad de vida para el adulto mayor institucionalizado en el hospital geriátrico san Isidro de Manizales 2002. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/subida/Colombia/alianzacindeumz/20130404070013/TJulialbaCastellanos.pdf>

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Como resultado de los datos obtenidos y del análisis realizado mediante esta investigación podemos destacar que se cumplió con los objetivos planteados.

En cuanto a los valores hallados de los percentiles de calidad de vida, los mismos se situaron en la mayoría de los usuarios por encima de la mediana (p50). Por lo que se puede señalar una tendencia positiva en la calidad de vida de los usuarios ya que de las 8 dimensiones estudiadas, 5 se encuentran por encima de dicho percentil.

Por otra parte los resultados indican que las áreas más vulnerables de los usuarios fueron: bienestar emocional, bienestar material y bienestar físico.

Respecto al Bienestar emocional, la jubilación además de significar disminución de ingresos, provocaría un aislamiento progresivo del individuo por pérdida de contacto con el trabajo, alejamiento de los amigos y familiares. En lo que respecta al bienestar físico, el envejecimiento es un proceso inevitable e irreversible, en el cual pueden experimentarse enfermedades y accidentes que influyen y aceleran su proceso.³⁶

Es así que para la mayoría de los adultos mayores la disminución de su capacidad física y el deterioro de su salud es el problema más serio que los afecta y que los puede hacer dependiente de otros seres humanos. Así mismo, pueden afectar su autoestima y la necesidad que tiene toda persona de

³⁶ Matas, J ; Biotti , J; salud oral y calidad de vida en el adulto mayor; Chile; (citado en Abril 2014)
Disponible en: http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/biotti_2.htm

sentirse querida, alterando el bienestar emocional, que es fundamental en la vida humana.³⁷

Como futuros Licenciados en Enfermería dicha investigación nos brindó herramientas para desempeñarnos en el futuro. Además nos permitió articular conocimientos teóricos con los datos obtenidos y de esta forma ser insumo bibliográfico para futuras investigaciones e intervenciones en dicha área.

³⁷ Matas, J ; Biotti , J; salud oral y calidad de vida en el adulto mayor; Chile; (citado en Abril 2014)
Disponible en: http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/biotti_2.htm

SUGERENCIAS

En base a lo concluido anteriormente creemos conveniente:

La implementación de la escala de FUMAT en los adultos mayores institucionalizados a modo de mantener actualizado los datos del perfil de calidad de vida de los mismos.

Según la fuentes bibliográficas consultadas, se debe tener en cuenta que la evaluación de calidad de vida puede variar, no sólo en cuanto a las puntuaciones obtenidas en las distintas dimensiones, sino también a lo largo del tiempo y en función de distintos acontecimientos vitales. Es por ello recomendable evaluar periódicamente a cada persona con el objetivo de obtener información actualizada sobre su calidad de vida, especialmente si se lleva a cabo algún plan de intervención con el objetivo de mejorar alguna de las dimensiones.³⁸

³⁸ Verdugo. M; Gómez Sánchez. L; Arias Martínez. B. Evaluación de la calidad de vida en mayores: La escala FUMAT. Salamanca. 2009. [citado Diciembre 2013]. Disponible en: http://sid.usal.es/docs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf

BIBLIOGRAFIA

- Savio. I; Lucero. R; Fierro. A; Levi. S; Atchugarry. M; Casali. G; Rolando. D; Manual de Geriatria y Psicogeriatría. Tomo1. Montevideo. 2004 Ed. Oficina del libro FEFMUR.
- Ministerio de Desarrollo Social. Plan nacional de envejecimiento y vejez 2013-2015. Montevideo, octubre 2012.
- Ministerio de Salud Pública. Protocolos para el manejo en el Primer Nivel de Atencion de los Principales Síndromes Geriátricos. Uruguay. 2007.
- Índice de Barthel. Disponible en:
www.meiga.info/escalas/indicebarthel.pdf Fecha de ingreso: Noviembre 2013.
- Verdugo. M; Gómez Sánchez. L; Arias Martínez. B. Evaluación de la calidad de vida en mayores: La escala FUMAT. Salamanca. 2009. [citado Diciembre 2013]. Disponible en:
http://sid.usal.es/ids/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf
- Marín .P; Guzmán. J; Araya. A. Adultos Mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son?; (Rev. Méd v.132 n.7.) Chile. Jul. 2004. [citado Marzo 2014]. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872004000700007&script=sci_arttext
- Yanguas Lezaun. J. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Premio

IMERSO "Infanta Cristina" España. 2004. [citado marzo 2014].
Disponibile en:

http://bdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/mtas0227.dir/mtas0227.pdf

- Martínez. J; Acosta. H; Dussan. J; et al. Calidad de vida en ancianos institucionalizados de Pereira. Revista Colombiana de Psiquiatria. [Rev. En Internet] 40 (4). 2011. [citado Marzo 2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80622345007>
- Molina Sena. C; Meléndez Moral. J; Navarro Pardo. E. Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Revista Anales de psicología. [Rev. en internet] 24 (2). España. Dic. 2008. [citado Marzo 2014]. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v24/v24_2/14-24_2.pdf
- Castellanos Ruiz. J. Concepto de calidad de vida para el adulto mayor institucionalizado en el hospital geriátrico San Isidro de Manizales. 2002. [citado Marzo 2014]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/subida/Colombia/alianza-cindeumz/20130404070013/TJulialbaCastellanos.pdf>.
- Sarabia Cobo.C; Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. Rev. Medica Gerokomos [Rev. En Internet] 20 (4). Madrid, Dic. 2009. [citado marzo de 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005
- Centro latinoamericano y caribeño demografía (CELADE) – División de población de la CEPAL .Manual sobre indicadores de la calidad de vida

- en la vejez. Santiago de Chile, diciembre de 2006. [Citado Marzo de 2014]. Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/28240/W113_1.pdf
- Montanet Avendaño A; Bravo Cruz. C; Hernández Elías. E. La calidad de vida en los adultos mayores. Rev. Ciencias Médicas [Rev. En Internet]. 13 (1). Pinar del Río ene.-mar. 2009. [citado Marzo de 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156131942009000100001&script=sci_arttext
 - Cardona Arango. D; Estrada Restrepo. A; Segura Cardona. A; Chavarriaga Maya. L; et.al; La dependencia del adulto mayor institucionalizado es un asunto de calidad de vida. Medellín, 2008. Rev. CES Salud Pública [Rev. En Internet]. Ene – junio 2011; 2(1): 3-12 [citado Marzo 2014]. Disponible en: http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadNacionalSaludPublica/Diseno/archivos/Tab1/Tab/2011_La%20dependencia%20del%20adulto%20mayor.pdf
 - Corbo. A; Corrales. S; Galli. F; Saldivia. M. Descripción de la calidad de vida de los usuarios revascularizados coronarios que se asisten en la consulta externa de un hospital del subsector público en el período noviembre-diciembre de 2006. [Tesis en Internet]. Montevideo.2007. [citado Marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2007/FE-0229TG.pdf>
 - Dueñas González. D; Bayarre Vea. H; Triana Álvarez. E; et.al. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas.

Cuba. Dic. 2008 [Citado Marzo de 2014]. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol25_2_09/mqi02209.htm

- Paredes. M; Ciarniello.M; Brunet. N. Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano. Uruguay: setiembre de 2010. Editorial: Lucida Ediciones. [Citado Marzo 2014]. Disponible en:
http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/17_file1.pdf
- Berriel. F; Pérez Fernández. R; Rodríguez. S. Vejez y envejecimiento en Uruguay. Fundamentos diagnósticos para la acción; Montevideo, julio de 2011. [Citado marzo 2014] Disponible en:
<http://www.globalaging.org/health/world/2011/aging%20uruquay.pdf>
- González. F; Massad C; Lavanderos. F. Estudio nacional de la dependencia en las personas mayores. Chile. [Citado Marzo 2014]. Disponible en: http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf
- Matas,J ; Biotti , J; salud oral y calidad de vida en el adulto mayor; Chile; (citado en Abril 2014) Disponible en:
http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/biotti_2.htm
- Osorio, P; Torrejon ,M°; Anigstein, M°; Calidad de vida en personas mayores en Chile (Rev. Med n°24, pp 61-75)chile, mayo de 2011(citado abril 2014) Disponible en:
<http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/24/osorio03.pdf>

La Dirección General de Asesoría Jurídica y el Comité de la Universidad Autónoma de Campeche, respectivamente, en el Centro de Estudios Jurídicos y de Asesoría Legal de la Universidad Autónoma de Campeche.

Nombre del Autor	Dr. Juan Carlos Rodríguez Cordero
Nombre del Editor	Dr. Juan Carlos Rodríguez Cordero
Nombre del Editor de la Colección	Dr. Juan Carlos Rodríguez Cordero
Nombre del Editor de la Serie	Dr. Juan Carlos Rodríguez Cordero
Nombre del Editor de la Edición	Dr. Juan Carlos Rodríguez Cordero
Nombre del Editor de la Impresión	Dr. Juan Carlos Rodríguez Cordero

ANEXOS

ANEXO 1. RELACIONES
ANEXO 2. RELACIONES
ANEXO 3. RELACIONES
ANEXO 4. RELACIONES
ANEXO 5. RELACIONES

Nombre del Autor	Dr. Juan Carlos Rodríguez Cordero
Nombre del Editor	Dr. Juan Carlos Rodríguez Cordero
Nombre del Editor de la Colección	Dr. Juan Carlos Rodríguez Cordero
Nombre del Editor de la Serie	Dr. Juan Carlos Rodríguez Cordero
Nombre del Editor de la Edición	Dr. Juan Carlos Rodríguez Cordero
Nombre del Editor de la Impresión	Dr. Juan Carlos Rodríguez Cordero

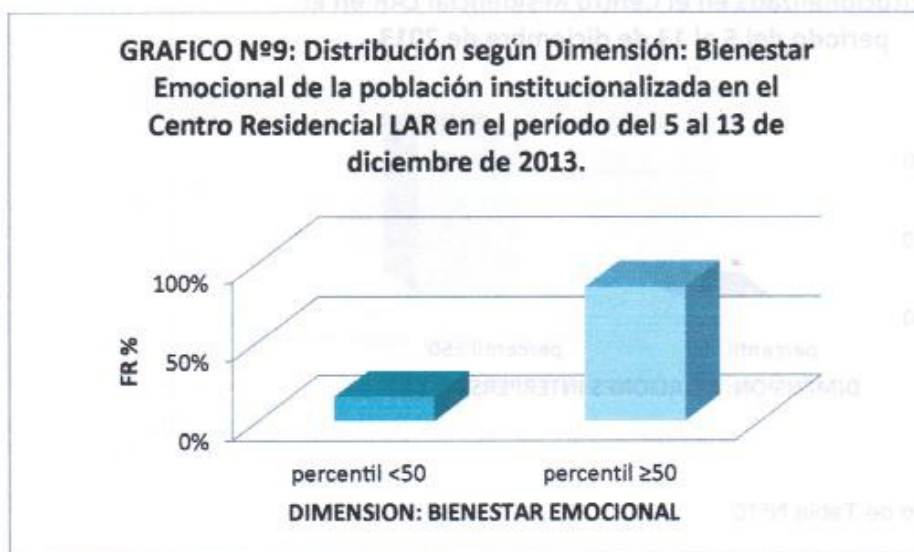
ANEXO 6. RELACIONES
ANEXO 7. RELACIONES
ANEXO 8. RELACIONES
ANEXO 9. RELACIONES
ANEXO 10. RELACIONES

ANEXO 1: Resultados.

Tabla N°9: Distribución según Dimensión: Bienestar Emocional de la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período del 5 al 13 de diciembre de 2013.

BIENESTAR EMOCIONAL	FA	FR%
percentil <50	2	15
percentil ≥50	11	85
TOTAL	13	100

Fuente: Escala de FUMAT aplicada a la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período comprendido del 5 al 13 de diciembre del 2013.



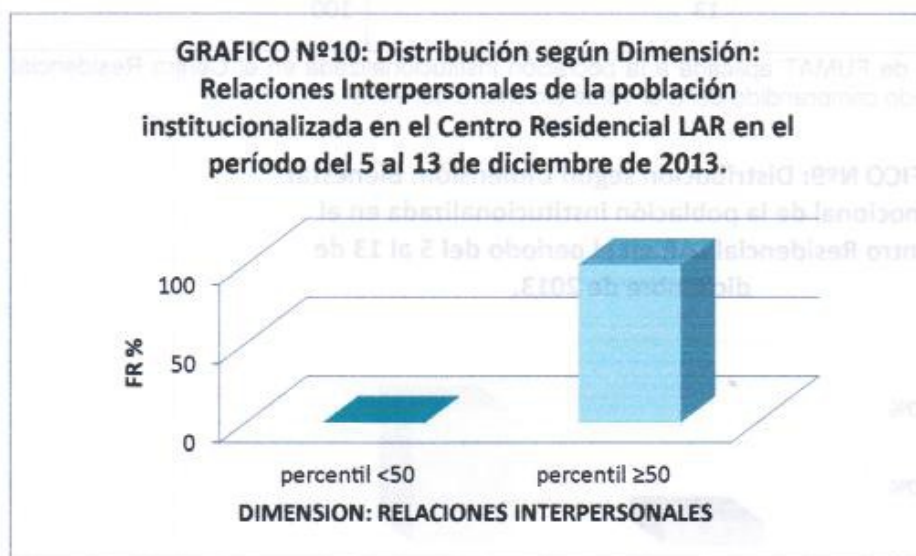
Fuente: Extraído de Tabla N°9.

Según el gráfico, se destaca que el 85% presenta un percentil ≥ 50 respecto a bienestar emocional.

Tabla N° 10: Distribución según Dimensión: Relaciones Interpersonales de la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período del 5 al 13 de diciembre de 2013.

RELACIONES INTERPERSONALES	FA	FR%
percentil <50	0	0
percentil ≥50	13	100
TOTAL	13	100

Fuente: Escala de FUMAT aplicada a la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período comprendido del 5 al 13 de diciembre del 2013.



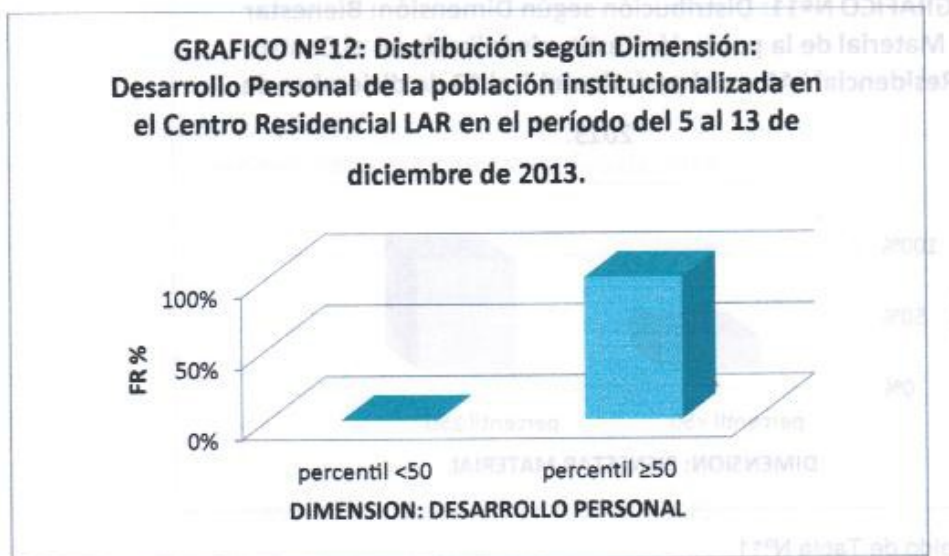
Fuente: Extraído de Tabla N°10.

Se destaca que el 100% presenta percentil ≥50 respecto a relaciones interpersonales.

Tabla N° 12: Distribución según Dimensión: Desarrollo Personal de la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período del 5 al 13 de diciembre de 2013.

DESARROLLO PERSONAL	FA	FR%
percentil <50	0	0
percentil ≥50	13	100
TOTAL	13	100

Fuente: Escala de FUMAT aplicada a la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período comprendido del 5 al 13 de diciembre del 2013.



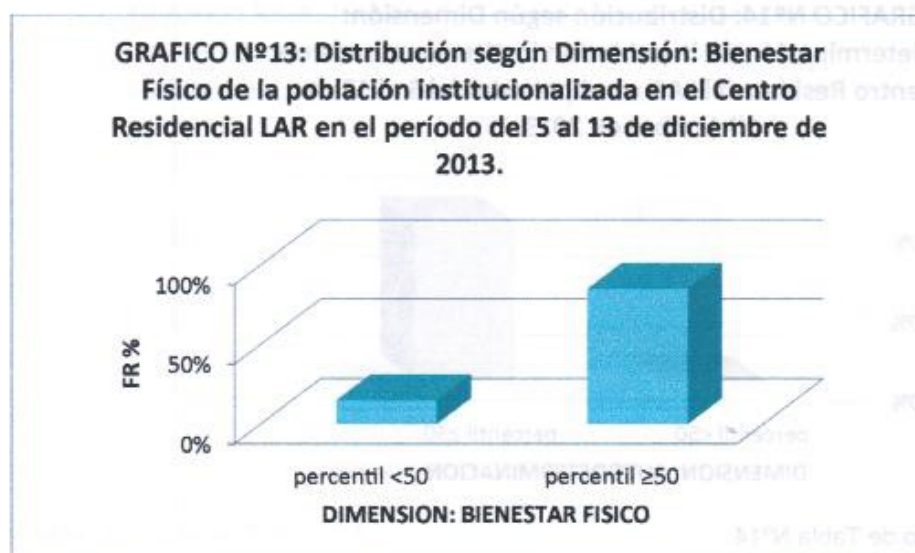
Fuente: Extraído de Tabla N°12.

Se destaca que el 100% presenta percentil ≥50 respecto a desarrollo personal.

Tabla N° 13: Distribución según Dimensión: Bienestar Físico de la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período del 5 al 13 de diciembre de 2013.

BIENESTAR FÍSICO	FA	FR%
percentil <50	2	15
percentil ≥50	11	85
TOTAL	13	100

Fuente: Escala de FUMAT aplicada a la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período comprendido del 5 al 13 de diciembre del 2013.



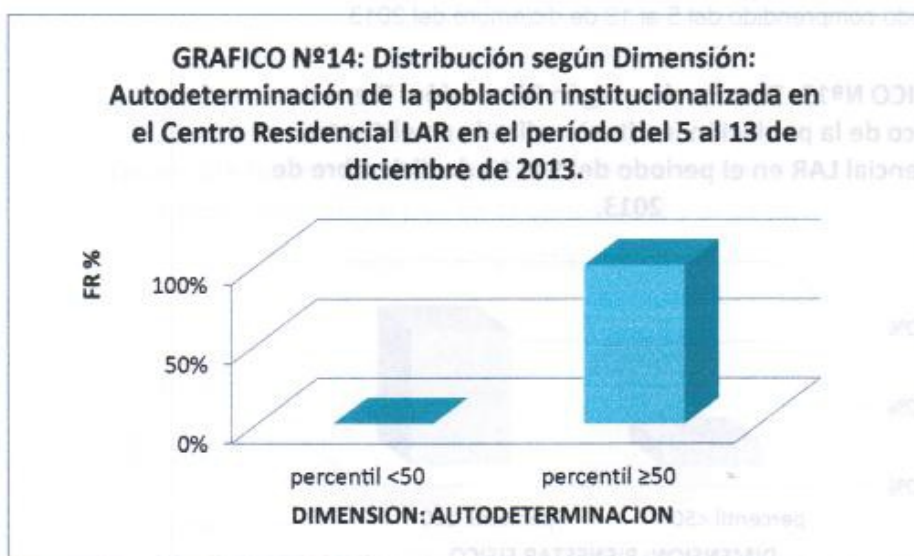
Fuente: Extraído de Tabla N°13.

Se destaca que el 85% presenta percentil ≥ 50 respecto a bienestar físico.

Tabla N° 14: Distribución según Dimensión: Autodeterminación de la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período del 5 al 13 de diciembre de 2013.

AUTODETERMINACIÓN	FA	FR%
percentil <50	0	0
percentil ≥50	13	100
TOTAL	13	100

Fuente: Escala de FUMAT aplicada a la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período comprendido del 5 al 13 de diciembre del 2013.



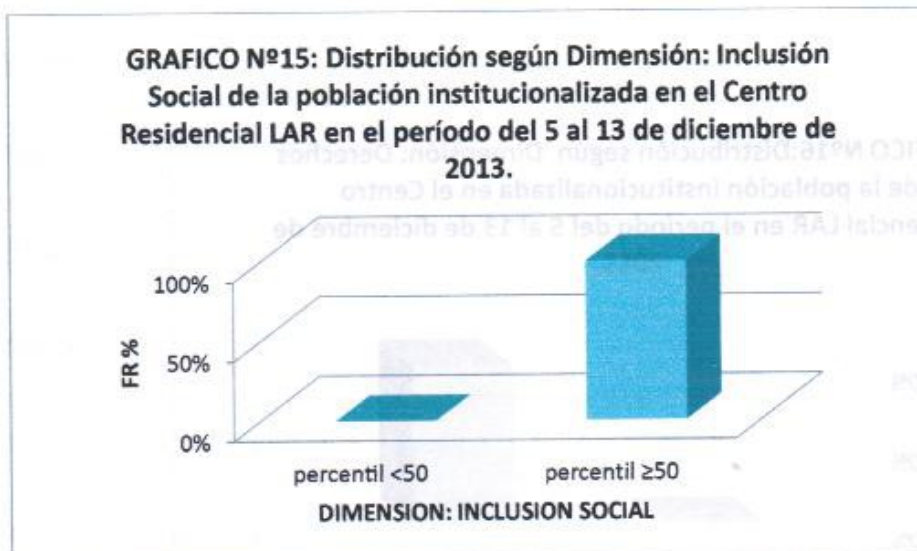
Fuente: Extraído de Tabla N°14.

Se destaca que el 100% presenta percentil ≥50 respecto a autodeterminación.

Tabla N° 15: Distribución según Dimensión: Inclusión Social de la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período del 5 al 13 de diciembre de 2013.

INCLUSIÓN SOCIAL	FA	FR%
percentil <50	0	0
percentil ≥50	13	100
TOTAL	13	100

Fuente: Escala de FUMAT aplicada a la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período comprendido del 5 al 13 de diciembre del 2013.



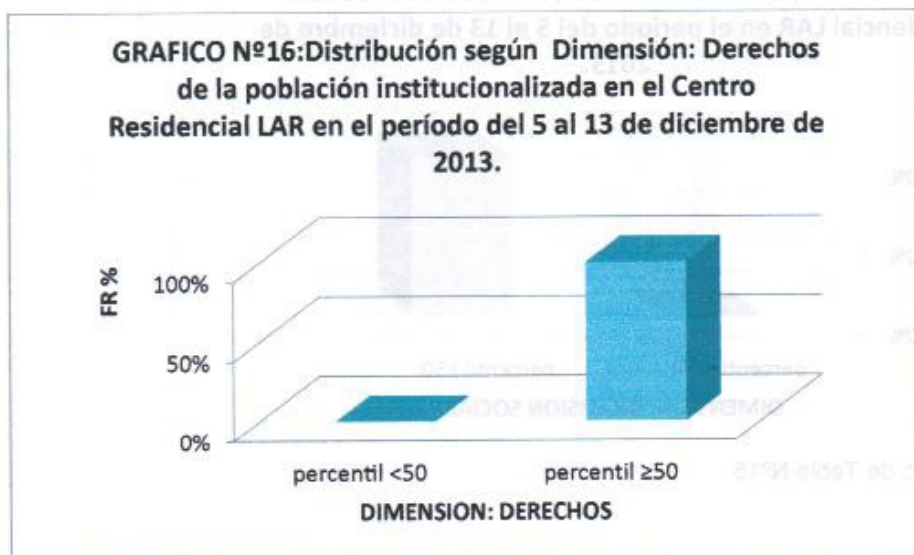
Fuente: Extraído de Tabla N°15.

Se destaca que el 100% presenta percentil ≥50 respecto a la inclusión social.

Tabla N° 16: Distribución según Dimensión: Derechos de la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período del 5 al 13 de diciembre de 2013.

DERECHOS	FA	FR%
percentil <50	0	0
percentil ≥50	13	100
TOTAL	13	100

Fuente: Escala de FUMAT aplicada a la población institucionalizada en el Centro Residencial LAR en el período comprendido del 5 al 13 de diciembre del 2013.



Fuente: Extraído de Tabla N°16.

Se destaca que el 100% presenta percentil ≥ 50 respecto a los derechos.

ANEXO 2



Formulario para la caracterización de la población

Fecha _____

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: ____

Fecha de Ingreso al "Centro Residencial LAR": _____

Antecedentes Personales:

Estado Civil: _____

Indice de Barthel: _____ puntos.

Escala de FUMAT: _____ puntos.

ANEXO 3**Indice de Barthel.**

INDICE DE BARTHEL		
Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse		

	limpia solo	
	- Dependiente	0
Trasladarse		
	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular		
	Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones		
	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para	5

	hacerlo	
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

ANEXO 4



CONSENTIMIENTO INFORMADO



2013

Somos un grupo de 5 estudiantes pertenecientes a la Facultad de Enfermería. Actualmente nos encontramos cursando el último año de la carrera Licenciatura en Enfermería y estamos realizando nuestro trabajo de investigación final. El mismo tiene como objetivo determinar el perfil de calidad de vida de los adultos mayores con un grado de dependencia leve institucionalizados en un centro residencial de Montevideo.

Por dicho motivo solicitamos su autorización para realizarle un cuestionario y seguimiento durante el período comprendido entre el 05/12/13 al 13/12/13.

Los datos obtenidos serán de suma importancia para la elaboración de nuestro trabajo de investigación, y los mismos se mantendrán en anonimato.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya agradecemos su participación.

N° DE CONTACTO DE LOS INVESTIGADORES:

Abelino, Gimena	09
Millán, Yessica	09
Vega, Noely	09
Waller, M° Eugenia	09
Yarzabal, Laura	09



Firma del usuario.

ANEXO 5

Escala Fumat

Normas de corrección e interpretación

➤ Puntuaciones directas

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

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

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

Siguiendo el ejemplo, como la puntuación directa de la dimensión Bienestar emocional es '21', anotamos este valor en la casilla correspondiente (puntuaciones directas totales) del cuadro 'Sección 1a. Escala de Calidad de Vida FUMAT' del resumen de puntuaciones.

Se procederá de modo similar con el resto de las dimensiones hasta completar la primera columna de dicho cuadro (Figura 17).

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

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

➤ PUNTUACIONES ESTÁNDAR Y PERCENTILES DE CADA DIMENSIÓN.

En el apéndice 2 se incluye la tabla de baremos, en ella se ha de localizar la puntuación estándar y el percentil correspondiente a la puntuación directa total de cada una de las dimensiones. Las puntuaciones estándar, como ya se ha señalado, establecen la posición relativa de una persona dentro de su muestra de tipificación, teniendo en cuenta que su media es 10 y su desviación típica es 3.

Los percentiles, por su parte, indican el porcentaje de personas que tienen una puntuación superior o inferior. Una vez localizada en la tabla (apéndice 1) la puntuación directa total, en la misma la de la primera columna encontrará la puntuación estándar normalizada y en la última columna el percentil correspondientes a esa puntuación directa. Es necesario anotar todos esos valores en las columnas correspondientes del cuadro 'sección 1a. Escala de

calidad de vida FUMAT' (Figura 18). Tanto en el caso de las puntuaciones estándar como en el de los percentiles, las puntuaciones altas denotan una mayor calidad de vida.

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

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

➤ ÍNDICE DE CALIDAD VIDA Y PERCENTIL DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

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

Para obtener el Índice de Calidad de Vida primero se han de sumar las puntuaciones estándar de las ocho dimensiones y anotar el resultado en la casilla 'Puntuación Estándar TOTAL (suma)' del cuadernillo de anotación (Figura 19). Este valor se convierte en el 'Índice de Calidad de Vida' (o

puntuación estándar compuesta) mediante la tabla que se incluye en el Apéndice 3. En dicha tabla deberá localizar la puntuación estándar total; en la misma la, en las dos columnas de la derecha, encontrará el Índice de Calidad de Vida y su percentil.

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

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

➤ PERFIL DE CALIDAD DE VIDA

El Perfil de Calidad de Vida que se encuentra en la última página del cuadernillo de anotación, proporciona una representación gráfica de las puntuaciones estándar obtenidas por el individuo en las dimensiones de calidad de vida, con su correspondiente percentil (Figura 20). Además representa el

Índice de Calidad de Vida, también con su correspondiente percentil. Para obtener el Perfil de Calidad de vida, debe rodear la puntuación estándar obtenida en cada dimensión de calidad de vida y unir las mediante una línea. A través de este perfil el evaluador podrá obtener una representación visual

inmediata de las dimensiones de calidad de vida, discriminando de un modo sencillo cuáles son las áreas en las que el individuo obtiene una puntuación más baja y podrían ser, por tanto, objeto de planes de apoyo para la mejora de su calidad de vida. Del mismo modo, discriminará fácilmente las dimensiones de calidad de vida en las que la persona ha obtenido mejores puntuaciones.

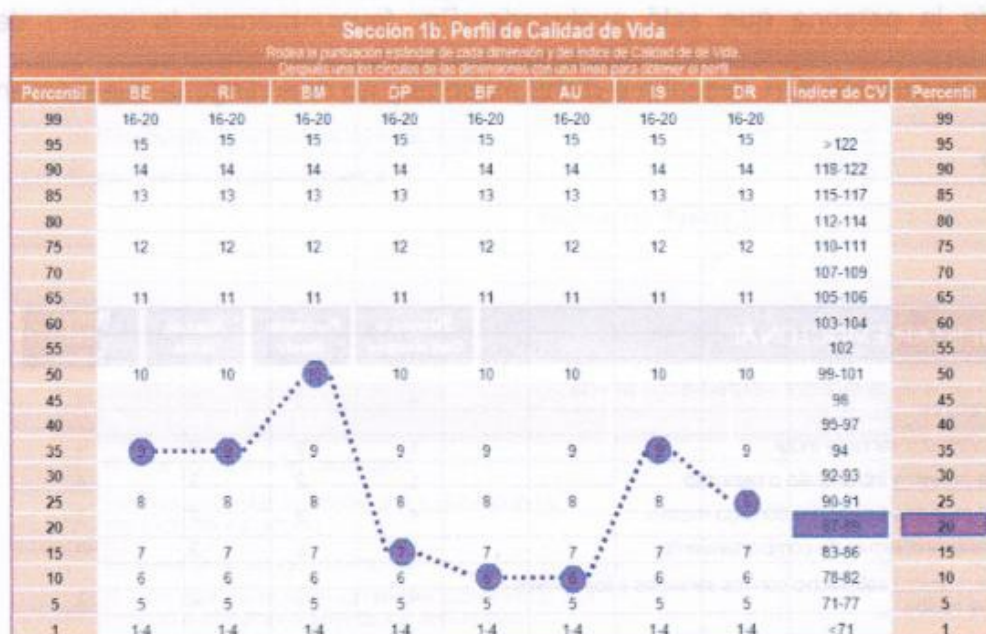


Figura 20. Perfil de Calidad de Vida de la Escala FUMAT

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

el contrario, la puntuación permanece o disminuye, será recomendable revisar el plan de apoyo.

ESCALA DE FUMAT

Instrucciones:

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

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

Puntuación directa TOTAL

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

Puntuación directa TOTAL

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

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

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

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

Puntuación directa TOTAL

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

Puntuación directa TOTAL

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

Puntuación directa TOTAL

Resumen

ANEXO 2 BAREMOS

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

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

Apéndice 2: BAREMOS

Puntuaciones directas

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

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

Apéndice 3 INDICE DE CALIDAD DE VIDA.

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

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

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

ANEXO 6

Entrevista a autoridades del "Centro Residencial Lar"

- ¿Cuándo asumió el cargo en la institución?

Hace 4 años, cuando se abrió el centro.

- ¿Qué servicios brinda el "Centro Residencial LAR"?

De alojamiento y rehabilitación, y dentro de cada uno de ellos se incluyen diferentes servicios. Cuatro comidas diarias, lavandería, cuidados de confort y asistencia diaria, asistencia a demanda, realización de actividades, fisioterapia, gimnasia, yoga, terapia ocupacional. Peluquería, podóloga.

- ¿Cuenta con un equipo interdisciplinario? si ¿Quiénes forman parte de él?

Médicos, enfermeros, técnicos en farmacia, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, educador social, profesores de gimnasia, de yoga. Psicólogo, en casos puntuales, donde sea necesario se convoca a nutricionista,

- ¿Con cuántos RRHH cuenta el centro?

115 aproximadamente.

- ¿Se debe tener algún requisito para poder ingresar? Si. ¿Cuáles? Tener 65 años o más, no ser paciente terminal
- ¿Cuántos pacientes tienen hoy en día en las instalaciones?

Alrededor de 70, de los cuales el 70% son mujeres.

Anexo 7

Carta de Autorización.

Universidad de la Republica
Facultad de Enfermeria
Cátedra de Salud del Adulto y Anciano



Universidad de la Republica
República
Uruguay



Montevideo, noviembre 2013

A quien corresponda:

Somos un grupo de 5 estudiantes de la Facultad de Enfermeria de la UdelaR, nos dirigimos a Ud/s ya que nos encontramos realizando el trabajo final de investigación (tesis) y hemos elegido la orientación hacia la Cátedra de Salud adultos y ancianos. Nuestro tema de interés es observar el perfil de calidad de vida en los adultos mayores institucionalizados; cuyo objetivo es determinar el perfil de calidad de vida de los adultos mayores con un grado de dependencia leve institucionalizados en un centro residencial de Montevideo, en el período comprendido entre el 05/12/13 al 13/12/13. La observación será solo un corto tiempo.

Como expresamos anteriormente hacia la población que apuntamos, consideramos que el "Centro Residencial LAR" posee las características necesarias para conformar la muestra de estudio. Por ello solicitamos la correspondiente autorización para poder concurrir a vuestro centro a trabajar con los pacientes.

Nuestros nombres son: Gimena Abelino, Yessica Millán, Noely Vega, M° Eugenia Waller y Laura Yarzabal. Estamos bajo tutoría de la Lic en Enf. Mg: Miriam Costabel. Directora de la CATEDRA

Desde ya muchas gracias.

Autoriza:

Prof. Mg. Miriam Costabel

Anexo 8

Carta de solicitud a tribunal.



Universidad
de la
República

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA.
FACULTAD DE ENFERMERÍA.
CÁTEDRA DE ADULTO Y ANCIANO.



Montevideo, 24 de abril de 2014

Departamento de Educación

Prof. Mg. en Educación Fany Rocha

Por intermedio de la presente, nos dirigimos a Uds. para solicitar conformación de Tribunal de Defensa para Trabajo Final de Investigación.

El mismo fue desarrollado en la Cátedra de Salud del Adulto y Anciano, siendo tutora Prof. Mg. Lic. en Enf. Miriam Costabel.

El título del estudio es "Perfil de calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en un centro residencial".

Queremos dejar expresa nuestra denuncia a los 10 días hábiles con los que se cuenta por reglamento para fijar fecha de defensa.

Sin otro particular le saludan cordialmente.

Abelino, Gimena

CI:

Millán, Yessica

CI:

Vega, Noely

CI:

Waller, M^a Eugenia

CI:

Yarzabal, Laura

CI: