

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Terapia Ocupacional

2004

Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados

Auzmendia, Ana Laura

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/706>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

**TERAPIA OCUPACIONAL.
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA
DE LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA.

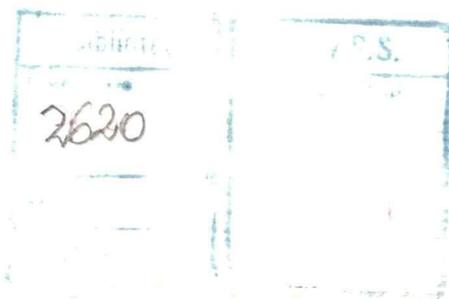
**TESIS PRESENTADA EN LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL**

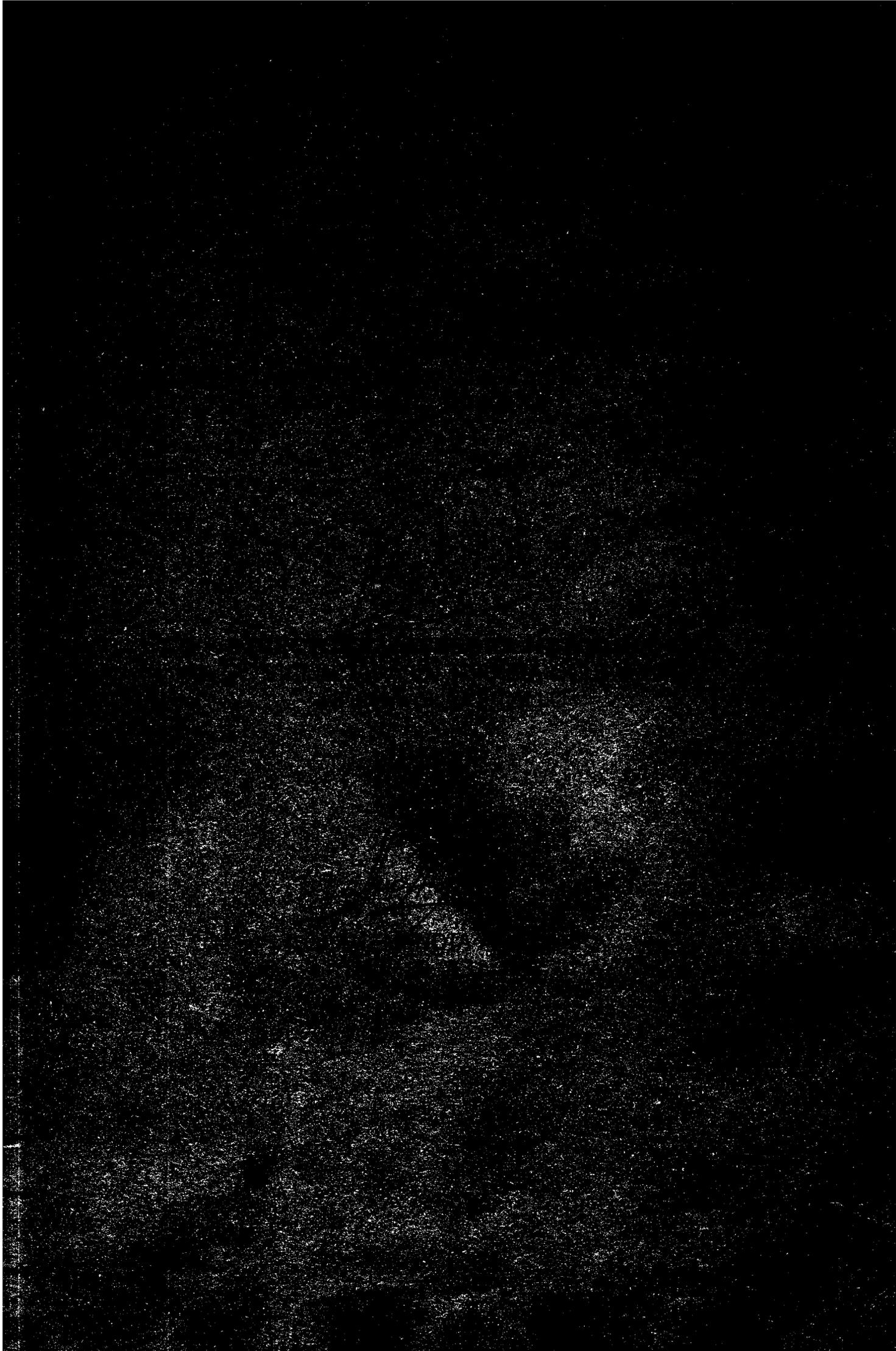
**PARA OPTAR AL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL.**

Por:

T.O. ANA LAURA AUZMENDIA.

**MAR DEL PLATA. BUENOS AIRES. ARGENTINA
AÑO 2004.**





INDICE.

	Página
PORTADA.	I
DIRECCIÓN.	II
ÍNDICE.	III
AGRADECIMIENTOS.	VI
1. INTRODUCCIÓN.	1
2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.	5
3. ASPECTOS del MARCO TEÓRICO.	
➤ Capítulo I: Vejez e Institucionalización.	14
➤ Capítulo II: Calidad de Vida.	18
➤ Capítulo III: Modelo de Performance Estilo de Vida.	23
4. ASPECTOS METODOLÓGICOS.	
➤ Tema.	28
➤ Problema.	28
➤ Objetivos: Generales y Específicos.	28
➤ Diseño y Tipo de Estudio.	29
➤ Definiciones de Variables: de Estudio e Intervinientes.	30
➤ Dimensionamiento	43
➤ Población y Muestra.	44
➤ Método de Selección de la Muestra.	44
➤ Criterio de Selección de la Muestra.	44
➤ Técnicas de Recolección de Datos.	45
➤ Técnicas de Medición.	46
➤ Análisis de los Datos	48
5. RESULTADOS	
▪ Atributos de la Muestra.	49
▪ Percepción de Calidad de Vida.	54
▪ Dominio I Capacidad Física.	55
▪ Dominio II Psicológico.	57

▪ Dominio III Nivel de Independencia.	59
▪ Dominio IV Relaciones Sociales.	61
▪ Dominio V Medio Ambiente.	63
▪ Dominio VI Espiritualidad Creencias Personales.	65
▪ Calidad de Vida Global y Percepción General de Salud.	67
▪ Dominios, Perfil de Calidad de Vida Global y Percepción General de Salud	69
▪ Interpretación y Conclusiones	71
6. BIBLIOGRAFÍA GENERAL.	75
7. ANEXO I.	
➤ Tablas.	78
➤ Instrumento.	87
8. ANEXO II	102
➤ Derechos de los Instrumentos WHOQOL-100.	103
➤ Nota de Autorización, Permiso y Utilización de los Instrumentos WHOQOL - 100 y WHOQOL BREF. OMS	104
➤ Nota de Autorización de las Instituciones	105
➤ Fundación Fundonar	106

A la memoria de Ana Irurzun, mi mamá...

Y a mi padre, Héctor.

AGRADECIMIENTOS

Han sido muchas las personas que han colaborado para el desarrollo de este trabajo a las cuales quiero reconocer.

- A mi Directora Susana Cabrera y Co-Directora y Asesora Metodológica Norma Gordillo, amigas, colegas y hermanas de la vida, quienes han confiado plenamente en mí y con mucha paciencia me han acompañado, alentado, orientado y apuntalado en todo momento intelectual y emocionalmente.
- A Nene Ubeda quién desinteresadamente y con gran calidez humana y paciencia ayudo y oriento a comprender el análisis estadístico.
- A los Adultos Mayores quienes en todo momento colaboraron en esta investigación alentando y acompañando hasta la finalización de la misma en especial a Haydeé, Mirta, Mary y Amanda
- A los responsables de las Instituciones mencionadas en esta investigación Dr. Khaski Osvaldo y Susana, Dra. Nelly Arraya e hijos.
- A Cesar Regidor, Sara y Milagros por su acompañamiento.
- Un agradecimiento especial para Tey y para todos los colegas, amigos y alumnos que de alguna manera alentaron la realización de este trabajo.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El objeto de estudio de la presente investigación es conocer la **Calidad de Vida Global y Percepción de Salud** de los Adultos Mayores institucionalizados.

La Terapia Ocupacional enfatizó la **Calidad de Vida** mucho antes que la expresión fuera de uso corriente en el discurso popular, centrando su interés en la relación entre conducta y salud, entendiendo al estilo de vida como parte integrada de la salud y el bienestar, promoviendo a este último a través de la educación y el apoyo a los estilos de vida que ofrecen la actividad, nutrición, descanso, cambio y realización personal que las personas necesitan para estar sanas.¹

A través de los años la profesión se ha desarrollado en distintas áreas, entre ellas una de las de mayor inserción laboral para los Terapistas Ocupacionales ha sido la gerontología, en Residencias, Hogares e Institutos Geriátricos; área que estudia el proceso de envejecimiento en su más amplio sentido.

La permanencia de las personas en estas instituciones, hace presuponer una modificación en la Calidad de Vida como consecuencia del cambio de hábitat, vínculos, dinámica institucional y pérdida de roles entre otros, de los que formaban parte de su cotidianeidad; información esta que el Terapeuta Ocupacional necesita conocer para planificar los objetivos de tratamiento específicos para aquellas personas que lo necesiten, independientemente de los objetivos gerontológicos que conforman el común de los protocolos de abordaje en estas instituciones.

¹ CHARLES CHIRSTIANSEN., *Gerenciamiento: oportunidades y cambios para la Terapia Ocupacional en los sistemas emergentes del siglo XXI.*, AJOT. Junio 1996.

La decisión de internar a un Adulto Mayor se debe a múltiples factores tales como:

- Imposibilidad del grupo familiar de atender a las personas mayores debido a la situación socioeconómica, lo que conlleva a la ausencia de estos en el hogar durante gran parte del día, por lograr el sustento económico básico.
- La imposibilidad en el manejo y cuidado del adulto que presenta deterioro cognitivo y/o físico.
- Por déficit habitacional en su familia de origen como hacinamiento, etc..
- Por decisión médica en aquellos adultos con deterioro cognitivo y/o físico sin núcleo familiar o indigentes.
- Por traslado de la persona sin déficit cognitivo y/o físico, pero en situación de abandono familiar y/o indigencia.
- Otra de las causas no dependiente de las antes descritas es por decisión propia del adulto mayor.

Como consecuencia de las decisiones mencionadas anteriormente, surge en el adulto mayor una situación conflictiva, que sin su aprobación llega a la institucionalización y lo que es peor no existe una explicación o preparación para esto; ni tampoco en la mayoría de los casos la posibilidad de elección del lugar. Los familiares toman la decisión a veces instrumentando el mecanismo del engaño, esta determinación genera en ellos, un sentimiento de culpa y de abandono. Si bien es una elección difícil para el grupo familiar, lo es mucho más aún para el adulto mayor, quién deberá ajustarse a una rutina, a normas establecidas, y a un espacio físico compartido con pares desconocidos.

Frente a esta situación se toma como referencia el "Modelo de Performance Estilo de Vida"², basado en la interrelación de la persona, el

² GAIL S. FIDLER., *La Performance Estilo de Vida. Desde un modelo conceptual. AJOT. Volume 50., Number2., Págs. 139-147. February, 1996.*

ambiente, el perfil de actividad y la calidad de vida. Esta dinámica interrelación es una manera de hacer posible la planificación e implementación de intervenciones que permitan establecer las motivaciones internas, que persiguen desarrollar un estilo de vida óptimo satisfactorio y significativo para él mismo y los otros. Este perfil enuncia que el estilo de vida mantiene la salud y facilita la satisfacción de la misma; desarrollando una configuración de patrones de actividades donde "el hacer" insinúa un estar ocupado, esto emerge de un continuo interjuego de las necesidades, deseos, capacidades intrínsecas y singulares expectativas del ambiente. (Fidler y Fidler, 1978,1983). Y sobre todo el sentido de satisfacción y bienestar depende en suma de los beneficios positivos derivados de tales interjuegos.

El sentido de satisfacción y bienestar resulta de la armonía, o balance del estilo de vida, que emerge de las experiencias activas de la persona, de las expresiones de gratificación emocional, de la realización personal, la contribución social, y de las respuestas positivas desde el significado de los otros como miembro de un grupo o grupos.

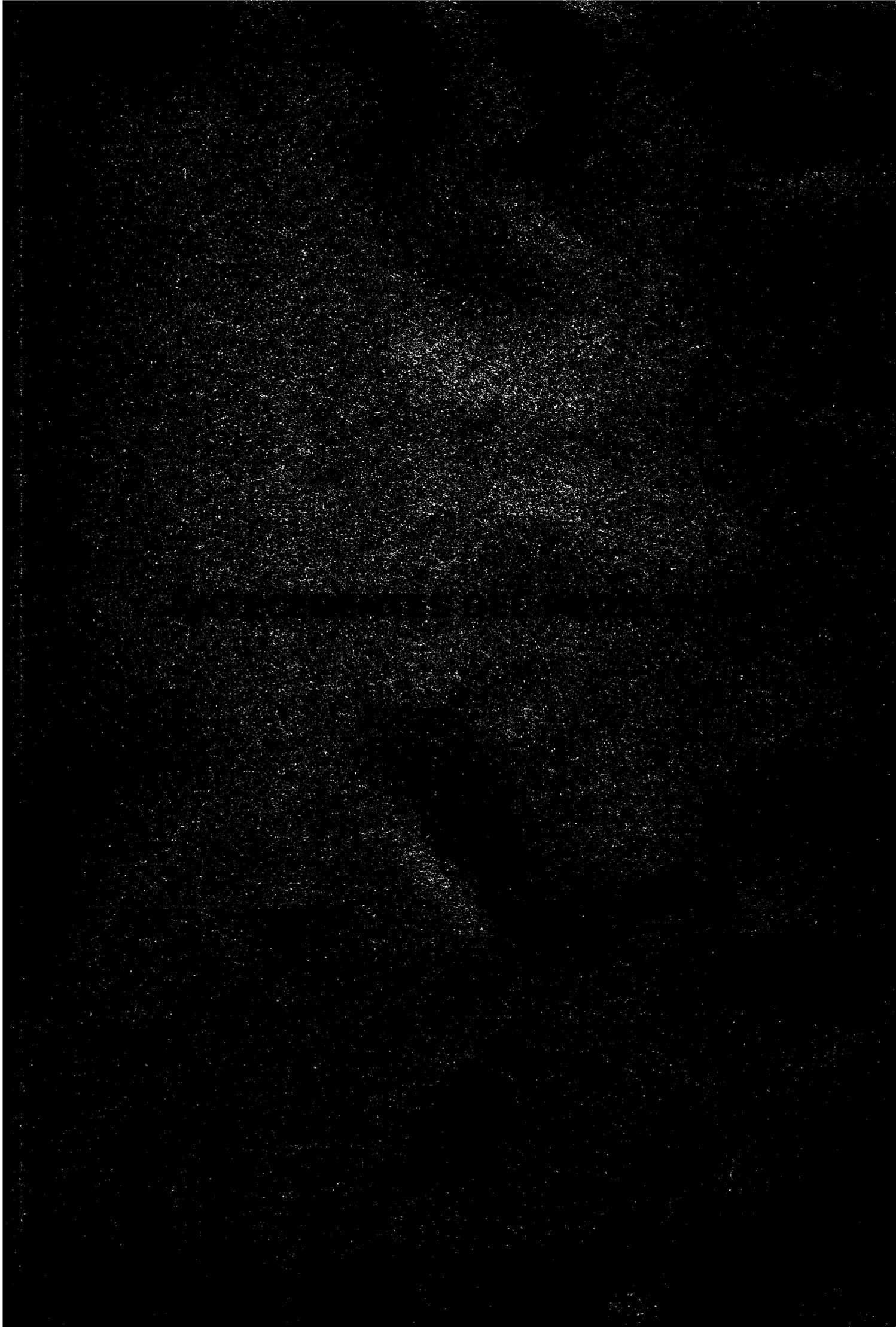
El desarrollo y mantenimiento de un repertorio de patrones de actividad que permita y soporte tales experiencias son esenciales a la calidad de vida de una persona.

Forman la estructura de este modelo cuatro Dominios que son los que han sido encontrados en una recopilación de ocupaciones y actividades y componen los patrones de la vida diaria. Estos son:

- ❖ Dominio del propio cuidado y mantenimiento propio.
- ❖ Dominio de gratificación intrínseca
- ❖ Dominio de contribución social
- ❖ Dominio de compromiso interpersonal

Estos dominios no son entidades independientes, sino partes del estilo de vida que se interrelacionan y conforman la Calidad de Vida.

Despertó la inquietud de evaluar la *Calidad de Vida global y Percepción de la Salud* en los Adultos Mayores Institucionalizados, el estudiar el *Modelo de Performance Estilo de Vida (MPEV)*, y el encontrar y conocer el *Instrumento WHOQOL*, creado por la OMS, que permite una evaluación más detallada de esta y tiene correlación con el *Modelo MPEV*, que al igual que Fidler y Fidler, habla de dominios que en este instrumento son 6 no cuatro como los ya mencionados, cada uno de estos comprende Facetas o áreas específicas que resumen cada dominio en particular, (Capacidad Física, Psicológico, Nivel de Independencia, Relaciones Sociales, Medio Ambiente y Espiritualidad/ Creencias Personales). El WHOQOL no sólo se refiere a una evaluación externa de un observador como lo es el Terapeuta Ocupacional, sino también a la percepción de la persona acerca de cómo ese desorden (institucionalización) afecta su nivel de funcionamiento, emotividad, su actividad social y todos los aspectos que conforman su vida y las circunstancias en las que se desenvuelve. Este bienestar subjetivamente percibido que se resume en el concepto de calidad de vida, constituye la preocupación total del paciente, y de sus familiares, y debería serlo también de los profesionales encargados de cuidar su salud.



ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Al realizar el rastreo bibliográfico a través de Medline sobre la temática Calidad de Vida, Institucionalización, Residencias Geriátricas se considera interesante mencionar lo siguiente.

- ❖ Lic. Belkis Soria Bell., Dra. Angela Rodriguez Saif. "Análisis de los aspectos Psicológicos y Sociales más relevantes en Ancianos Institucionalizados" Año 2002.

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo, con el objetivo de identificar algunas características psicológicas y sociales en ancianos institucionalizados en el Hogar de ancianos "América Labadí Arce" de Santiago de Cuba, durante los meses de septiembre a noviembre de 1999. El número estuvo constituido por 148 ancianos de vida interna y la muestra estuvo conformada por 100 ancianos escogidos por no presentar impedimentos mentales, donde predominó el sexo masculino y el grupo de edades de 70-79 años. La principal causa que motivó el ingreso fue el vivir solo, seguida de la mala atención filial y la no tenencia de familias. La preocupación por su salud fue la manifestación Psicológica que más se destacó. El mayor número de ancianos consideró a la institución como su verdadero hogar, y fue mayoritario el número de ancianos adaptados a la institución.

- ❖ Lic Melba Cintra Vega., Lic. Belkis Soria Bell. "Grado de satisfacción de los residentes del Hogar de ancianos América Labadí Arce". 2002.

Dada la importancia social de la población geriátrica y su progresivo aumento, se consideró realizar un estudio descriptivo y prospectivo, con el objetivo de explorar el grado de satisfacción de los residentes del Hogar de Ancianos América Labadí Arce durante los meses de enero a septiembre del año 1999. Se utilizó el método estadístico porcentual. Se aplicó la técnica de

encuesta. Prevalció el sexo femenino y el régimen de vida interna, así como el grupo de edades de 60 a 65 años. Las actividades hogareñas estuvieron altamente representadas; además hubo un elevado grado de satisfacción por parte de los albergados.

- ❖ Arbinaga Ibarzábal Félix. "Personas Mayores institucionalizadas versus no institucionalizadas: aspectos diferenciales en ansiedad ante la muerte, depresión y satisfacción con la vida". 2003.

Este trabajo presenta los resultados obtenidos en dos grupos de mayores de 60 años, uno de internos en Residencias (n=60) y el otro formados por usuarios de los Centros de Día (n=65) en la Provincia de Huelva (España). Se ha evaluado la depresión, mediante la escala Criba Geriátrica para la depresión Yesavage (GDS), mostrando que un 20% reflejaría un nivel de depresión instaurada, con una puntuación media de 9,7 +/- 5,76, y siendo los sujetos internos los que mayores valores obtendrían. Por su parte, se ha evaluado la satisfacción con la vida, mediante el inventario de satisfacción con la vida de Bigot, y se ha podido constatar una media de 16,8 +/- 3,63 puntos, donde los usuarios de los Centros de Día indicaban una mayor satisfacción. Por último, la ansiedad ante la muerte, evaluada mediante la escala de ansiedad ante la muerte de Templer (DAS), ha dejado una media de 6,9 +/- 3,29 puntos, no indicándose diferencias entre los grupos.

- ❖ Pecker P., Perez Guzzi D., Portaluppi G. "Un enfoque preventivo de Terapia Ocupacional en Gerontología". Tesis de Grado Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1992.

En el capítulo de Institucionalización definen a los Establecimientos Geriátricos según Ordenanza 4751 del Partido de General Pueyrredón del año 1980, "los establecimientos donde, como actividad exclusiva se

presta alojamiento, comida y asistencia en forma permanente a más de cuatro personas ancianas" (pág. 68), También las autoras mencionan cuales son los requerimientos de habilitación, condiciones mínimas y categorización de acuerdo a la modalidad de pacientes que residen (Dependientes- Independientes)

Actualmente la categorización, según el listado de Establecimientos habilitados obtenido en la Dirección del Área de Tercera Edad, Municipalidad del Partido de General Pueyrredón se clasifican en autoválidos, todo tipo y mujeres.

Es opinión en el presente trabajo que estos requerimientos de habilitación, condiciones mínimas y categorización de los establecimientos no se cumplen en su totalidad en la práctica diaria y por consiguiente esto se ve reflejado negativamente en la calidad de vida de los adultos.

- ❖ Cuello Otero Ma. V., Dominguez Ma. S., Tornabene M. "Condiciones Ambientales y Geriátrica desde Terapia Ocupacional". Tesis de Grado Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Octubre 1997.

En este trabajo se evaluó el conocimiento que los Terapistas Ocupacionales poseen acerca de las condiciones ambientales y la importancia de las mismas en la planificación de los tratamientos para la autonomía funcional del geronte. Concluyen que el abordaje de T.O. en éste área contempla mínimamente el ambiente "las instituciones geriátricas se le otorga escasa importancia a las condiciones ambientales como medio para favorecer la calidad de vida del anciano". (pág.89)

- ❖ Arnes A., Laurito A. "Estilo de Vida y Enfermedades Cardiovasculares". Tesis de Grado Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de

Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Agosto 1998.

Las Tesistas incorporan el concepto de Charles Christiansen de Estilo de Vida, el cual refiere que "la Terapia Ocupacional nace del interés por la relación entre conducta y salud, y desde sus inicios enfatizan la calidad de vida, entendiendo al estilo de vida como parte integrada de la salud y bienestar". (pág.37)

- ❖ Boiffier Ma. N. "Análisis de las Oportunidades que brinda el Ambiente Institucional Geriátrico desde Terapia Ocupacional". Tesis de Grado Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1999.

Desglosa las características demográficas de la población añosa en Mar del Plata. Y menciona que "el envejecimiento poblacional es un proceso global que afecta a las comunidades en general transformándolas en enclaves gerónticos, es decir, en espacios donde la relación entre la población añosa supera el límite del 7% de la población total, tal es el caso de las ciudades de Buenos Aires y Mar del Plata" (pág.18)³

- ❖ Lopizzo G., Rodríguez N. "Calidad de Vida en Pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico y Artritis Reumatoidea". Tesis de Grado Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. 2002.

Las autoras mencionan el término Calidad de Vida como "un concepto subjetivo y multidimensional. Es subjetivo porque va a depender de cada individuo en particular en relación a su proceso de maduración y socialización, expectativas y logros. De esta forma cada sujeto configura su propio estilo de vida, entendiendo que las condiciones son

³ Lic. GOLPE, L., *Antropología de la Vejez. Implicancias del Envejecimiento Poblacional en la Argentina*. Trabajo presentado en el I Simposio Argentino de T.O. en gerontología. Módulo de Resúmenes. Mar del Plata. 1999.

diferentes de un individuo a otro. La percepción de la calidad de vida va cambiando a través del tiempo, ya que las personas modifican sus aspiraciones y valores adaptándolas a las circunstancias. En cuanto a lo multidimensional, está constituida por las áreas física, mental, sociocultural y espiritual". (pág. 54 -55)

- ❖ OMS - Artículos de Calidad de Vida con la utilización del instrumento WHOQOL en Argentina.

Desarrollo de la versión WHOQOL-100 en Argentina⁴ El propósito fue describir la metodología usada por la OMS para evaluar a través de un instrumento WHOQOL-100 la calidad de vida. Esta versión para ser usada en la Argentina consistió en un reporte o informe preliminar y análisis de sus propiedades psicométricas.

Material y métodos: como parte del desarrollo de trabajo sobre WHOQOL, se adaptó la versión de Panamá y Barcelona en español para la Argentina. Unas pocas palabras fueron modificadas para hacer más fácil la comprensión para los entrevistados o respondientes. También se administró una lista de descriptores a una muestra de 20 personas, construyendo el puntaje para cada descriptor usando una escala análoga visual. La versión argentina de WHOQOL-100 fue administrada a una muestra randomizada, estratificada por nivel socioeconómico, de 240 personas saludables (mujeres=126; hombre=114) a lo largo de la provincia de Buenos Aires. Las características sociodemográficas obtenidas para cada entrevistado incluye edad, sexo, ingreso y nivel educacional. Simultáneamente el instrumento fue administrado a 3

⁴ BONICATTO, S. Desarrollo de la versión WHOQOL-100 en Argentina. Fundación FUNDONAR. La Plata. Argentina. 1998.

grupos de pacientes con diferentes condiciones médicas: Hipertensos (n=50), Cáncer de mama (n=44) y dolor lumbar (n=87). El cuestionario fue tomado a los respondientes por entrevistadores entrenados, quienes explicaron las instrucciones de una manera breve y fácil y permanecieron accesibles para los entrevistados para responder alguna pregunta en relación al test. Sólo 13 participantes se rehusaron participar en el estudio y los entrevistados no demostraron serias dificultades en comprender el significado de los ítems.

Resultados: 1.- Confiabilidad: Fue fijada a través de la consistencia interna de la medición de las dimensiones y también la consistencia de las respuestas a las preguntas. Se utilizó el coeficiente de Alpha Cronbach, que mide la extensión en la cual preguntas similares producen respuestas consistentes; este coeficiente es una función del número de ítem y su covarianza dentro de una construcción particular; esta fue de .87 para la escala total. El Alpha Cronbach_ para cada dominio fue alta excepto para el dominio medio ambiente (.44). La correlación de los ítems totales indicó que la mayor parte de los ítems tiene buena correlación y están relacionados con los constructos fundamentales, así como las correlaciones de las facetas y de los dominios.

2.- Validación: Para medir la validez se comparó el significado de los puntajes de la muestra comunitaria y los 3 grupos de pacientes, bajo la hipótesis que los pacientes deberían tener puntajes bajos en casi todas las dimensiones. Esta fue confirmada y con una diferencia estadísticamente significativa para los dominios Físico, Psicológico, Nivel de independencia, Relaciones sociales y Espiritualidad en pacientes con Cáncer de mama, cuando los puntajes fueron comparados con las personas saludables (nivel alpha: 0,5- U Mann Whitney). También se hipotetizó que las personas con menor ingreso y nivel educacional

debería tener más bajos scores; y esto fue confirmado por el análisis de los datos con excepción del dominio espiritualidad/nivel educacional; las diferencias fueron estadísticamente significativas (nivel alpha: 0,5 - ANOVA/One way).

Conclusión: El WHOQOL - 100 es un instrumento en desarrollo, pero el análisis preliminar demuestra que es fácil de comprender y altos niveles de confiabilidad. El instrumento es capaz de encontrar diferencias en medio de diferentes condiciones médicas y niveles de ingreso y educacional, como se esperaba. Este desarrollo fue hecho como parte del trabajo de grupo WHOQOL coordinado por la OMS, Génova.

Otro estudio es la "Evaluación de calidad de vida en pacientes con depresión mayor: predictibilidad de los niveles de severidad".⁵ El objetivo de este estudio fue valorar la Calidad de Vida de un grupo (n=66) de pacientes con diferentes niveles de depresión mayor medida con el Beck Depression Inventory (BDI), y analizar la posibilidad de predecir el grado de severidad del trastorno por medio de los puntajes de CV obtenidos. Entre marzo de 1998 y marzo de 1999, se administró simultáneamente el WHOQOL - BREF y el BDI a un grupo de pacientes (n=67) que concurren en forma voluntaria a los consultorios externos de un centro privado de asistencia psiquiátrica ambulatoria, en La Plata, Provincia de Buenos Aires. La CV fue evaluada con WHOQOL-BREF, forma abreviada del WHOQOL-100, un instrumento genérico transcultural desarrollado simultáneamente en 18 países por la OMS. Los resultados muestran que la repercusión de la depresión sobre la CV está correlacionada con la gravedad del episodio: los pacientes con

⁵ BONICATTO, S. Y cols., Evaluación de calidad de vida en pacientes con depresión mayor: predictibilidad de los niveles de severidad. Revista Acta Psiquiátrica Psicológica de América latina., 46(4):318-324. Año 2000.

puntajes más altos de BDI muestran los valores más altos de CV. Esta correlación es estadísticamente significativa en todos los dominios. El análisis de regresión mostró una relación lineal que permite predecir la gravedad de la depresión en concordancia con el deterioro de la CV. Estos resultados sugieren que la evaluación de CV es un procedimiento importante para estimar, no solamente la severidad de la depresión, sino, además, el impacto de los tratamientos desde la perspectiva del paciente, lo que muestra su utilidad cuando la toma de decisiones está dirigida a seleccionar diferentes alternativas terapéuticas.

El más reciente artículo continuación del anterior "Pacientes ambulatorios adultos con depresión mayor: menor calidad de vida que otras enfermedades crónicas médicas en Argentina".⁶ Este estudio incluye el impacto de la enfermedad depresión mayor o profunda en la sociedad; estimando la prevalencia de las complicaciones o patrones comorbidos, y pretende establecer como los desórdenes afectan individualmente el funcionamiento diario y el bienestar.

Sin embargo, no es claro como la depresión afecta ampliamente a la Calidad de Vida; las investigaciones similares o iguales se extienden a la enfermedad crónica física. El presente estudio evalúa la CV en una muestra de 48 pacientes ambulatorios depresivos quienes solicitaron asistencia psiquiátrica e un centro de La Plata, Argentina durante un período de quince meses. Todos ellos se incluyeron por los criterios del DSM- IV, criterio más corriente para el diagnóstico de la depresión de uso por los médicos. Para el propósito de comparación, también se evaluó la CV con una muestra adicional de personas saludables y quienes

⁶ BONICATTO S., y Cols. Pacientes Ambulatorios Adultos con Depresión Mayor: Menor Calidad de Vida que otras Enfermedades Médicas Crónicas en Argentina. Revista Social Science and Medicine USA. 52: 911-919. Año 2001.

tuvieron una enfermedad crónica física (muestra histórica citada en el trabajo anterior). La CV fue evaluada con el WHOQOL-100; los resultados indicaron que la CV fue significativamente pobre en las personas con depresión que en las personas sanas y en los sujetos con otra patología crónica en Argentina.

El impacto de la depresión también fue relacionada con la gravedad y seriedad del episodio. Se sugiere que es importante incluir la CV, evaluando a los pacientes con desórdenes depresivos, cuando se evalúa el curso y progreso de los tratamientos. Tal evaluación puede ser usada cuando se formulan políticas en Salud y decisiones acerca de la asignación de recursos. La información obtenida puede entonces, ser utilizada para justificar la asignación de recursos a aquellos tratamientos que logren los mejores resultados sobre la CV de las personas.

ASPECTOS del MARCO TEÓRICO

VEJEZ E INSTITUCIONALIZACIÓN

En el envejecer "hay dos componentes fundamentales: uno subjetivo o de interioridad, que es el estar viejo, el sentirse viejo y el vivir como viejo; otro objetivo o de exterioridad, que es parecer o ser considerado viejo, y es el que generalmente utiliza la sociedad cuando interpreta la vejez como una disminución de la capacidad física y del rendimiento intelectual".⁷

Esta etapa esta caracterizada por un conjunto de modificaciones que el factor tiempo produce en la persona. Se instala de manera lenta y asincrónica, con variaciones individuales. "Es un término general que según el contexto en que aparezca puede referirse a un fenómeno fisiológico, social o cronológico de la población. Existen dos tipos: el biológico que se manifiesta a través de ciertas modificaciones físicas y psicológicas en el individuo; y el sociogénico, que no significa otra cosa que el papel que la sociedad le impone a las personas cuando alcanzan una determinada etapa."⁸

Además se debe mencionar los cambios que se producen en el entorno familiar, y en las relaciones sociales, que se dan a partir del momento del retiro de su actividad laboral y el comienzo de la etapa jubilatoria.

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito uno comprende la conflictiva que se genera en el adulto mayor cuando debe ingresar a una Institución Geriátrica. "La adecuación a nuevas reglas y patrones de conducta lo enfrentan a una situación de desculturización donde debe pasar *según Goofman de un Yo individual a un Yo colectivo*, haciendo sucumbir hábitos y costumbres profundamente arraigados que preservaban su estilo. Además se debe tener en cuenta que tal circunstancia ocurre en el momento del ciclo vital correspondiente

⁷ FUSTINONI O., PASSANANTE D., *La Tercera Edad. Estudio Integral*. Editores la Prensa Médica Argentina. Pág 2. Buenos Aires. 1980.

⁸ RUIZ TORRES A., *Manual de Geriátria*. Capítulo 2. Pág. 19. 1980.

a la vejez con todos los cambios biológicos, psicológicos y sociales que implica y que por lo tanto le exigen un esfuerzo mayor para su asimilación".⁹

Las dinámicas institucionales muchas veces no respetan los tiempos del adulto, de esta manera pierden la posibilidad de elección. Eligen por ellos: cuando y como alimentarse, a que hora acostarse, que ropa ponerse y cuando higienizarse, por lo tanto no tienen posibilidades de tomar decisiones.

Se cree conveniente definir los conceptos a los que se adhiere, en lo que se refiere a:

Institución:

- ◆ " Organización de carácter público o semipúblico que supone un cuerpo directivo y de ordinario un edificio o establecimiento físico de alguna índole destinada a servir algún fin socialmente reconocido"¹⁰
- ◆ "Un lugar de Residencia...donde un gran número de individuos en igual situación aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo comparten... una rutina diaria administrada formalmente. Todos los aspectos de la vida se desarrollan en un mismo lugar y bajo la misma autoridad..."¹¹

Residencia Geriátrica:

- ◆ " Centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención socio sanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia"¹²

⁹ Lic. MIRANDA C y otros., *La Ocupación en la Vejez. Una Visión Gerontológica desde Terapia Ocupacional*. Imprenta Relieve. Pág. 9. Setiembre 1996.

¹⁰ BLEJER J., *Psicología Institucional y Psicohigiene*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1976

¹¹ GOFFMAN E., *Internados. Ensayos sobre la Situación Social de los enfermos Mentales*. Amorrortu Editores. Buenos Aires. 1988

¹² SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIÁTRIA Y GERONTOLOGÍA., *Residencias para Personas Mayores. Manual de Orientación*. Ed. Artes Gráficas Gutenberg. Capítulo I pág. 33. España. 1995

Desde el adulto mayor abandonado hasta él que autónomamente decide su internación para mejorar su Estilo de Vida, existe una amplia gama de múltiples causales de institucionalización; de la misma manera es muy variada la oferta de Establecimientos Geriátricos: "desde las instituciones que funcionan como depositación social y familiar ofreciendo una sobrevida de custodia, hasta las que ofrecen un programa integral de rehabilitación escuchando las necesidades e intereses de sus Residentes".¹³

Si bien existe, esta disparidad de servicios en los establecimientos, esto ocurre por la falta de claridad en los objetivos institucionales. Se entiende que son estas, organizaciones con fines de lucro, la problemática se genera cuando prima esto último y se deja de lado uno de los objetivos, que es *brindar un servicio*: punto que si debe tenerse en cuenta desde Terapia Ocupacional.

Es esta disciplina la Terapia Ocupacional la que debe intervenir desde el primer momento: La Adaptación donde se ve afectado uno o más dominios de la Performance Estilo de Vida.

Es el Terapeuta Ocupacional quién a través de su intervención descubre o redescubre patrones de actividad que permitan mejorar la calidad de Vida y será también el responsable de coordinar conjuntamente con el personal las Actividades de la Vida Diaria; y de esta manera respetar las capacidades y necesidades del Adulto Mayor.

Antes de concluir este capítulo se cree conveniente dar una breve reseña de la *Situación Institucional en Mar del Plata*.

¹³ T.O. RUBINSTEIN S., LIC VOLIJ N. *Algunas Consideraciones sobre Instituciones Geriátricas de Estadía Prolongada*. COLTO III. Terapia Ocupacional. Actualización en Teoría y Clínica. Pág. 27. 1995.

El progresivo proceso "de envejecimiento poblacional crea nuevos consumidores, generando un nuevo mercado potencial y real, situación que tiene relación con el auge de la Gerontología"¹⁴.

Al realizar un relevamiento en la ciudad de Mar del Plata de instituciones denominados: Hogares Geriátricos, Residencias Geriátricas, Institutos, Hogares Sustitutos, se verá que existe un marcado crecimiento en estos últimos años de estas instituciones destinadas a la población añosa.

En esta ciudad según los datos Censales de 1991, el 16% corresponde a la población mayor de 60 años, mientras que en el país el 13% son de las de 60 años y más. Desde el punto de vista demográfico esto indica un envejecimiento poblacional.¹⁵

El 2,7 de la población mayores de 60 años se encuentran alojadas en residencias geriátricas de larga estadía.¹⁶

Según registro de setiembre de 2002 de la Dirección del Área de Tercera Edad, Municipalidad del Partido de General Pueyrredón, existen en Mar del Plata 57 **Establecimientos Geriátricos y Pequeños Hogares Habilitados**, con una oferta estimada en 1824 plazas. Esta dirección cuenta solo Hogar Municipal de ancianos y un Hogar de Día, existe además otro Hogar de Día privado destinado a personas con Mal de Alzheimer (GAMA).

¹⁴ STREJILEVICH M. *Temas de Psicogeriatría*. Ediciones 1919. Buenos Aires. 1990.

¹⁵ DE LOS REYES Ma. C. Y cols. *Familia Vejez internación geriátrica*. Medicina y Sociedad. Volumen 22 N° 3 y 4. Pág. 175. Julio - Diciembre. 1999.

¹⁶ Lic. CABERO L., DR PÁSSERA G y cols. *¿Evaluar Ancianos o las Instituciones que los Alberga?*. Trabajo presentado en el VIII Congreso Argentino de la SAG y Geriatría o Envejecer en un mundo globalizado. Mar del Plata. 1998

CALIDAD de VIDA¹⁷

Se ha hecho frecuente en estos últimos años utilizar el término *Calidad de Vida (CV)*, ya sea en el ámbito político, económico, académico o en el área de la Salud utilizados por los profesionales Médicos, Psicólogos, Asistentes Sociales, Enfermeros, Terapistas Ocupacionales, etc.. Es necesario entonces comenzar por definir que es la C. V.

Coinciden en afirmar algunos autores que surge el término en la década del '70 extendiéndose hacia los años '80, encubierto por el desarrollo de conceptos tales como bienestar, salud y felicidad. Algunos (Ferrel, cols, 1989; Grau, 1997) retoman las primeras contribuciones en esta temática realizadas por trabajos de Filosofía y Ética y aseguran que se usó para discutir problemas del significado de la Vida y las dimensiones espirituales del sufrimiento. Otros señalan que su desarrollo inicial tuvo lugar en las Ciencias Médicas para extenderse rápidamente a la Psicología y Sociología. A principios de la década del '80 la mayoría de los trabajos provenían en una proporción mayor de las Ciencias Médicas en relación a los trabajos Psicosociales, hacia finales de esta década esta proporción se fue invirtiendo.

La evolución del concepto de CV se caracterizó por una continua ampliación. En las antiguas civilizaciones se asociaba al cuidado de la Salud personal, se centró luego en la preocupación por la Salud e Higiene Pública, extendiéndose posteriormente a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, e incluyendo sucesivamente la capacidad de acceso a los bienes económicos y, finalmente, la preocupación por la experiencia del individuo de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud. En este decursar los indicadores han

¹⁷ GRAU ABALO JORGE., *Calidad de Vida y Salud: Problemas Actuales en su Investigación*. Ponencia II Jornadas de Actualización en Psicología de la Salud - ASOCOPSI. Seccional Valle del Cauca. Pág. 1 -15. Agosto de 1988.

evolucionado desde la vertiente de las condiciones de vida hasta la experienciación (percepción, valoración) de estas condiciones. Ha medida que fueron creciendo los estudios en esta temática este concepto fue sufriendo un proceso de maduración y aumentando la complejidad, y la vez, enriqueciendo su vulnerabilidad.

De esta manera surgen una serie de problemas en la investigación de la CV en el contexto de la salud. Uno de ellos se debe a su indistinción conceptual determinado por su complejidad, ha resultado, más fácil poder medirla que definirla, confundiéndosela con bienestar, nivel de vida, satisfacción y felicidad (Grau 1997). Según Campbell y cols (1976) es una entidad vaga y etérea, no se sabe exactamente de qué se trata, pero es algo de lo que todo el mundo habla por eso a tal punto a llegado su indistinción.

El concepto CV es extenso o ambiguo. Si al fenómeno vida humana se lo despoja de su dimensión temporal (la cantidad: expresada en esperanza de vida en años, tasas de mortalidad, etc.), los atributos que restan tienen que ver con la calidad pero esta requiere otro tipo de indicadores (Ware 1987). Según Slevin y otros (1988) definirla adquiere connotaciones filosóficas.

Levi y Anderson afirman que es una "medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa".¹⁸ Actualmente es enorme la diversidad de definiciones pero la gran mayoría de los autores la conceptualizan con referencia al bienestar de las personas.

Otro de los problemas surge relacionado con la naturaleza de sus componentes subjetivos y objetivos. El primero corresponde a definiciones basadas en el bienestar, la satisfacción y la felicidad. El segundo se refiere a las

¹⁸ LEVI L . , ANDERSON. , La Tensión Psicosocial. Población, ambiente y calidad de la Vida. El Manual Moderno. Pag 7. México DF.1980

condiciones materiales de vida, nivel de vida, e incluye factores que determinan o influyen sobre la percepción que tiene el sujeto, que suelen aparecer en las definiciones multidimensionales usadas para el desarrollo de instrumentos de medición (Grau, 1997). Puede referirse la cuestión de la objetividad ha quien hace la evaluación: si un observador externo o la propia persona (Slevin y otros 1988; Fayos y Beland, 1981; De Haes, Van Knippenberg, 1987). Esto es particularmente importante en lo que se refiere a CV en relación con la salud y especialmente, en la resolución de los problemas metodológicos de su evaluación.

En los últimos años se le ha dado mayor preponderancia a la evaluación del propio individuo en relación al componente subjetivo, de su naturaleza psicológica. (De Haes y Van Knippenberg 1987, 1989; Lara- Muñoz y cols. 1995; Grau, Jimenez, Chacón y otros 1995; Grau 1997). Como se ha planteado (Moreno, Ximenez, 1996; Grau, 1997), las condiciones "objetivas" se refractan a través de las aspiraciones, de las expectativas, de referencias vividas y conocidas, de las necesidades y valores de las personas, de sus actitudes y emociones, y es a través de este proceso que se convierte en bienestar "subjetivo". No basta con que aumenten los indicadores socioeconómicos para generar satisfacción, bienestar y felicidad; está claro que no siempre el sufrimiento y la felicidad están determinados por el nivel de vida: la opulencia social y el consumismo de bienes no significan, definitivamente, CV. (Campbell, 1976; Grau, 1997). Si la CV es una valoración subjetiva, no puede prescindirse entonces de la valoración del sujeto (De Haes, Van Knippenberg, 1989; Gill y Feinstein, 1994; Winefeld, 1995). Por lo tanto según Slevin y cols. (1988) no basta con el juicio *exclusivo de los agentes de salud* debe contarse con la valoración de las personas.

Desde el campo de la Psicología este concepto se convierte básicamente aun tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones de la

vida; se centra en la percepción de ese bienestar, en el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y en los elementos integrantes de la misma.

Debe conceptualizarse como una propiedad de las personas que experimentan las situaciones y condiciones de sus ambientes de vida, y por tanto, depende de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos objetivos de su entorno, al incorporar la dimensión subjetiva hay que subrayar el papel que tiene la satisfacción y su medición a través de juicios cognitivos y reacciones afectivas. (Diener, 1984). Sin embargo existen opiniones divergentes en relación a la satisfacción (Reimel, Muñoz, 1990), asociándola a factores intrínsecos (reconocimiento, progreso, autorrealización) y extrínsecos (status, salarios, seguridad), o conceptualizándola en términos de una actitud. Esto ha permitido recientemente examinarla desde diferentes modelos teóricos.

Otro problema al que se enfrentan los investigadores es el de las dificultades inherentes a su evaluación. Su naturaleza bipolar objetiva-subjetiva y su multidimensionalidad, compleja e indeterminada, otorgan a su evaluación diversos matices en función de la alternativa a ejecutar. A estos problemas se añade el que los instrumentos no siempre cumplen requisitos mínimos de construcción y generalización de resultados.

Para concluir este capítulo teniendo en cuenta las problemáticas mencionadas en cuanto a la diversidad conceptual, la problemática metodológica y de evaluación de la CV, se cree pertinente ya que será el objetivo de este estudio mencionar la iniciativa de la OMS de definir este concepto y crear un instrumento que haga posible su medición.

Debido a la falta de acuerdo universal sobre la definición de CV, el primer paso en el desarrollo del WHOQOL fue definir este concepto: *"la percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en el cual ellos viven, y en relación a sus objetivos, expectativas,*

estándares e intereses. "Es un concepto muy amplio, que incorpora de una manera compleja la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y sus relaciones con los hechos salientes del medio ambiente.

Esta definición refleja el punto de vista que calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva, la cual está inmersa en un contexto cultural, social y medio ambiental (por lo que CV no puede ser equiparada simplemente con los términos "estado de salud", "estilo de vida", "satisfacción con la vida", "estado mental" o "bienestar"). Debido a que el WHOQOL enfoca principalmente la CV "percibida" de los entrevistados, no se espera que funcione como un medio para medir los síntomas, enfermedades o condiciones de una manera detallada, ni para juzgar objetivamente una discapacidad, sino como una herramienta para evaluar los efectos percibidos de la enfermedad y de las intervenciones en salud sobre la CV del individuo. El WHOQOL es, de esta manera, la evaluación de un concepto multidimensional que incorpora la percepción de la persona acerca de su estado de salud, su status psicosocial y otros aspectos de la vida.

MODELO de PERFORMANCE ESTILO de VIDA¹⁹

Este Modelo provee una estructura para conocer y comprender el repertorio total de las actividades de las personas dentro del contexto humano y no humano (medio ambiente). Éste proporciona a los Terapistas Ocupacionales mejorar y aproximarse e a una perspectiva holística, de esta manera afianzar las intervenciones que tiene clara relevancia con las necesidades individuales, intereses, capacidades y expectativas propias y de los otros. Es un camino de conceptualización de la interrelación de la persona, ambiente, perfil de actividad y Calidad de Vida.

Se desarrolla desde el Perfil Performance Estilo de Vida originalmente conceptualizado a mediados de 1970 (Fidler, 1982, 1988b). El objetivo del Perfil fue identificar y narrar la Actividad centrada en los aspectos de la Vida Diaria que fundamentan las necesidades Bio- Psico-Sociales de los seres humanos. Representa un esfuerzo para descubrir las dimensiones personales y interpersonales de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), articulando más claramente la pertinencia de tales actividades para la CV de cada persona, de este modo evitar las ambigüedades y estereotipos inherentes en términos de generalización de trabajo, juego, ocio y propio cuidado. Enuncia que el Estilo de Vida afianza la Salud y facilita la satisfacción de la Vida, que incluye relevancia cultural, una armonía entre una edad específica y cuatro dominios de actividad. Estos dominios fueron identificados como aquellas ocupaciones o actividades concernientes con el propio cuidado y mantenimiento propio, gratificación intrínseca, contribución social y compromiso interpersonal.

El término AVD se refiere a todas las actividades que componen a la vida diaria de la persona, no simplemente el propio cuidado. Éste provee el formato

¹⁹ FIDLER, GAIL., *La Performance Estilo de Vida: Desde un Modelo Conceptual*. AJOT. Volume 50, Number 2: 139-147. February 1996.

para obtener y organizar la información que refleja intereses personales y sociales de pacientes, habilidades y limitaciones en cada dominio. El modelo comenzó a utilizarse primero en la práctica de salud mental, en geriatría y en disfunción física.

Durante la maduración y socialización, cada persona desarrolla una configuración de patrones de actividad que puede ser caracterizado como un estilo de vida. Estos patrones de "hacer" insinúan un estar ocupado, esto emerge de un continuo interjuego de las necesidades, deseo, capacidades intrínsecas y singulares expectativas del ambiente (Fidler y Fidler, 1978,1983). El desarrollo y mantenimiento de un repertorio de patrones de actividad que permita y soporte tales experiencias, son esenciales a la CV de una persona.

La existencia de fuerzas y limitaciones del proceso sensorial de las personas, patrones motores, estructura psicológica, cognitiva y percepciones interpersonales son variables importantes en el desarrollo de patrones de actividad. Algún obstáculo de estos sistemas causa una temporaria o permanente rotura de la integridad física, estructura psicológica, u orientación interpersonal de la persona. Así mismo la realización de un estado de armonía o sentido de bienestar es frecuentemente roto, o se hace improbable cuando las barreras u otras limitaciones presentes del mundo eterno, no permiten el desarrollo o el mantenimiento de las configuraciones de actividad positiva.

Los Terapistas Ocupacionales son llamados a intervenir cuando uno o más dominios de la Performance de estilo de Vida de las personas son considerados gradualmente deficiente, que produce distress en la persona o en quienes son partes de la matriz social de la persona. En suma una específica discapacidad o disfunción permiten el establecimiento de objetivos para T.O.; que requiere trabajo con una persona, para descubrir o redescubrir patrones de actividad de estilo de vida que permitiría mejorar la CV.

En algunas instancias este proceso significa establecer más satisfactoriamente el estilo de vida. En otros esto es restaurar previamente la ejecución del estilo de vida.

La función del modelo es describir y examinar la interacción de las múltiples dimensiones del hacer y organizar la vida desde un marco de trabajo aplicable a todas las edades, culturas y personas. La configuración del Modelo hace posible identificar la relación de patrones de actividad que persigue la persona como singulares necesidades para alcanzar la identidad personal, conocerse a sí mismo como miembro contributivo de la sociedad, y además confirmarse como humanamente aceptable. Determina parámetros de T.O. más allá de reducir la discapacidad, transfiere el foco de práctica más allá del dominio de los propios y tradicionales AVD, y establece como punto prioritario el desarrollo de un estilo de vida individualizado para ambos; persona - T.O..

En la estructura de este modelo se habla de cuatro Dominios ya mencionados, al mismo tiempo los dominios no son entidades independientes, sino partes del estilo de vida que se interrelacionan.

Los cuatro aspectos fundamentales son:

- ◆ ***Dominio del Propio Cuidado y el Mantenimiento Propio.*** Se refiere a la necesidad humana y universal de lograr y sostener un sentido de autonomía. Incluye el cuidado de la salud en general, alimentarse, vestirse, etc.
- ◆ ***Dominio de la Gratificación Intrínseca.*** Significa conocer y desarrollar las habilidades y capacidades individuales para modelar la calidad de la forma de vida de cada sujeto. Comprende la exploración de actividades según intereses, agrado y alegría personal, es decir según demandas de identidad como miembro de la familia, de la comunidad y de la cultura.
- ◆ ***Dominio Contribución social.*** Es lograr satisfacción en la forma de vida, contribuyendo al cumplimiento de la necesidad y bienestar de los otros.

Identificarse como miembro productivo de la sociedad a través de contribuciones necesarias para la supervivencia y bienestar del grupo, logrando el sentido de uno mismo. Están incluidos los roles sociales de cada persona, desde los grupos de parentesco hasta la participación en sindicatos, profesiones y grupos religiosos.

- ◆ ***Dominio de Compromiso Interpersonal.*** Es desarrollar el sentido de aceptación personal, humano e interpersonal a través de encuentros y relaciones con otras personas. Incluye la capacidad de hacer amigos, confianza, relaciones de familia, etc.. Establecer y sostener pautas recíprocas de relación.

Las actividades enfocadas en el desarrollo y mantención de las relaciones humanas recíprocas son esenciales para lograr una CV satisfactoria, no solo en uno mismo sino con quienes se comparte la vida.

De esta forma, según Fidler, la forma de vida es definida sobre una identidad personal, social y de autoestimación. El compromiso es fundamental en este proceso. Prioritariamente, se debe conocer y comprender lo que es o ha sido la CV de la persona. Cualquier déficit o disfunción se define y comprende dentro del contexto de las necesidades y expectativas de la CV del sujeto.

"El Terapeuta Ocupacional debe entender que significado en la vida de un paciente determinado, que quería para su vida antes del comienzo de la enfermedad y que sigue siendo importante para él o para ella".²⁰

La Terapia Ocupacional evalúa lo que es o ha sido la actividad típica en la vida de la persona e identifica las habilidades y limitaciones en cada una de las

²⁰ WILLARD, SPACKMAN. *Terapia Ocupacional*. Octava Edición. Editorial Médica Panamericana. España. Pág. 606. 1998

dimensiones que componen la CV del individuo (percepción personal, características físicas, mental, sociocultural y espirituales).

El Terapeuta Ocupacional debe analizar el contexto bio-psico-social del paciente para determinar las implicancias de la enfermedad.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

TEMA: Calidad de Vida en Adultos Mayores Institucionalizados en Residencias Geriátricas

PROBLEMA:

¿Cómo es la calidad de vida global y percepción general de salud de los adultos mayores institucionalizados en las Residencias Geriátricas Del Carmen, Mi Casa, de la Ciudad de Mar del Plata, durante febrero - noviembre del año 2004?

OBJETIVOS GENERALES

- ✓ Dimensionar el impacto de la calidad de vida global y la percepción general de salud de los adultos mayores institucionalizados en las Residencias Geriátricas Del Carmen, Mi Casa, de la Ciudad de Mar del Plata, durante febrero - noviembre del año 2004.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Valorar la Calidad de Vida y percepción general de Salud de los adultos mayores institucionalizados en las Residencias Geriátricas Del Carmen, Mi Casa, en los Dominios de:
 - Capacidad Física.
 - Psicológico.
 - Nivel de Independencia.
 - Relaciones Sociales.
 - Medio Ambiente.
 - Espiritualidad / Creencias Personales.

DISEÑO Y TIPO ESTUDIO:

El enfoque es de tipo **Cuantitativo**, el tipo de estudio es **Exploratorio Descriptivo, No Experimental y de corte Transversal**.

Cuantitativo: porque implica la recolección sistemática de información numérica bajo condiciones de control considerable y el análisis de esta información por medio de procedimientos estadísticos.

Exploratorio: porque el propósito de esta investigación será conocer la calidad de vida global y percepción de salud de los adultos mayores institucionalizados desde Terapia Ocupacional.

Descriptivo: porque está dirigido a describir los dominios que conforman la calidad de vida global y percepción de salud, para proporcionar bases que permitan plantear hipótesis que contribuyan a futuras investigaciones.

No Experimental: porque en esta investigación no habrá manipulación del factor causal para la determinación posterior del efecto; se estudiará la variable tal como se presenta en el contexto natural. Se utilizará un grupo de estudio no estableciéndose grupo de control.

Transversal: porque implica la obtención de datos en un período determinado.

VARIABLE DE ESTUDIO:

Calidad de vida global y percepción general de salud

DEFINICIÓN CIENTÍFICA:

Se define como "La percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual ellos viven, y en relación a sus objetivos, expectativa, estándares e intereses."²¹

Es un concepto muy amplio, que incorpora de una manera compleja la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y sus relaciones con los hechos salientes del medio ambiente y no solamente la ausencia de enfermedad.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: (WHOQOL - 100)²²

Se refiere a una evaluación subjetiva percibida por los entrevistados, la cual está inmersa en un contexto cultural, social y medioambiental determinadas por los Dominios Capacidad Física, Psicológico, Nivel de Independencia, Relaciones Sociales, Medio Ambiente y Espiritualidad/ Creencias Personales. A su vez cada dominio comprende *Facetas o áreas específicas* que resumen cada dominio en particular. Por lo tanto cada uno de estos dominios involucra las siguientes facetas o áreas específicas:

²¹ OMS. (1994)

²² WHOQOL., *Los instrumentos de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud Manual del Usuario.*, OMS., Ediciones CATA., 1998.

- ✓ Dominio I **CAPACIDAD FÍSICA**
 - Dolor y Discomfort.
 - Energía y fatiga.
 - Sueño y descanso.

- ✓ Dominio II **PSICOLÓGICO**
 - Sentimiento positivo.
 - Pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración.
 - Autoestima.
 - Imagen corporal y apariencia.
 - Sentimientos negativos.

- ✓ Dominio III **NIVEL DE INDEPENDENCIA**
 - Movilidad.
 - Actividades de la Vida Diaria.
 - Dependencia de medicina y ayuda médica.
 - Capacidad de trabajar.

- ✓ Dominio IV **RELACIONES SOCIALES**
 - Relaciones personales.
 - Actividad sexual.
 - Soporte social.

- ✓ Dominio V **MEDIO AMBIENTE**
 - Seguridad física.
 - Medio ambiente hogareño.

- Recursos financieros.
- Cuidados sociales y de salud: accesibilidad y calidad.
- Oportunidades para obtener información.
- Participación en / y oportunidades para la recreación y el ocio.
- Medio ambiente físico (polución, ruido, clima).
- Transporte.

- ✓ Dominio VI ESPIRITUALIDAD/ CREENCIAS PERSONALES
- Espiritualidad/Religión/ Creencias Personales.

Cada una de estas *facetas* enunciadas debe ser caracterizada como la *descripción de una conducta, un estado, una capacidad o potencial, o una experiencia o percepción subjetiva.*

Dominio I: Capacidad Física.

1. Dolor y Discomfort.

Esta faceta explora las sensaciones físicas displacenteras experimentadas por una persona, y la extensión en la cual estas sensaciones producen aflicción o molestia e interfieren con la vida. Se incluyen sensaciones físicas displacenteras tales como entumecimiento, achaques, prurito y dolores fugaces o duraderos. El dolor se considera como existente si la persona informa que lo siente, inclusive si no hay una razón médica para ello.

2. Energía y Fatiga.

Se explora la energía, entusiasmo y resistencia que tiene una persona, en orden a desarrollar las tareas necesarias para el diario vivir, así como para otras actividades elegidas para su recreación. Esto se puede extender desde reportes de cansancio discapacitante hasta niveles adecuados de energía y al sentimiento de sentirse realmente vivo.

3. Sueño y Descanso.

Se relaciona con la medida en que el sueño y el descanso, y los problemas en esta área, afectan la calidad de vida de una persona. Los problemas con el sueño pueden incluir dificultades para conciliar el sueño, despertarse durante la noche, levantarse temprano en la mañana y ser incapaz de volver a dormir, y falta de descanso con el sueño. El foco se encuentra en el sueño esté o no perturbado; esto puede ocurrir por cualquier razón, ya sea que dependa de la persona o se relacione con el medio ambiente.

Dominio II: Psicológico.

4. Sentimientos Positivos.

Examina la medida en que una persona experimenta sentimientos positivos de contención, equilibrio, paz, felicidad, esperanza, alegría y placer por disfrutar las cosas buenas de la vida. El punto de vista del individuo y sus sentimientos acerca del futuro, se consideran una parte importante de esta faceta (no se incluyen los sentimientos negativos). Para muchos entrevistados esta faceta puede ser considerada como sinónimo de *calidad de vida*.

5. *Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.*

Explora el punto de vista de un individuo respecto de su pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración y capacidad para tomar decisiones. Incluye también la rapidez para pensar y la claridad del pensamiento. Son indiferentes respecto a si la persona está alerta, despierta o plenamente conciente, incluso aunque esto sea la base del pensamiento, memoria y concentración. Personas con dificultades cognitivas que puedan no tener conciencia de sus dificultades; o aquellas que rechacen admitir problemas en esta área; en estos casos la evaluación de las personas más cercanas puede ser un agregado a la evaluación subjetiva.

6. *Autoestima.*

Examina lo que la gente piensa de sí misma. Esto puede oscilar en un rango de sentimientos positivos hasta sentir cosas extremadamente negativas acerca de ellos mismos. Se explora la valoración que la persona tiene de sí. El aspecto de autoestima relacionado con el sentimiento de autoeficacia del individuo, la satisfacción con uno mismo y el autocontrol están incluidos en el foco de esta faceta. Se asume que las preguntas serán interpretadas por los entrevistados en la manera en que son significativas y relevantes a su posición en la vida. Debido a la dificultad que algunas personas pueden encontrar para hablar de su auto estima las preguntas están enmarcadas teniendo esto en cuenta.

7. *Imagen corporal y apariencia.*

Se indaga acerca de la visión que la persona tiene de su propio cuerpo. Se incluye aquí, si la apariencia del cuerpo es vista en un sentido positivo o negativo. El foco está en la satisfacción de la persona con la

manera en que ella se ve y el efecto que esto tiene sobre su autoconcepto. Esto incluye la extensión en la cual deterioros físicos "percibidos" o actuales, si existen, pueden ser corregidos (por la ropa, miembros artificiales, cirugía, etc.). La redacción de las preguntas está dirigida a estimular a los entrevistados a responder lo que ellos realmente sienten más que como ellos sienten que deberían responder.

8. *Sentimientos negativos.*

Se relaciona con la medida en que una persona experimenta sentimientos negativos incluyendo desesperanza, culpa, tristeza, llanto, nerviosismo, ansiedad y falta de placer en la vida. La faceta incluye una consideración de la manera en que cualquier sentimiento negativo produce alteración, y su impacto sobre el funcionamiento cotidiano del individuo. (las preguntas están enmarcadas de tal modo que abarcan alteraciones psicológicas como depresión severa, manía o ataques de pánico.

Dominio III: Nivel de Independencia.

9. *Movilidad.*

Examina la perspectiva del individuo acerca de su capacidad para trasladarse de un lado a otro, para moverse adentro del hogar, para desplazarse en su lugar de trabajo o hacia/desde los servicios de transporte. El foco está sobre la capacidad general de la persona para ir a cualquier lugar que ella quiera sin ayuda de otros, independientemente de los medios que utilice para hacerlo. Se asume que en la medida en que una persona sea dependiente de otra, en una extensión significativa, respecto de su movilidad esta circunstancia afectará su calidad de vida adversamente.

10. *Actividades de la Vida Diaria.*

Explora la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria, incluye el autocuidado y la atención y cuidado adecuado de su propiedad. El foco está sobre la capacidad del individuo de llevar a cabo satisfactoriamente sus actividades, las cuales serán probablemente necesarias para desarrollar su vida cotidiana. El grado en el cual la gente es dependiente de la ayuda de los otros para realizar estas actividades, probablemente esté relacionado con la medida en que se afecta su calidad de vida. Las preguntas son independientes del hecho de sí el individuo tiene un hogar o una familia.

11. *Dependencia de Medicación o Tratamientos.*

Explora la dependencia de la persona respecto de alguna medicación o medicina alternativa (tales como acupuntura o tratamientos homeopáticos) a fin de lograr un bienestar físico o psicológico. Las medicaciones pueden afectar la calidad de vida en sentido positivo (medicación analgésica) o negativo (efectos colaterales o secundarios de una medicación). Incluye las intervenciones médicas que no son farmacológicas pero de las cuales la persona también es dependiente. (marcapasos, prótesis, ortesis, bolsas de colostomía, etc..)

12. *Capacidad de Trabajar.*

Se examina la energía que la persona utiliza para hacer su "trabajo", el cual debe entenderse como la actividad de mayor importancia a la que la persona se dedica. La faceta centra su foco sobre la capacidad de la persona para realizar trabajos, independientemente del tipo de trabajo, no incluye lo que la gente siente acerca de la naturaleza del trabajo que hace, ni tampoco la calidad de su ambiente de trabajo.

Dominio IV: Relaciones Sociales.

13. *Relaciones Personales.*

Examina la medida en la que una persona siente la compañía, amor y apoyo que desea, de sus relaciones íntimas. Se refiere al compromiso y a la experiencia actual de cuidar y brindarse a otra persona. Incluye la capacidad de amar y ser amado e intimar con otros tanto emocional como físicamente, la medida en que la gente siente que puede compartir momentos de felicidad y distracción con las personas amadas y el sentido de amar y ser amado, los aspectos físicos de la intimidad tales como abrazarse y tocarse. Las preguntas incluyen cuanta satisfacción recibe la persona, o los problemas que tiene para manejar la dificultad de cuidar a los otros; se refiere a relaciones amorosas tales como amistad, matrimonio y relaciones hetero y homosexuales.

14. *Soporte social.*

Examina en que medida una persona siente el compromiso, la aprobación y la disponibilidad de asistencia práctica de la familia o los amigos. El foco de la faceta se refiere a cuanto siente la persona que tiene el soporte de la familia y los amigos, en particular, en que medida el/ella puede depender de este soporte en una crisis. Las preguntas están construidos para registrar los efectos positivos y negativos de la familia y de los amigos.

15. *Actividad Sexual.*

Se refiere a la necesidad y el deseo de la persona por el sexo, y a la extensión en que puede expresar y disfrutar apropiadamente su deseo sexual. Esta faceta se refiere sólo a la relevancia de la actividad sexual para la calidad de vida de la persona, como el deseo

de, la expresión de, o la oportunidad para lograr la plenitud sexual, lo que constituye el foco de esta faceta.

Dominio V: Medio Ambiente.

16. *Seguridad Física.*

Examina la sensación de la persona de estar segura con relación al daño físico. Esta faceta probablemente está en relación directa con el sentido de libertad de las personas. De esta manera, las preguntas están enmarcadas de tal modo que permiten respuestas en un rango que va desde la persona que tiene la oportunidad de vivir sin contratiempos, hasta aquellas que viven en un estado o vecindario que sientan como opresivo o inseguro. Incluyen la sensación de cuanto la persona piensa que hay "recursos" que protegen o pueden proteger su sentido de seguridad, no explora la profundidad de los sentimientos de aquellos que pudieran tener patologías mentales (circunstancias irreales o fantásticas). Hacen foco en el sentimiento propio de la persona acerca de su seguridad/falta de seguridad, y en que medida esto afecta su calidad de vida.

17. *Ambiente Hogareño.*

Examina el lugar principal en el que una persona vive (y como mínimo, duerme y guarda la mayoría de sus posesiones),(hogar o instituciones) y la forma en que esto impacta en la vida personal. La calidad del hogar es valorada sobre la base de ser confortable, así como proveer a la persona un lugar seguro para residir. Están incluidas implícitamente: hacinamiento, cantidad de espacio disponible, limpieza, oportunidades para la privacidad, servicios disponibles (electricidad, agua corriente, baño) y la calidad de

construcción del edificio (humedad o goteras en el techo). Se incluye referencias del vecindario inmediato lo que es importante para la calidad de vida.

18. *Recursos Financieros.*

Explora el punto de vista de la persona acerca de sus recursos financieros y la extensión en que estos recursos satisfacen las necesidades para un estilo de vida confortable y saludable. El foco está puesto en los que la persona puede o no disponer, lo cual puede afectar su calidad de vida. Las preguntas incluyen un sentido de satisfacción/insatisfacción-dependencia/independencia de los recursos financieros; y al sentido de tener lo suficiente, o satisface mis necesidades. La evaluación ocurrirá independientemente del estado de salud o empleo/desempleo de la persona; ya que las preguntas están enmarcadas de manera de permitir que se acomode a esta variación.

19. *Cuidado Social y de Salud: accesibilidad y calidad.*

Examina la perspectiva de la persona acerca de los servicios sociales y sanitarios en su vecindario cercano. "Cerca" es el tiempo que le toma conseguir ayuda. Se incluye como la persona evalúa la disponibilidad de servicios sociales y sanitarios, así como la calidad y cantidad que ella recibe o espera recibir cuando estos servicios sean requeridos. Incluye el soporte comunitario voluntario (caridad religiosa, templos, hospitales públicos, etc.). El foco está sobre la visión del individuo acerca de los servicios sociales y sanitarios.

20. *Oportunidades para adquirir información y aprendizaje.*

Examina la oportunidad y deseo de una persona para aprender nuevas destrezas, adquirir nuevos conocimientos y sentirse en contacto con los que está pasando. Incluye el estar en contacto con

los hechos y tener noticias de lo que está ocurriendo, lo cual para algunas personas es muy abarcativo (noticias del mundo) y para otros es mas limitado (noticias de a ciudad). El foco está puesto sobre las chances de un individuo de satisfacer las necesidades de información y conocimiento, en cuanto a esto se refiere al conocimiento en el sentido de la educación, o a las noticias locales, nacionales e internacionales que tienen alguna relevancia para la calidad de vida de la persona.

21. *Participación y Oportunidades para la recreación y el Ocio.*

Explora la capacidad de la persona, las oportunidades y la inclinación para participar en pasatiempos, actividades recreativas y relajación (desde visitar amigos, deportes, leer, mirar televisión, gastar el tiempo con la flia., hasta no hacer nada). Las preguntas centran su foco en tres aspectos: la capacidad personal para, las oportunidades para y el disfrute de la recreación y relajación.

22. *Medio Ambiente Físico.*

Examina la perspectiva de una persona acerca de su medio ambiente, incluye ruido, polución, clima y estética general del medio ambiente, y si esto sirve para mejorar o afectar adversamente la calidad de vida.

23. *Transporte.*

Examina el punto de vista de la persona acerca de cuan fácil es encontrar y usar servicio de transporte para movilizarse. Incluyen cualquier modo de transporte que pueda estar disponible (bicicleta, auto, ómnibus). El foco está en la medida en que los transportes disponibles permiten a la persona desarrollar las tareas necesarias para su vida diaria, así como la libertad para realizar las actividades elegidas.

Dominio VI: Espiritualidad/Religión/Creencias Personales.

24. *Espiritualidad/Religión/Creencias Personales.*

Indaga sobre las creencias personales del individuo y como estas afectan la calidad de vida. Esta faceta está dirigida a la gente con distintas creencias religiosas, así como a la gente con creencias espirituales y personales que no se encuentran dentro de una orientación religiosa particular. Para mucha gente, las creencias personales y la espiritualidad son una fuente de confort, bienestar, seguridad, sentido de pertenencia propósitos y fuerza para otras sienten que la religión tiene una influencia negativa, las preguntas están enmarcadas de manera de permitir que emerjan estos aspectos de la faceta.

VARIABLE CONSTANTE:

Adultos Mayores Institucionalizados: Personas mayores de 60 años²³ de ambos sexos que residan en Hogares, Residencias o Institutos en forma permanente, con no menos de un año de estadía; cuya finalidad es el cuidado de las mismas, independientemente que las personas cuenten con grupo familiar o no.

²³ Convención aprobada en la Asamblea Mundial de Envejecimiento, Viena, 1982 por la cual ingresa a la categoría de anciano toda persona que cumple 60 años.

VARIABLES INTERVINIENTES:

◆ **Sociodemográficos**

◆ Edad en años

◆ Sexo

[Femenino
Masculino

◆ Estado Civil

[Soltero
Casado
Separado
Viudo
Unión de Hecho

◆ Número de hijos

◆ Escolaridad

[Sin Educación

Primaria [Completa
Incompleta

Secundaria [Completa
Incompleta

Terciaria [Completa
Incompleta

Universitaria [Completa
Incompleta

◆ Ocupación anterior

◆ Diagnóstico.

DIMENSIONAMIENTO de la VARIABLE

P
E
R
C
E
P
C
I
Ó
N

C
A
L
I
D
A
D

d
e

V
I
D
A

CAPACIDAD FÍSICA DOMINIO I

1. Dolor y Disconfort ✓
2. Sueño y Descanso ✓
3. Energía y Fatiga ✓

PSICOLÓGICO DOMINIO II

4. Sentimientos Positivos
5. Pensamiento, Aprendizaje, Memoria, Concentración ✓
6. Autoestima ✓
7. Imagen Corporal y Apariencia
8. Sentimientos Negativos ✓

NIVEL de INDEPENDENCIA DOMINIO III

9. Movilidad ✓
10. Actividades de la Vida Diaria ✓
11. Dependencias de Medicinas y Ayuda Médica ✓
12. Capacidad de Trabajar ✓

RELACIONES SOCIALES DOMINIO IV

13. Relaciones Personales
14. Actividad Sexual
15. Soporte Social ✓

MEDIO AMBIENTE DOMINIO V

16. Seguridad Física ✓
17. Medio ambiente Hogareño ✓
18. Recursos Financieros
19. Cuidado Social y de la Salud: accesibilidad y calidad ✓
20. Oportunidades para Obtener Información
21. Participación en/ y Oportunidades para la Recreación y el Ocio ✓
22. Medio Ambiente Físico (polución, ruido, clima) ✓
23. Transporte ✓

ESPIRITUALIDAD CREENCIAS PERSONALES DOMINIO VI

24. Espiritualidad/Religión/ Creencias Personales

CALIDAD DE VIDA GLOBAL y PERCEPCIÓN GENERAL DE SALUD.

POBLACIÓN:

Adultos mayores institucionalizados, a partir de los 60 años de ambos sexos que se encuentran en las Residencias Geriátricas: Del Carmen, Mi Casa.

MUESTRA

30 adultos mayores de 60 años institucionalizados, de ambos sexos que residan en la Residencia Geriátrica Del Carmen, Residencia Geriátrica Mi Casa de la ciudad de Mar del Plata durante el período febrero - noviembre del 2004..

METODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Método de selección no probabilístico accidental o por conveniencia o intencional.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Criterios de inclusión.

- Personas con más de un año de permanencia en Hogar, Instituto o Residencia.
- Personas de 60 años o más.
- Personas que en la evaluación de MINI MENTAL STATE registran los siguientes puntajes: Normal: 30 - 27 puntos.

Deterioro dudoso: 26 - 24 puntos.

- Personas con disfunción o discapacidad física.
- Consentimiento informado verbal o escrito de las personas que participen en la investigación.

Criterios de exclusión.

- Personas que en la evaluación de **MINI MENTAL STATE** registran los siguientes puntajes: Deterioro cognitivo: 24 - 0 puntos.
- Personas con diagnóstico médico de Retraso Mental, Psicosis, Esquizofrenia, Depresión severa.

TÉCNICAS de RECOLECCIÓN de DATOS:

- ✓ Recopilación documental (revisión de Historias Clínicas se recolectaron datos sociodemográficos tales como año de ingreso, número de hijos, ocupación anterior)
- ✓ Instrumento **WHOQOL - 100**. Cuestionario (escala de Likert)

La estructura del **WHOQOL** se deriva de un extenso trabajo cualitativo y cuantitativo, llevado a cabo simultáneamente en centros seleccionados para brindar diferencias en sus niveles de industrialización, servicios sanitarios disponibles y otros marcadores relevantes para la medición de calidad de vida (por ejemplo., rol de la familia, percepción del tiempo, percepción de sí mismo, denominación religiosa dominante). De esta manera, se asume que los dominios y facetas de la calidad de vida incluidos en el instrumento **WHOQOL - 100**, son relativamente universales.

Evalúa la percepción de los individuos acerca de su posición en la vida dentro del contexto de la cultura y sistema de valores en el cual ellos viven y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses. Suministra un perfil multidimensional de los puntajes a través de los dominios y facetas (sub-dominios) de la calidad de vida.

El **WHOQOL - 100** contiene 100 preguntas. Estas se distribuyen en cuatro preguntas por facetas, para las 24 facetas de la calidad de vida.

Además, se agregan 4 preguntas dirigidas a la calidad de vida global y salud general. Este instrumento produce un perfil de calidad de vida.

Es posible obtener puntajes de 6 dominios diferentes; estos denotan una percepción individual de calidad de vida en los siguientes dominios: Físico, Psicológico, Nivel de Independencia, Relaciones Sociales, Medio Ambiente y Espiritualidad/ Creencias Personales.

TÉCNICAS DE MEDICIÓN

Administración del WHOQOL - 100.

Para esta investigación la medición se realizará por medio de la administración del instrumento por parte del entrevistador. Las preguntas se deberán formular en el mismo orden que contiene el cuestionario, sin ningún cambio en las instrucciones ni en los encabezados. Las preguntas se encuentran agrupadas por formato de respuesta.

Calculo del puntaje de los dominios.

Los puntajes de los dominios del WHOQOL - 100 se calculan tomando la media de todos los ítems incluidos en cada dominio y multiplicándolo por un factor de 4.

Estos puntajes son finalmente transformados a una escala de 0 - 100 puntos; usando la siguiente formula:

$$\text{PUNTAJE TRANSFORMADO} = (\text{PUNTAJE} - 4) \times (100/16)$$

Marco y tiempo de referencia.

Un tiempo marco de dos semanas es el indicado en la evaluación. Se acepta, sin embargo, que pueden ser necesarios diferentes marcos temporales para algunos usos particulares del instrumento en las etapas subsiguientes del trabajo. Por otro lado, la percepción del tiempo es diferente dentro de distintos

grupos culturales, y por lo tanto puede ser apropiado el cambio de la escala del tiempo.

Escala de respuestas

Las preguntas que conforman el WHOQOL - 100 provienen de un proceso diseñado para capturar tanto la interpretación específicamente cultural de las facetas de calidad de vida como el aspecto lingüístico, por lo que fue inevitable y necesaria alguna diversidad en la naturaleza y estructura de las preguntas. Para lograr esto, se desarrollaron 4 escalas de respuesta de 5 puntos relacionadas con la intensidad, capacidad, frecuencia y evaluación de los estados o conducta; y una escala métrica donde deben ubicarse los descriptores intermedios. Esto es, los descriptores para cada una de las escalas de respuestas se originaron en la selección de palabras/ términos que caen en los puntos correspondientes al 25%, 50% y 75% entre los dos extremos.

- ❖ **Intensidad**: Se refiere al grado o la extensión en la cual una persona experimenta un estado o situación (por ejemplo intensidad del dolor). Se asume que la experiencia de un estado más intenso está asociada con cambios correspondientes en la calidad de vida. Se usa una escala de respuesta para evaluar intensidad; los extremos de la escala son "Nada" y "En extremo" o "Extremadamente".
- ❖ **Capacidad**: Se refiere a la capacidad para un sentimiento, estado o conducta. La asunción es que una capacidad más completa esta asociada con cambios correspondientes en la calidad de vida. Los puntos extremos serían "Nada" y "Totalmente".
- ❖ **Frecuencia**: Se refiere al número de frecuencia habitualidad o grado de un estado o conducta. Se asume que cuantas más veces ocurra el estado o conducta, mayores serán los cambios correspondientes en la calidad de vida. Los extremos de la escala son "Nunca" y "Siempre".

- ✧ **Evaluación:** Se refiere a la apreciación de un estado, capacidad o conducta. La asunción es que una evaluación más positiva está asociada con un incremento correspondiente en la calidad de vida del entrevistado. Los puntos extremos son "Muy feliz" / "Muy infeliz"; "Muy satisfecho" / "Muy insatisfecho" y "Muy bueno" / "Muy malo". Esta escala de respuestas difiere de la intensidad, frecuencia y capacidad en que tiene un punto medio neutral y en que los extremos de la escala no son extremos absolutos, para maximizar el uso completo de la escala.

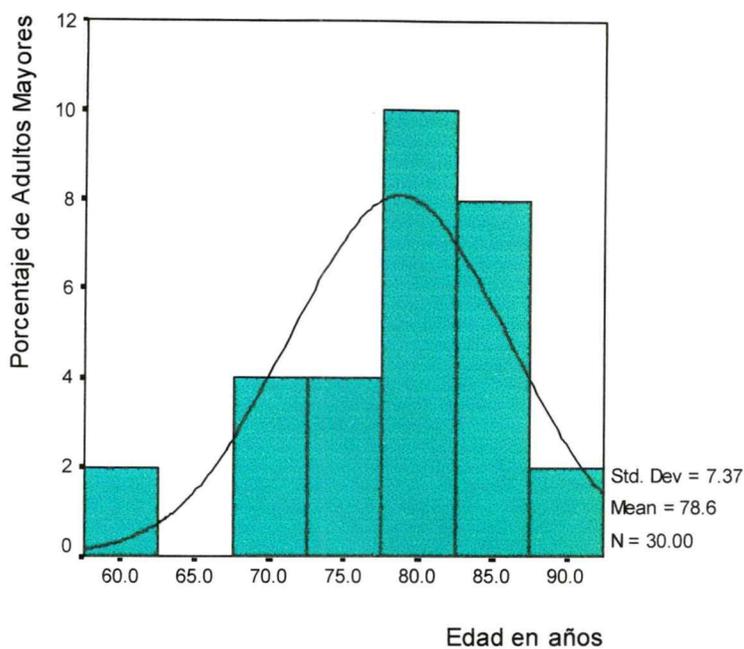
ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Los datos se procesarán siguiendo las instrucciones suministradas por la delegación local de la Organización Mundial de la Salud, Fundación FUNDONAR. La Plata. Argentina; mediante los archivos de sintaxis para computación automática de puntajes usando el SPSS, (Windows, versión 7.) 1999; anexo 9, del Manual de WHOQOL - 100.

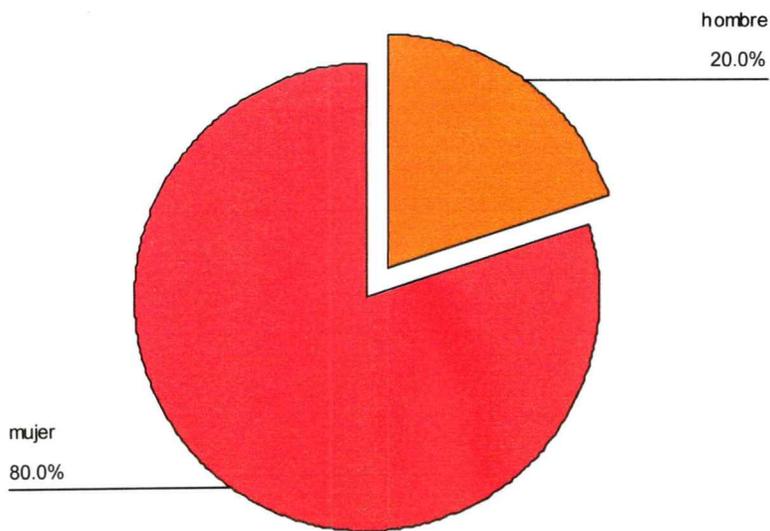
RESULTADOS

Atributos de la Muestra:

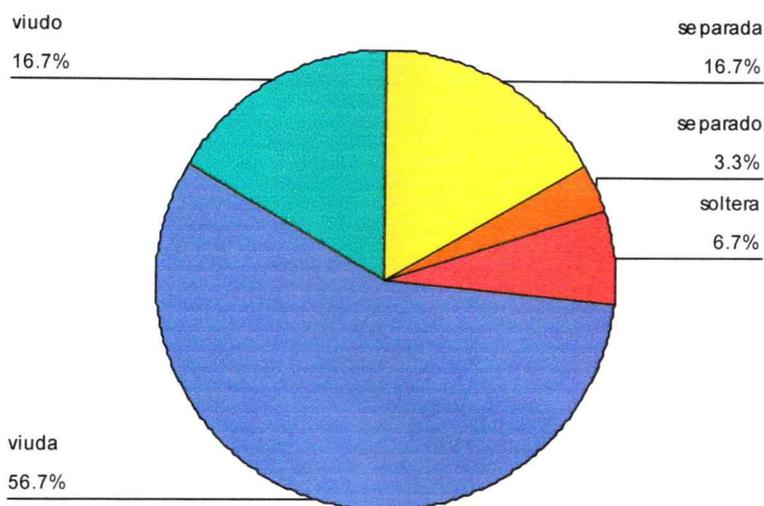
- ☑ Las *edades* de los Adultos Mayores Institucionalizados estuvieron comprendidas entre los 60 a 90 años de edad, encontrándose el promedio poblacional en los 78,6 años de edad.
- ☑ De la totalidad de la muestra el 80% correspondió al *sexo* femenino y sólo un 20% al sexo masculino.
- ☑ Con respecto al *estado civil* se diferenció según género correspondiéndole, el mayor porcentaje el 56,7% a la categoría viuda, el 16,7% a viudo y con el mismo porcentaje a separada.
- ☑ En relación al *número de hijos* el valor mayor fue 4 hijos siendo el menor ningún hijo.
- ☑ Según el *nivel educacional*, tuvieron como porcentajes más representativos el 50% primaria completa, el 17% no tuvo educación y el 3% educación terciaria completa.
- ☑ El mayor porcentaje en cuanto a *ocupación*, en sexo femenino el 46,7% correspondió a la categoría ama de casa, el 16,7% a empleada, el 10% a docente y en sexo masculino el 6,7% a empleado. A las restantes categorías le correspondió un 3,3% a cada una de ellas respectivamente.
- ☑ De acuerdo al *diagnóstico*, las patologías más frecuentes relevadas fueron Hipertensión arterial, artrosis y diabetes. Cabe mencionar que en cada una de las unidades de análisis figuran en las Historias Clínicas de 1 a 4 patologías de diagnóstico médico.



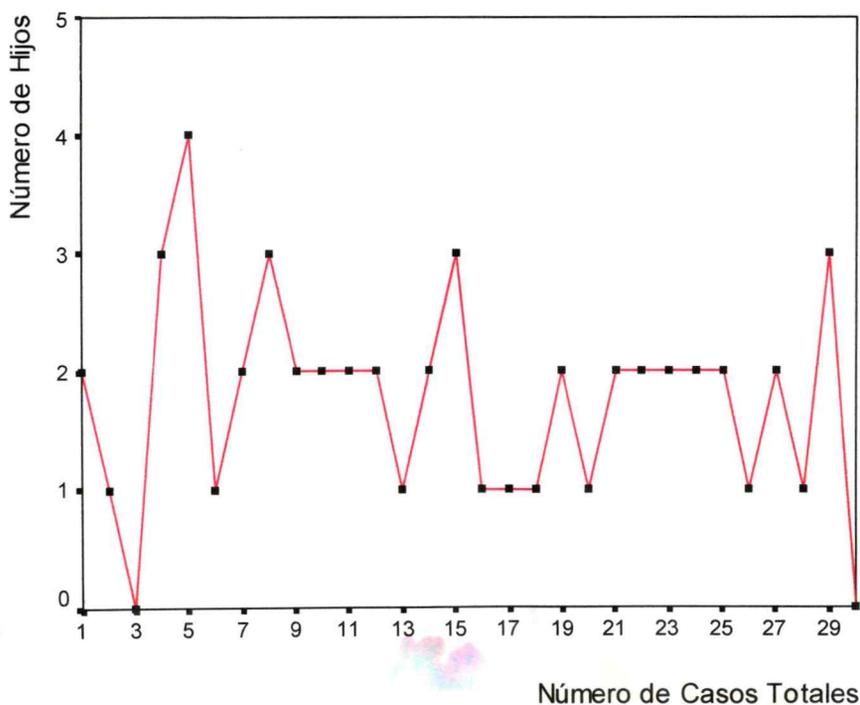
Resultados de la Encuesta según Edad en Años de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre 2004



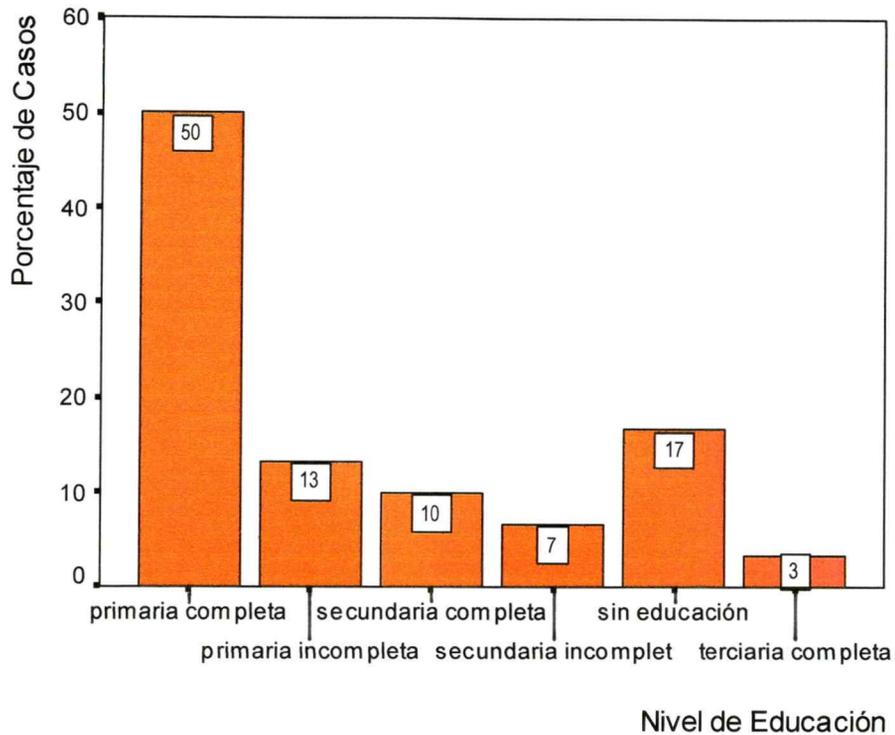
Resultados de la Encuesta según Sexo de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004.



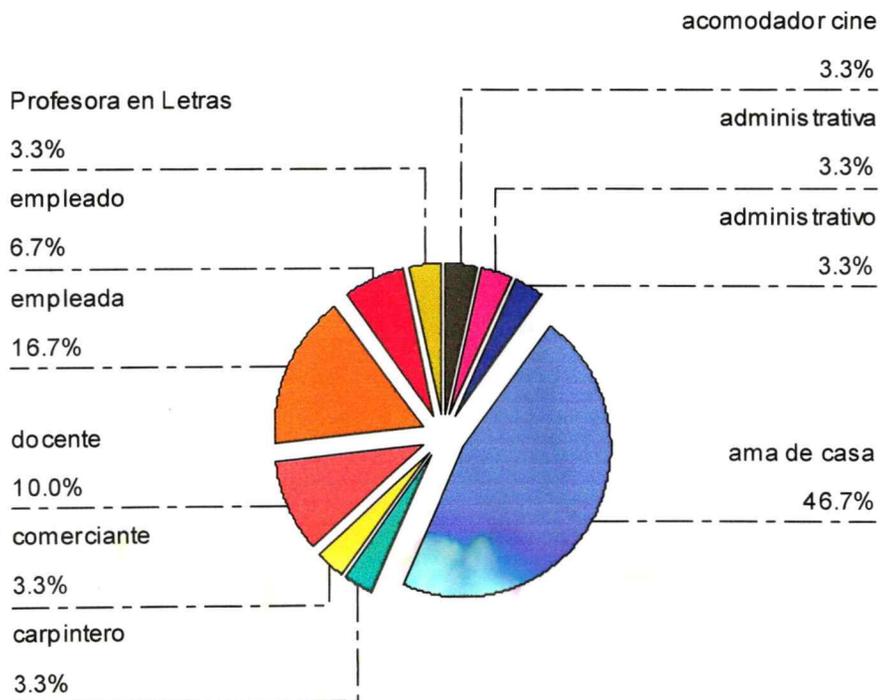
Resultados de la Encuesta según Estado Civil de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004.



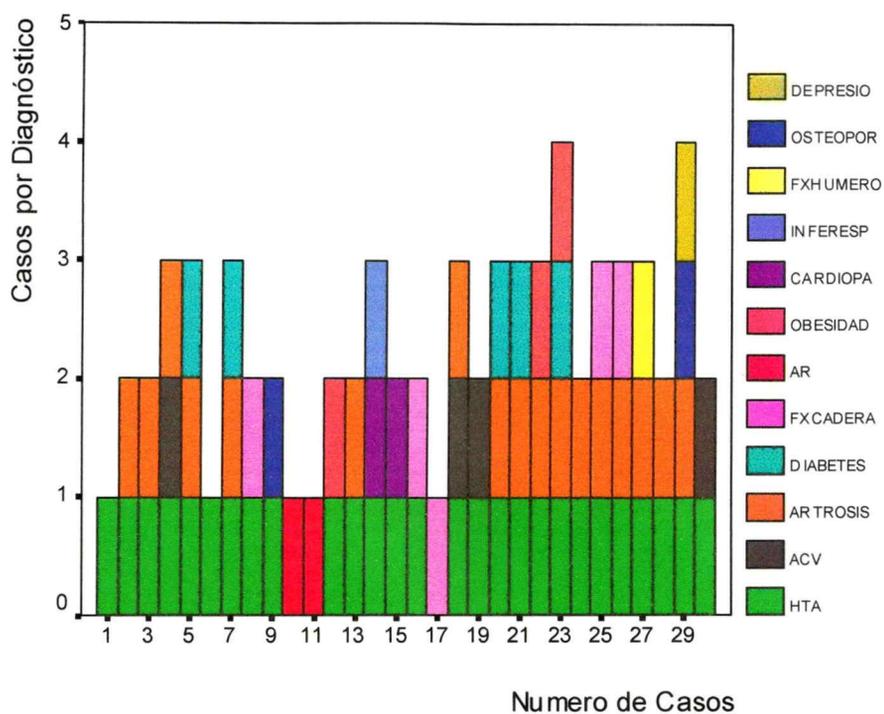
Resultados de la Encuesta según Número de Hijos de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004.



Resultados de la Encuesta según Nivel de Educación de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004.



Resultados de la Encuesta según Ocupación de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004.



Resultados de la Encuesta según Diagnóstico de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004.

Percepción de Calidad de Vida:

Para arribar a la síntesis de los resultados de la *Variable Percepción de Calidad de Vida* con el programa SPSS se debió:

1. Volcar los valores de cada **Faceta** de cada una de las unidades de análisis.
2. Obtener el puntaje de cada una de las **Facetas**.
3. Obtener el puntaje de cada **Dominio** tomando los valores de cada una de las *Facetas*.
4. Transformar **Facetas** y **Dominios** en la escala de 0 a 100 indicada en el WHOQOL - 100 que permite categorizar en:

0 %	25 %	50 %	75 %	100 %
MUY MAL	MAL	NORMAL	BUENO	MUY BUENO

En síntesis los puntajes de cada **Faceta** contribuye al puntaje de cada **Dominio** estudiado.

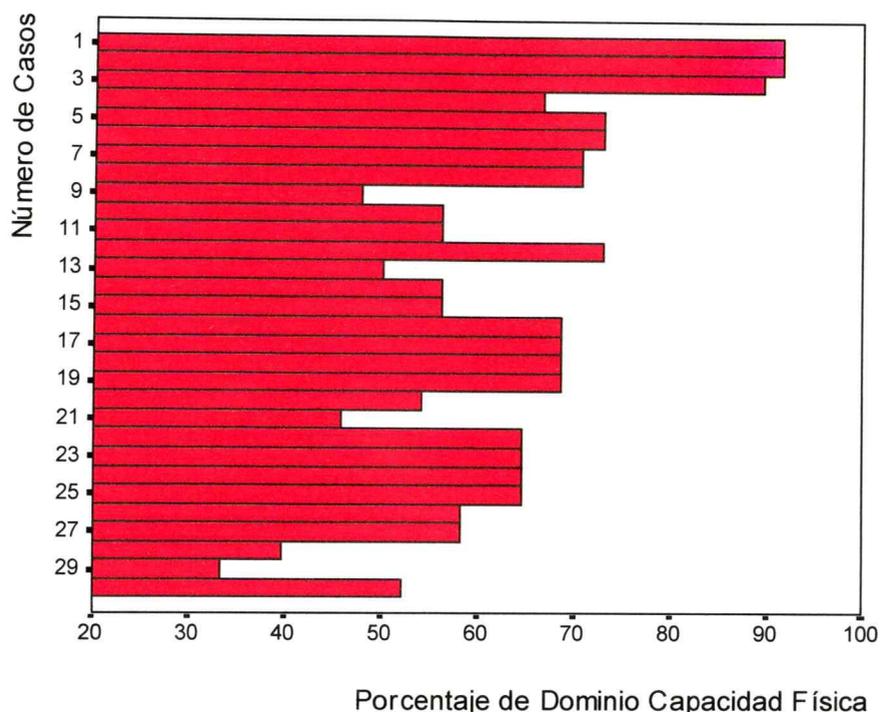
Se presentan como anexo las Tablas correspondientes, a continuación se detallan los resultados de cada uno de los **Dominios**.

Dominio I: Capacidad Física.

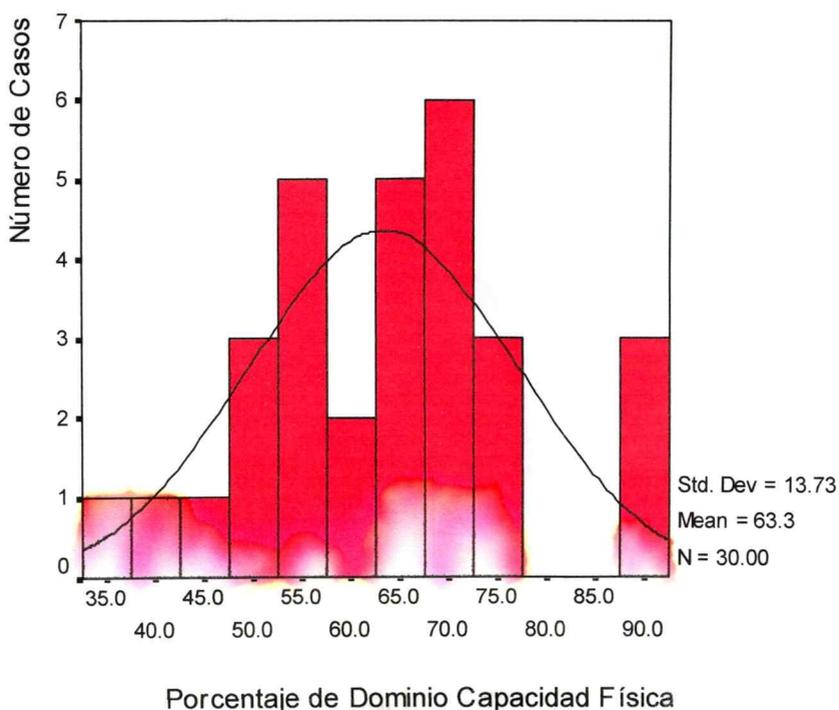
- ☑ El promedio se situó en un 63,3% del puntaje de la escala de 0 a 100.
- ☑ La mayor concentración de números de casos se ubicó en el 70%.
- ☑ Los extremos de la distribución de la muestra se encontraron entre el 35% y 45% al 90%.

Respecto
D.S.

De las 30 unidades de análisis el 80% percibe su *Capacidad Física* como NORMAL, BUENA y MUY BUENA.



Resultados de la Encuesta según Dominio Capacidad Física de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004



Resultados de la Encuesta según Dominio Capacidad Física de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004

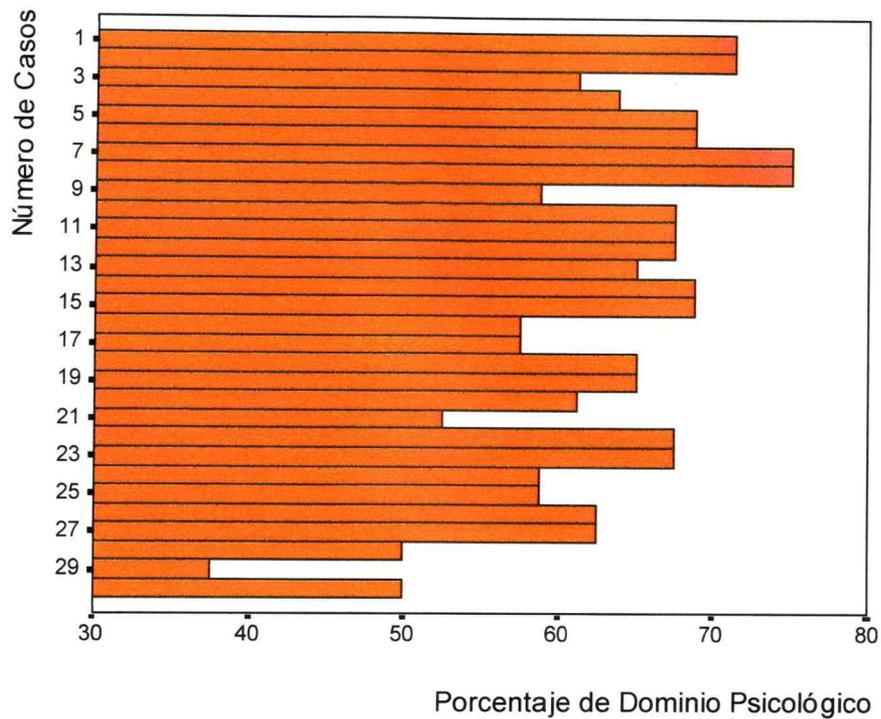
Dominio II: Psicológico

- ☑ El promedio fue de 63,1% del puntaje de la escala de 0 a 100.

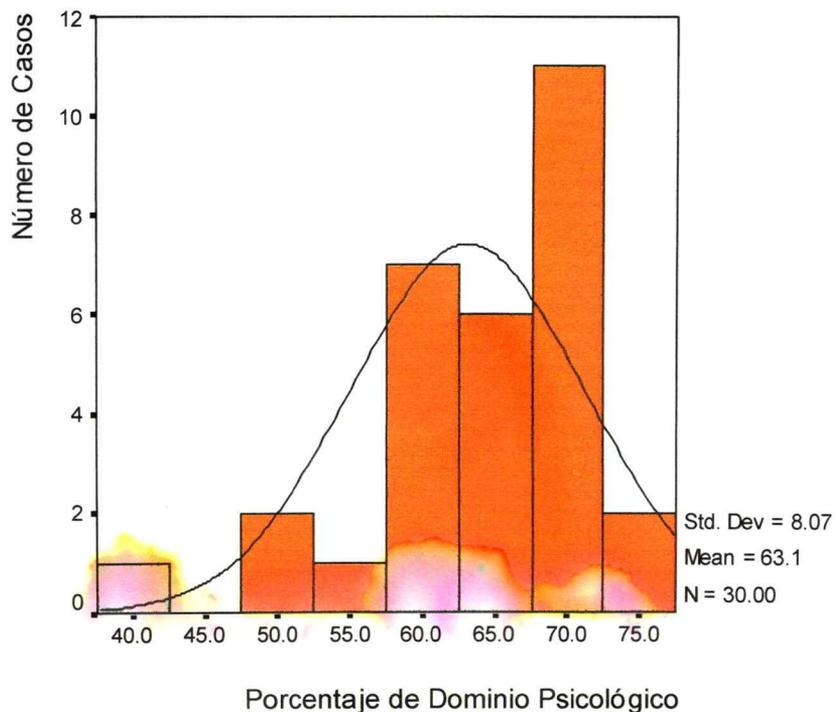
- ☑ Similar al dominio capacidad física la mayor concentración de casos se ubicó en el 70%.

- ☑ Entre el 40 y 75% se ubicaron los extremos de la distribución.

De las 30 unidades de análisis solo 2 perciben su *perfil psicológico* de MAL a NORMAL.



Resultados de la Encuesta según Dominio Psicológico de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004



Resultados de la Encuesta según Dominio Psicológico de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004

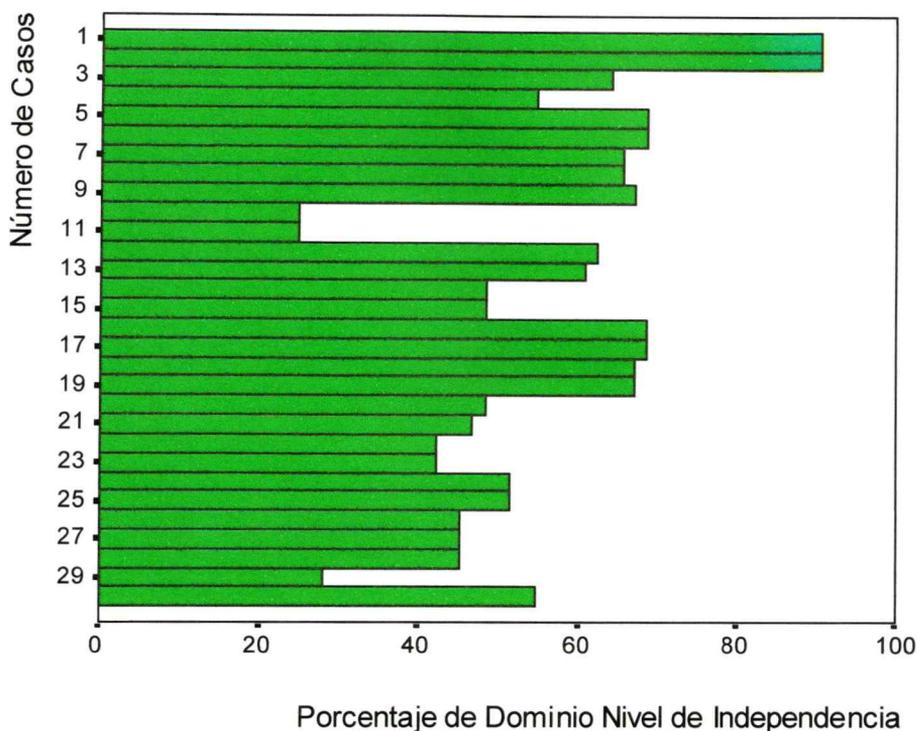
Dominio III: Nivel de Independencia

- ☑ Para este dominio el promedio se ubicó en el 56% del puntaje de la escala de 0 a 100.

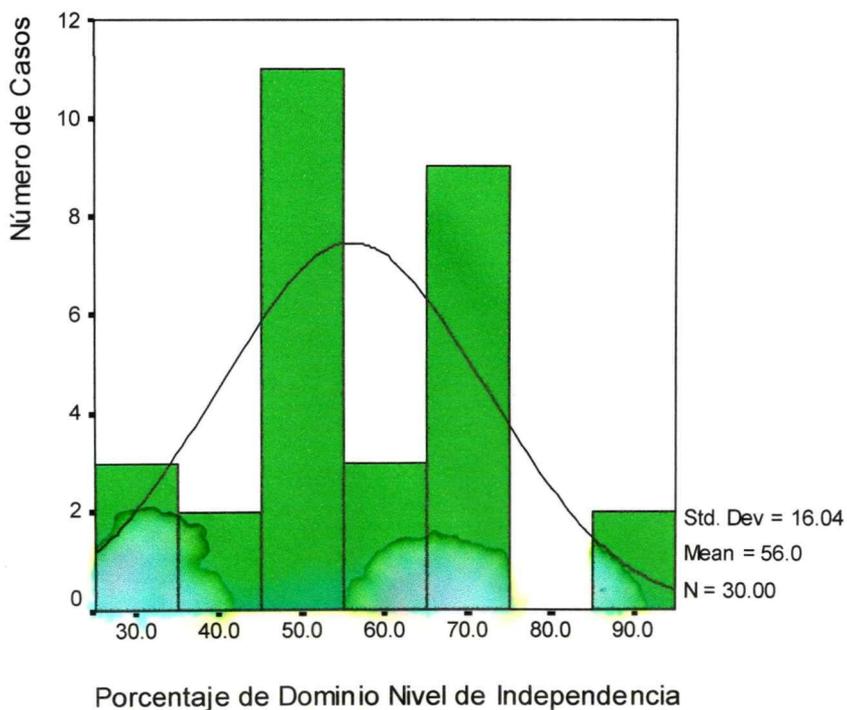
- ☑ A diferencia de los anteriores dominios la mayor concentración de casos se presentó en el 50%.

- ☑ De la distribución de la muestra entre el 30% y 90% se encontraron los extremos.

25 unidades de análisis percibieron al *nivel de Independencia* como de NORMAL a MUY BUENO.



Resultados de la Encuesta según Dominio Nivel de Independencia de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004

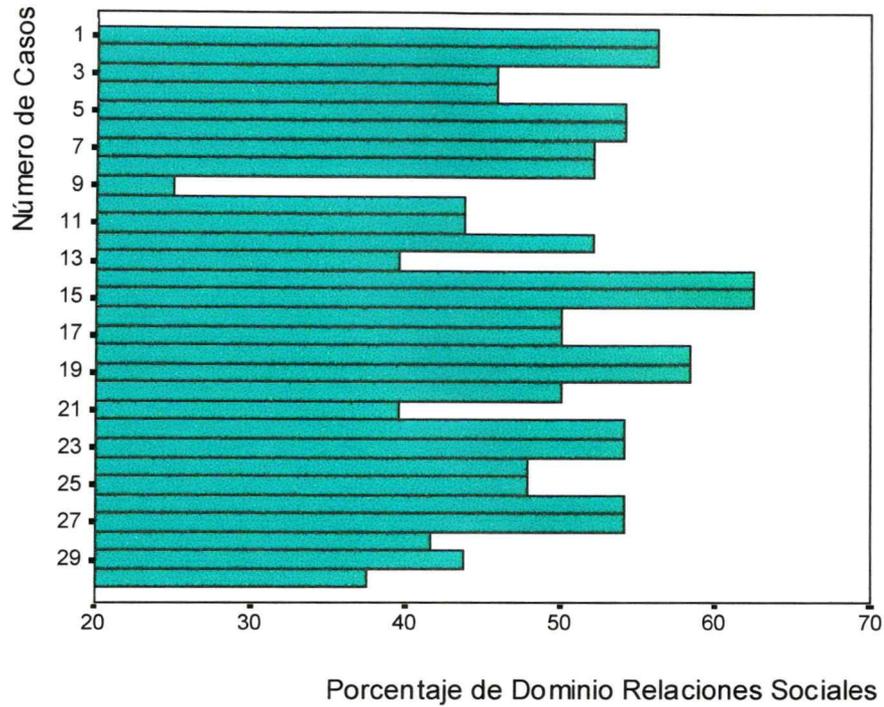


Resultados de la Encuesta según Dominio Nivel de Independencia de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004

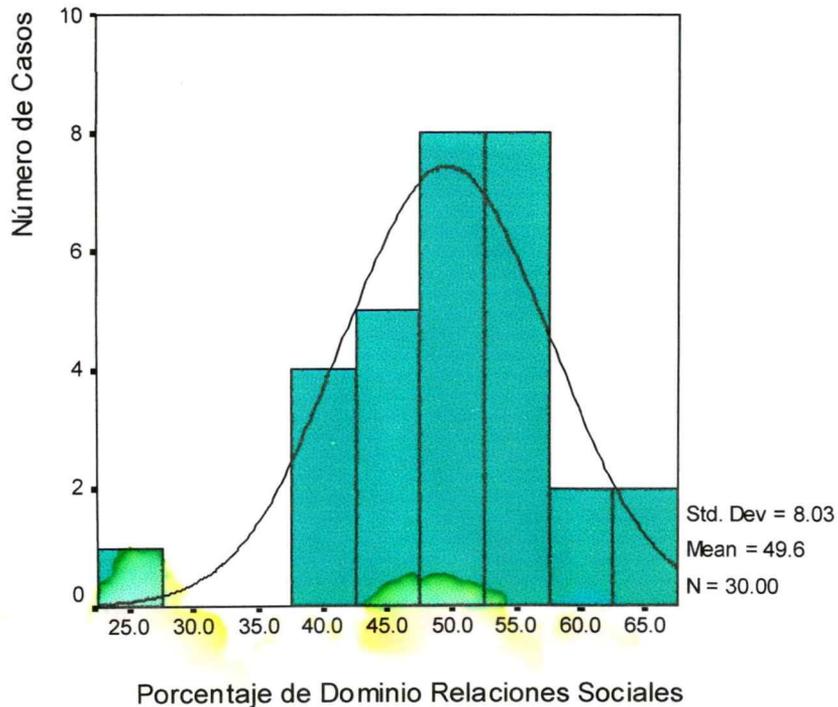
Dominio IV: Relaciones Sociales

- ☑ En este caso el promedio se encontró en el 49,6% del puntaje de la escala de 0 a 100.
- ☑ De un 50 a 55% se encontró la mayor concentración de casos, similar al dominio anterior.
- ☑ Con respecto a los extremos de la distribución de la muestra se ubicaron entre el 25 a 65%.

Las 30 unidades de análisis no perciben a las *Relaciones Sociales* dentro de las categorías BUENA y MUY BUENA.



Resultados de la Encuesta según Dominio Relaciones Sociales de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004

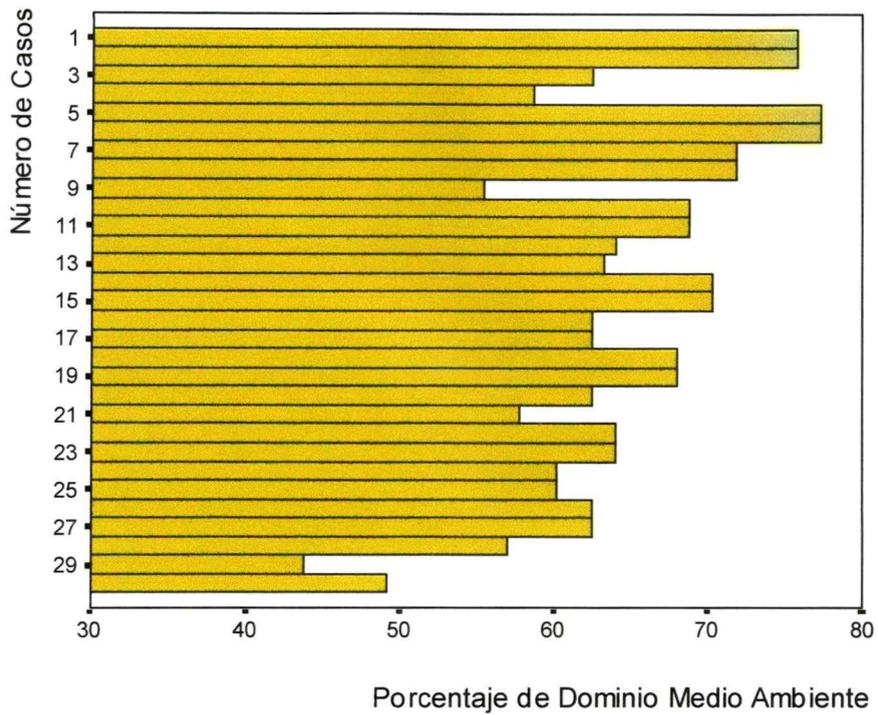


Resultados de la Encuesta según Dominio Relaciones Sociales de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004

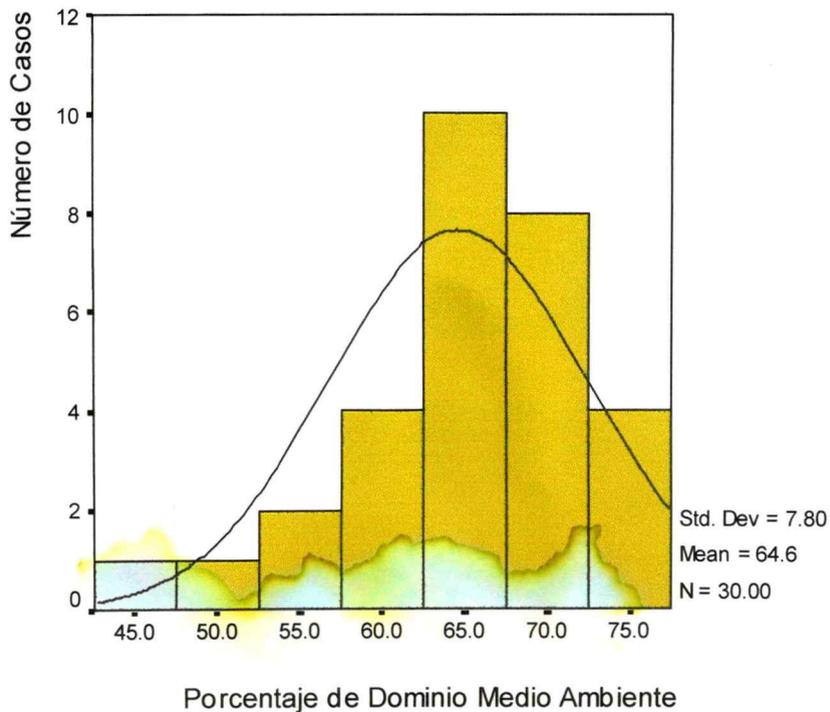
Dominio V: Medio Ambiente.

- ☑ El promedio se situó en un 64,6% del puntaje de la escala de 0 a 100.
- ☑ La mayor concentración de número de casos se ubicó en el 65%.
- ☑ En este caso los extremos de la distribución de la muestra se ubicaron entre el 45 y 75%, evidenciándose menor porcentaje de amplitud entre los extremos en comparación con los anteriores dominios.

28 unidades de análisis percibieron al
Medio Ambiente como NORMAL y BUENO.



Resultados de la Encuesta según Dominio Medio Ambiente de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004



Resultados de la Encuesta según Dominio Medio Ambiente de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004

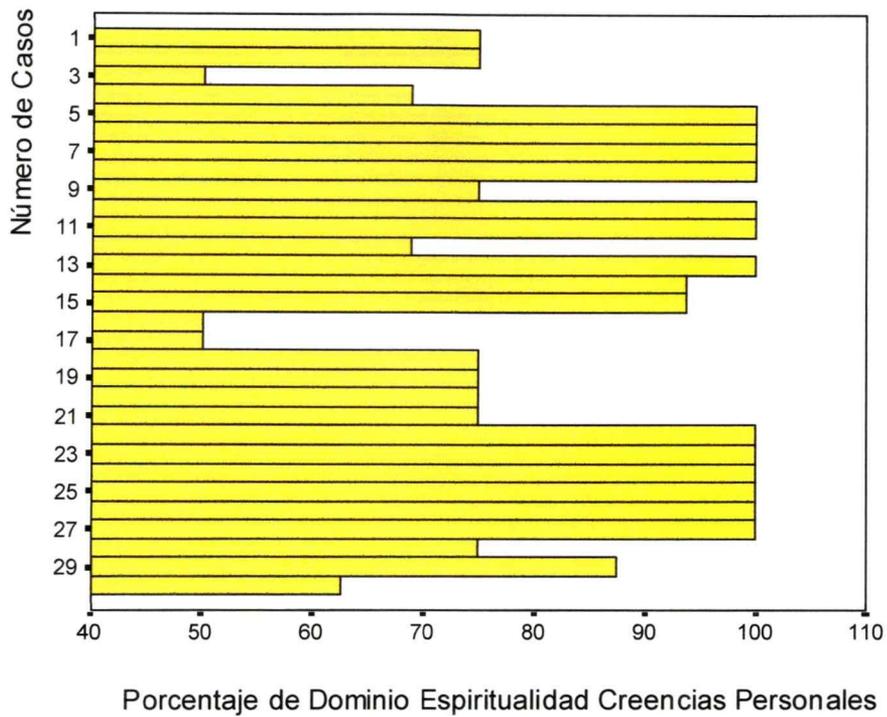
Dominio VI: Espiritualidad y Creencias personales.

- ☑ Para este dominio el promedio se encontró en un 84,2% del puntaje de la escala de 0 a 100.

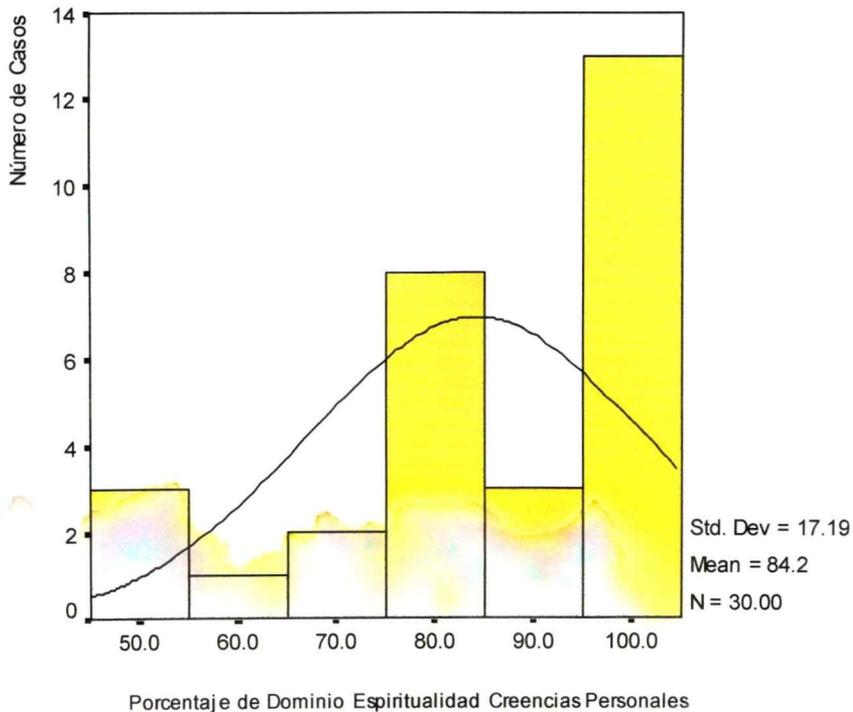
- ☑ En este el extremo mínimo no se corresponde con valores porcentuales bajos sino que se inicia desde un 50% a un 100%

- ☑ Se situó la mayor concentración en el 100%.

Las 30 unidades de análisis percibieron a la
Espiritualidad y Creencias Personales de
NORMAL a MUY BUENA.



Resultados de la Encuesta según Dominio Espiritualidad Creencias Personales de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004



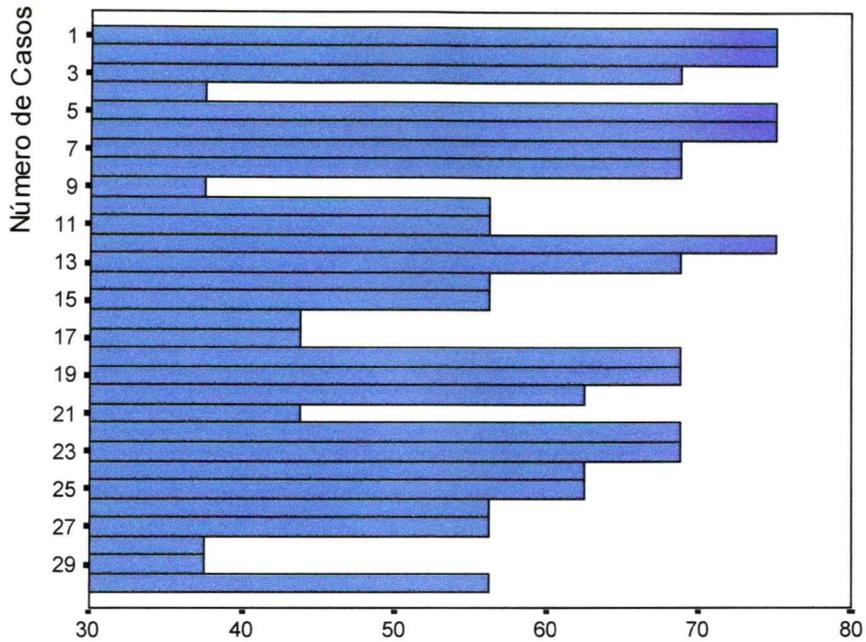
Resultados de la Encuesta según Dominio Espiritualidad Creencias Personales de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004

- ☑ ***Calidad de Vida Global y Percepción General de Salud:*** la percepción de la calidad de vida global y salud en general de las dos últimas semanas de los adultos mayores institucionalizados registró un promedio de 59,6% del puntaje de la escala de 0 a 100.

- ☑ En un 60% se ubicó la mayor concentración de número de casos.

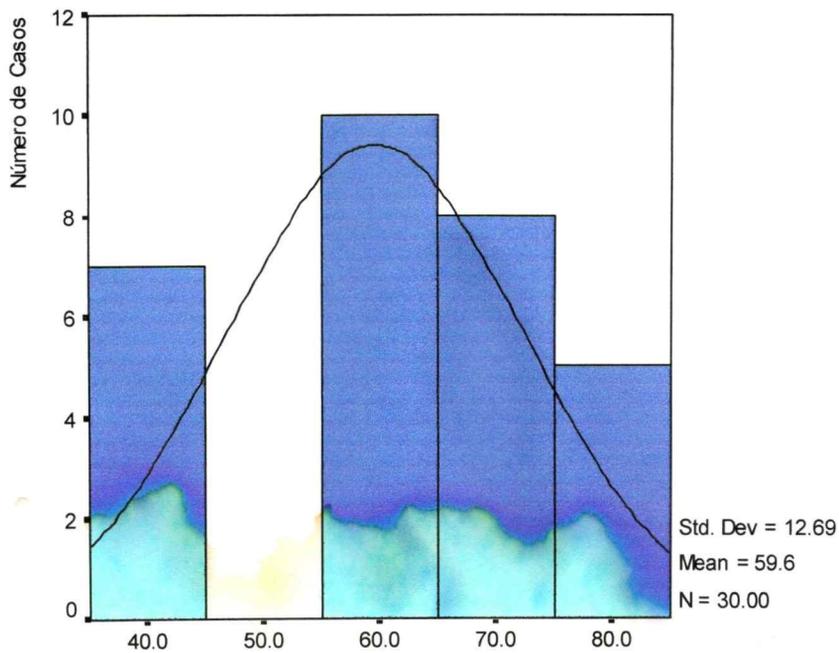
- ☑ Los extremos de la distribución de la muestra se encontraron entre el 40 y 80%.

El perfil de la *Calidad de Vida Global y Percepción General de Salud* fue percibido en un 66,7% como **NORMAL** por las unidades de análisis.



Porcentaje Calidad de Vida Global y Percepción General de Salud

Resultados de la Encuesta según Calidad de Vida Global y Percepción General de Salud de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004

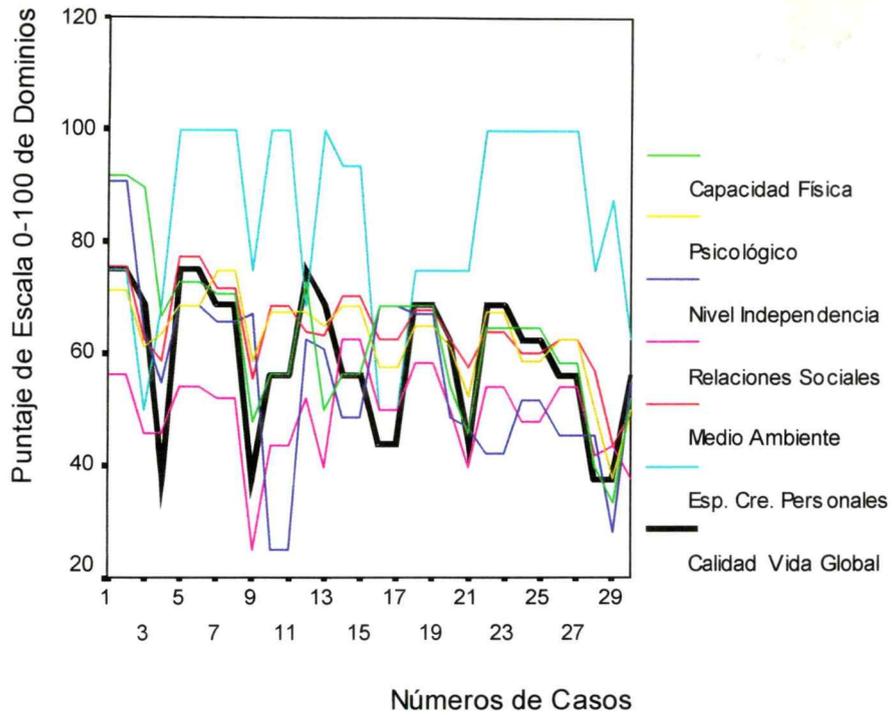


Porcentaje Calidad de Vida Global y Percepción General de Salud

Resultados de la Encuesta según Calidad de Vida Global y Percepción General de Salud de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004

Síntesis de los resultados:

- ☑ **Dominios, Perfil de Calidad de Vida Global y Percepción General de Salud de los Adultos Mayores Institucionalizados:** a través de este gráfico se evidencia que la mayor concentración de casos se encuentran entre el 56,25, el 68,7 y el 75% del puntaje de la escala de 0 a 100. Lo que significa que los adultos Mayores Institucionalizados tienen una Percepción de Calidad de Vida Global y Salud General entre **Normal a Buena**.
- ☑ En relación a todos los Dominios no se demuestran significativas diferencias porcentuales, exceptuando al *Dominio Espiritualidad y Creencias Personales* que muestra fuerte y consistentes valores y creencias en los mismos.



Resultados de la Encuesta WHOQOL-100 según Dominios y Perfil de C.V. Global y Percepción Gral. de Salud de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004

CONCLUSIONES

Interpretación y Conclusiones.

Como resumen del trabajo se presentan algunas consideraciones, resaltando que éstas son válidas para *adultos mayores institucionalizados*, en ámbitos de características similares de funcionamiento como se plantea en este trabajo.

En relación al *instrumento WHOQOL - 100*

- ☑ Destacar que la medición hecha a través de este instrumento muestra buenos niveles de confiabilidad y validez. Permite un análisis multidimensional exhaustivo de cada una de las facetas, que resume de manera bastante precisa el perfil de cada uno de los dominios de calidad de vida y percepción general de salud.
- ☑ Otro punto a mencionar es que a pesar de ser un instrumento extenso (100 preguntas), no presentó dificultades a la hora de realizar las entrevistas, pero cabe resaltar que este resultado fue por la decisión de la autora quien lo administró en forma de entrevista personal y no de manera autoadministrada. En reiteradas oportunidades hubo que aclarar que las respuestas debían referirse temporalmente a las dos últimas semanas.

En relación a los resultados parciales y totales de **facetas y dominios**

- ☑ Se resalta que la faceta actividad sexual fue significativamente la que obtuvo valores mas bajos en todas las unidades de análisis, y tal vez esto tenga su correlato con la variable estado civil que evidenció altos porcentajes de viudas, viudos y separadas, con nulos porcentajes de casados, en pareja o unión de hecho; también que las instituciones no propician esta actividad y es un tema complejo a tratar dentro de las mismas y con el núcleo familiar.
- ☑ Con respecto a las facetas Medio ambiente hogareño y medio ambiente físico es de mencionar que los valores fueron significativamente altos, resultado que se interpreta como sumamente beneficioso, ya que si bien no es comparable al hogar propio, se evidencia que la percepción que se tiene del mismo (institución) es buena o muy buena. Tal vez sería de interés para evaluar esta faceta con mas profundidad, analizar los resultados de ésta teniendo en cuenta si la decisión de institucionalización (internación) fue personal por parte del adulto mayor o de terceros; variable seguramente en estricta relación a los resultados de los valores y ayudaría a otro tipo de análisis y comprensión.
- ☑ El soporte social o contención de amigos en este caso arrojó valores bajos, que se interpreta por que los entrevistados refieren no tener amigos por estar fallecidos, con deterioro o en iguales condiciones. Las personas que

comparten el ámbito institucional no son consideradas dentro de la categoría amigos.

- ☑ La movilidad y transporte son dos facetas que se relacionan de manera inversa, la movilidad tiene valores bajos arrojados por aquellos adultos que deambulan en silla de ruedas o con asistencia de algún tipo. La faceta transporte, comprende valores medios y altos. La posible explicación sería que los adultos no son usuarios de transporte públicos pero sí lo son de privados taxis, remises o transportes para discapacitados y coches de familiares.
- ☑ Una faceta con un comportamiento no esperado es la de dolor y disconfort que arrojó valores nulos (valor cero) valor muy significativo, teniendo en cuenta las características de la muestra, personas añasas.
- ☑ Se remarcan los valores obtenidos en el dominio espiritualidad y creencias personales con porcentajes alcanzados al 100%; que podrían explicarse con la etapa evolutiva vital alcanzada por la persona.

Para concluir puede decirse que la *Calidad de Vida Global y Percepción General de Salud que tienen los Adultos Mayores Institucionalizados*, demuestra un perfil de normal a buena, expresado en términos de la escala del WHOQOL - 100.

Desde la perspectiva del paciente sobre su propia percepción de bienestar individual; a la luz de las tendencias actuales en la atención de la salud, que pone la mira en minimizar costos y maximizar los resultados de los tratamientos, parece sensato incorporar la Calidad de Vida, a efectos de comparar de manera sensible la repercusión de las diferentes alternativas terapéuticas en donde una de ellas es innegablemente la Terapia Ocupacional. La información obtenida entonces podría ser utilizada para justificar la asignación de recursos a aquellos tratamientos que logren los mejores resultados sobre la calidad de vida de las personas, como lo es en este caso en particular para la disciplina Terapia Ocupacional que enfatiza la calidad de vida cuando afirma que la gente está saludable o enferma de acuerdo a las actividades o funciones que ellos pueden o no realizar. Aún más, el énfasis que los Terapeutas Ocupacionales ponen en la calidad de vida es lo que significaría para las personas sus tareas diarias. La información también arroja datos para un abordaje clínico de la Terapia Ocupacional pero no afirma la modificación de la Percepción de los Adultos Mayores Institucionalizados.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

BIBLIOGRAFÍA GENERAL:

- 📖 ARBINAGA IBARZÁBAL Félix., Personas Mayores institucionalizadas versus no institucionalizadas: aspectos diferenciales en ansiedad ante la muerte, depresión y satisfacción con la vida. *Mapfre Medicina.* 14: 258-264. España. 2003.
- 📖 BELKIS SORIA BELL., RODRIGUEZ SAIF Angela. Análisis de los aspectos Psicológicos y Sociales más relevantes en Ancianos Institucionalizados. *Revista Cubana de Enfermería* 18(2): 116 - 21. Cuba. 2002.
- 📖 BELKIS SORIA BELL., VEGA Melba Cintra., Grado de satisfacción de los residentes del Hogar de ancianos América Labadí Arce. *Revista Cubana de Enfermería* 18(2): 86 - 91. Cuba. 2002.
- 📖 BLEJER J., Psicología Institucional y Psicohigiene. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1976.
- 📖 BONICATTO S., y Cols. Pacientes Ambulatorios Adultos con Depresión Mayor: Menor Calidad de Vida que otras Enfermedades Médicas Crónicas en Argentina. *Revista Social Science and Medicine USA.* 52: 911- 919. Año 2001.
- 📖 BONICATTO, S. Desarrollo de la versión WHOQOL-100 en Argentina. Fundación FUNDONAR. La Plata. Argentina. 1998.
- 📖 BONICATTO, S. Y cols., Evaluación de calidad de vida en pacientes con depresión mayor: predictibilidad de los niveles de severidad. *Revista Acta Psiquiátrica Psicológica de América latina.*, 46(4):318-324. Año 2000.
- 📖 CABERO L., PÁSSERA G y cols. ¿Evaluar Ancianos o las Instituciones que los Alberga?. Trabajo presentado en el VIII Congreso Argentino de la SAG y Geriátrico - Envejecer en un mundo globalizado. Mar del Plata. 1998
- 📖 CHIRSTIANSEN Charles., Gerenciamento: oportunidades y cambios para la Terapia Ocupacional en los sistemas emergentes del siglo XXI., *AJOT.* Junio 1996.
- 📖 DE LOS REYES Ma. C. Y cols. Familia Vejez e Internación geriátrica. *Medicina y Sociedad.* Volumen 22 N° 3 y 4. Pág. 175. Julio - Diciembre. 1999.
- 📖 FIDLER GAIL S., La Performance Estilo de Vida. Desde un modelo conceptual. *AJOT.* Volume 50., Number2., Págs. 139-147. February, 1996.

- 📖 FUSTINONI O., PASSANANTE D., La Tercera Edad. Estudio Integral. Editores la Prensa Médica Argentina. Pág 2. Buenos Aires. 1980.
- 📖 GOFFMAN E., Internados. Ensayos sobre la Situación Social de los enfermos Mentales. Amorrortu Editores. Buenos Aires. 1988.
- 📖 GOLPE, L., Antropología de la Vejez. Implicancias del Envejecimiento Poblacional en la Argentina. Trabajo presentado en el I Simposio Argentino de T.O. en gerontología. Módulo de Resúmenes. Mar del Plata. 1999.
- 📖 GRAU ABALO Jorge., Calidad de Vida y Salud: Problemas Actuales en su Investigación. Ponencia II Jornadas de Actualización en Psicología de la Salud - ASOCOPSIS. Seccional Valle del Cauca. Pág. 1 -15. Agosto de 1988.
- 📖 LEVI L ., ANDERSON., La Tensión Psicosocial. Población, ambiente y calidad de la Vida. El Manual Moderno. Pag 7. México DF.1980.
- 📖 MIRANDA Claudia y otros., La Ocupación en la Vejez. Una Visión Gerontológica desde Terapia Ocupacional. Imprenta Relieve. Pág. 9. Setiembre. 1996.
- 📖 OMS. (1994)
- 📖 POLIT, D., HUNGLER, B., Investigación en Ciencias de la Salud; México; Interamericana/ McGraw - Hill; 5° Edición, 1998.
- 📖 RUBISTEIN Susana., VOLIJ Norberto. Algunas Consideraciones Sobre Instituciones Geriátricas de Estadía Prolongada. COLTO III. Terapia ocupacional. Actualizaciones en Teoría y Clínica. Pág. 27-32. 1995.
- 📖 RUIZ TORRES A., Manual de Geriatría. Capítulo 2. Pág. 19. 1980.
- 📖 SAMPIERI HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ COLLADO, C. Y BAPTISTA LUCIO, P., Metodología de la Investigación; México; McGraw - Hill; Tercera Edición; 2003.
- 📖 SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIÁTRIA Y GERONTOLOGÍA., Residencias para Personas Mayores. Manual de Orientación. Ed. Artes Gráficas Gutenberg. Capítulo I pág. 33. España. 1995.

- 📖 SPSS. *Statistical Package for the Social Sciences*. For Windows. Universidad de Chicago. Manual de Uso. Editorial Paraninfo. 1999.
- 📖 STREJILEVICH M. *Temas de Psicogeriatría*. Ediciones 1919. Buenos Aires. 1990.
- 📖 WHOQOL. , *Los instrumentos de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud Manual del Usuario*. , OMS. , Ediciones CATA. , 1998.
- 📖 WILLARD, SPACKMAN. *Terapia Ocupacional*. Octava Edición. Editorial Médica Panamericana. España. Pág. 606. 1998.

ANEXO I

Resultados de la Encuesta según Edad en Años de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004.

Statistics

EDAD

N	Valid	30
	Missing	0

EDAD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	60.00	1	3.3	3.3	3.3
	61.00	1	3.3	3.3	6.7
	69.00	2	6.7	6.7	13.3
	71.00	1	3.3	3.3	16.7
	72.00	1	3.3	3.3	20.0
	74.00	1	3.3	3.3	23.3
	75.00	1	3.3	3.3	26.7
	76.00	2	6.7	6.7	33.3
	78.00	3	10.0	10.0	43.3
	80.00	3	10.0	10.0	53.3
	81.00	3	10.0	10.0	63.3
	82.00	1	3.3	3.3	66.7
	83.00	1	3.3	3.3	70.0
	84.00	3	10.0	10.0	80.0
	85.00	2	6.7	6.7	86.7
	86.00	1	3.3	3.3	90.0
	87.00	1	3.3	3.3	93.3
	89.00	1	3.3	3.3	96.7
	90.00	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Resultados de la Encuesta según Sexo de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004.

Statistics

SEXO

N	Valid	30
	Missing	0

SEXO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	hombre	6	20.0	20.0	20.0
	mujer	24	80.0	80.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Resultados de la Encuesta según Estado Civil de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004.

Statistics

ESTADO CIVIL

N	Valid	30
	Missing	0

ESTADO CIVIL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	separada	5	16.7	16.7	16.7
	separado	1	3.3	3.3	20.0
	soltera	2	6.7	6.7	26.7
	viuda	17	56.7	56.7	83.3
	viudo	5	16.7	16.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Resultados de la Encuesta según Número de Hijos de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004.

Statistics

HIJOS

N	Valid	30
	Missing	0

HIJOS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	2	6.7	6.7	6.7
	1.00	9	30.0	30.0	36.7
	2.00	14	46.7	46.7	83.3
	3.00	4	13.3	13.3	96.7
	4.00	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Resultados de la Encuesta según Nivel de Educación de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004.

Statistics

EDUCACION

N	Valid	30
	Missing	0

EDUCACION

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	primaria completa	15	50.0	50.0	50.0
	primaria incompleta	4	13.3	13.3	63.3
	secundaria completa	3	10.0	10.0	73.3
	secundaria incompleta	2	6.7	6.7	80.0
	sin educación	5	16.7	16.7	96.7
	terciaria completa	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Resultados de la Encuesta según Ocupación de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004

Statistics

OCUPACIÓN

N	Valid	30
	Missing	0

OCUPACIÓN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	acomodador de cine	1	3.3	3.3	3.3
	administrativa	1	3.3	3.3	6.7
	administrativo	1	3.3	3.3	10.0
	ama de casa	14	46.7	46.7	56.7
	carpintero	1	3.3	3.3	60.0
	comerciante	1	3.3	3.3	63.3
	docente	3	10.0	10.0	73.3
	empleada	5	16.7	16.7	90.0
	empleado	2	6.7	6.7	96.7
	profesora en Letras	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Resultados de la Encuesta según Diagnóstico de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004.

Statistics
DIAGNÓSTICO

		HTA	ACV	Artrosis	Diabetes	Fractura Cadera	Artritis Reumatoidea	Obesidad	Cardiopatía	Infección Respiratoria	Fractura de Húmero	Osteoporosis	Depresión
N	Valid	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

HTA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	3	10.0	10.0	10.0
	1.00	27	90.0	90.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

ACV

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	26	86.7	86.7	86.7
	1.00	4	13.3	13.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

ARTROSIS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	13	43.3	43.3	43.3
	1.00	17	56.7	56.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

DIABETES

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	25	83.3	83.3	83.3
	1.00	5	16.7	16.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

FRACTURA de CADERA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	25	83.3	83.3	83.3
	1.00	5	16.7	16.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

ARTRITIS REUMATOIDEA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	28	93.3	93.3	93.3
	1.00	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

OBESIDAD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	27	90.0	90.0	90.0
	1.00	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

CARDIOPATÍA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	28	93.3	93.3	93.3
	1.00	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

INFECCIÓN RESPIRATORIA ALTA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	29	96.7	96.7	96.7
	1.00	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

FRACTURA DE HÚMERO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	29	96.7	96.7	96.7
	1.00	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

OSTEOPOROSIS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	28	93.3	93.3	93.3
	1.00	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

DEPRESIÓN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	29	96.7	96.7	96.7
	1.00	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Resultados de la Encuesta WHOQOL-100 según Facetas de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Dolor y Discomfort	30	.00	87.50	48.1250	24.6828
Sueño y Decanso	30	18.75	93.75	73.5417	17.1896
Energía y Fatiga	30	31.25	93.75	64.3750	18.9394
Sentimientos Positivos	30	31.25	75.00	61.2500	12.9655
Pensamiento, Aprendizaje....	30	43.75	93.75	68.5417	11.0694
Autoestima	30	18.75	68.75	54.5833	9.4192
Imagen Corporal y Apariencia	30	43.75	87.50	70.0000	11.6523
Sentimientos Negativos	30	12.50	68.75	38.9583	14.8342
Movilidad	30	12.50	100.00	49.5833	24.2302
AVD	30	18.75	93.75	62.2917	21.6185
Dependencias de Medicinas...	30	12.50	75.00	43.9583	15.8695
Capacidad de Trabajar	30	37.50	100.00	56.0417	15.3518
Relaciones Personales	30	37.50	81.25	70.0000	12.2166
Actividad Sexual	30	25.00	25.00	25.0000	.0000
Soporte Social	30	12.50	81.25	53.7500	13.9851
Seguridad Física	30	25.00	75.00	58.3333	10.1621
Medio Ambiente Hogareño	30	31.25	100.00	72.2917	13.0981
Recursos Financieros	30	50.00	81.25	57.2917	10.3915
Cuidado Social y de la Salud..	30	50.00	87.50	70.0000	10.8129
Oportunidades obten Información	30	25.00	87.50	61.4583	15.8355
Particip. oportunidades recreación	30	25.00	87.50	59.5833	15.6343
Medio Ambiente Físico	30	25.00	87.50	72.0833	14.0938
Transporte	30	43.75	93.75	65.4167	16.5549
Espiritualidad creencias person.	30	50.00	100.00	84.1667	17.1935
Valid N (listwise)	30				

Resultados de la Encuesta WHOQOL-100 según Dominios y Perfil de C.V. Global y Percepción Gral. de Salud de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Febrero - Noviembre. Año 2004

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Capacidad Física	30	33.33	91.67	63.2639	13.7267
Psicológico	30	37.50	75.00	63.0833	8.0725
Nivel de Independencia	30	25.00	90.63	55.9896	16.0402
Relaciones Sociales	30	25.00	62.50	49.5833	8.0297
Medio Ambiente	30	43.75	77.34	64.5573	7.8030
Espiritualidad Creencias Personales	30	50.00	100.00	84.1667	17.1935
C.V Global y Percep. Gral de Salud	30	37.50	75.00	59.5833	12.6854
Valid N (listwise)	30				

Statistics

		Capacidad Física	Psicológico	Nivel de Independencia	Relaciones Sociales	Medio Ambiente	Espiritualidad Creencias Personales	Calidad de Vida Global y Percepción Gral. de Salud
N	Valid	30	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

Capacidad Física

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	33.33	1	3.3	3.3	3.3
	39.58	1	3.3	3.3	6.7
	45.83	1	3.3	3.3	10.0
	47.92	1	3.3	3.3	13.3
	50.00	1	3.3	3.3	16.7
	52.08	1	3.3	3.3	20.0
	54.17	1	3.3	3.3	23.3
	56.25	4	13.3	13.3	36.7
	58.33	2	6.7	6.7	43.3
	64.58	4	13.3	13.3	56.7
	66.67	1	3.3	3.3	60.0
	68.75	4	13.3	13.3	73.3
	70.83	2	6.7	6.7	80.0
	72.92	3	10.0	10.0	90.0
	89.58	1	3.3	3.3	93.3
	91.67	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Psicológico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	37.50	1	3.3	3.3	3.3
	50.00	2	6.7	6.7	10.0
	52.50	1	3.3	3.3	13.3
	57.50	2	6.7	6.7	20.0
	58.75	3	10.0	10.0	30.0
	61.25	2	6.7	6.7	36.7
	62.50	2	6.7	6.7	43.3
	63.75	1	3.3	3.3	46.7
	65.00	3	10.0	10.0	56.7
	67.50	5	16.7	16.7	73.3
	68.75	4	13.3	13.3	86.7
	71.25	2	6.7	6.7	93.3
	75.00	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Nivel de Independencia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	25.00	2	6.7	6.7	6.7
	28.13	1	3.3	3.3	10.0
	42.19	2	6.7	6.7	16.7
	45.31	3	10.0	10.0	26.7
	46.88	1	3.3	3.3	30.0
	48.44	3	10.0	10.0	40.0
	51.56	2	6.7	6.7	46.7
	54.69	2	6.7	6.7	53.3
	60.94	1	3.3	3.3	56.7
	62.50	1	3.3	3.3	60.0
	64.06	1	3.3	3.3	63.3
	65.63	2	6.7	6.7	70.0
	67.19	3	10.0	10.0	80.0
	68.75	4	13.3	13.3	93.3
	90.63	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Relaciones Sociales

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	25.00	1	3.3	3.3	3.3
	37.50	1	3.3	3.3	6.7
	39.58	2	6.7	6.7	13.3
	41.67	1	3.3	3.3	16.7
	43.75	3	10.0	10.0	26.7
	45.83	2	6.7	6.7	33.3
	47.92	2	6.7	6.7	40.0
	50.00	3	10.0	10.0	50.0
	52.08	3	10.0	10.0	60.0
	54.17	6	20.0	20.0	80.0
	56.25	2	6.7	6.7	86.7
	58.33	2	6.7	6.7	93.3
	62.50	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Medio Ambiente

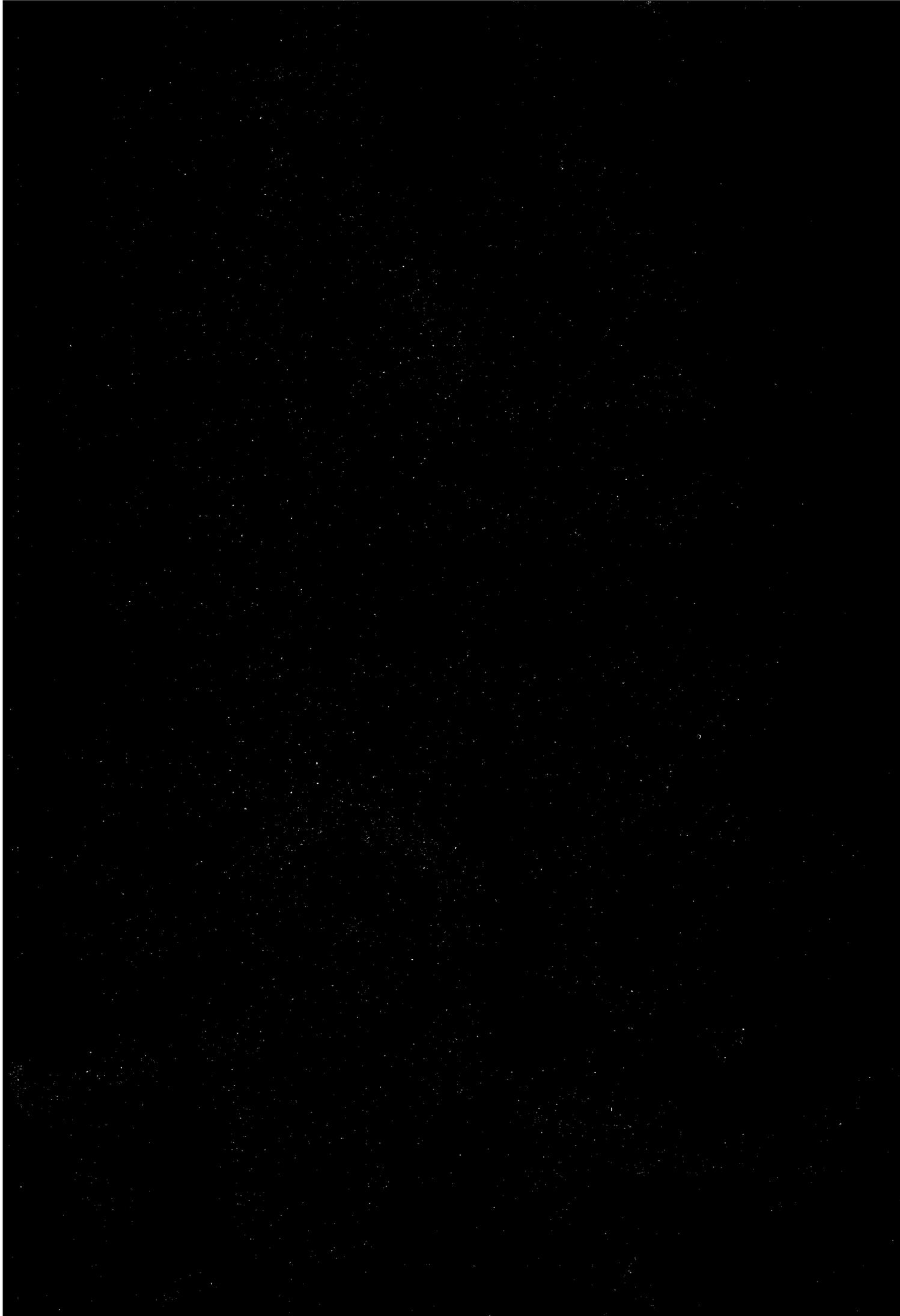
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	43.75	1	3.3	3.3	3.3
	49.22	1	3.3	3.3	6.7
	55.47	1	3.3	3.3	10.0
	57.03	1	3.3	3.3	13.3
	57.81	1	3.3	3.3	16.7
	58.59	1	3.3	3.3	20.0
	60.16	2	6.7	6.7	26.7
	62.50	6	20.0	20.0	46.7
	63.28	1	3.3	3.3	50.0
	64.06	3	10.0	10.0	60.0
	67.97	2	6.7	6.7	66.7
	68.75	2	6.7	6.7	73.3
	70.31	2	6.7	6.7	80.0
	71.88	2	6.7	6.7	86.7
	75.78	2	6.7	6.7	93.3
	77.34	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Espiritualidad Creencias Personales

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	50.00	3	10.0	10.0	10.0
	62.50	1	3.3	3.3	13.3
	68.75	2	6.7	6.7	20.0
	75.00	8	26.7	26.7	46.7
	87.50	1	3.3	3.3	50.0
	93.75	2	6.7	6.7	56.7
	100.00	13	43.3	43.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Calidad de Vida Global y Percepción General de Salud

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	37.50	4	13.3	13.3	13.3
	43.75	3	10.0	10.0	23.3
	56.25	7	23.3	23.3	46.7
	62.50	3	10.0	10.0	56.7
	68.75	8	26.7	26.7	83.3
	75.00	5	16.7	16.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



Este cuestionario pregunta cómo se siente Usted respecto de la calidad de su vida, salud, y otras áreas de su vida. Por favor, responda todas las preguntas. Si está inseguro sobre cómo responder alguna de ellas, escoja la opción que le parece mejor, más apropiada. A menudo ésta puede ser su primera respuesta.

Por favor, tenga presente sus costumbres, esperanzas, gustos y placeres y sus preocupaciones. Le pedimos que al responder, piense en su vida en las dos últimas semanas.

Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, una pregunta podría ser:

¿ Cuanto le preocupó su salud ?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

Usted debe subrayar la palabra que mejor se ajuste a la frecuencia con que le ha preocupado su salud en las dos últimas semanas. Si su salud le ha preocupado mucho, subraye la palabra MUCHO.

Por favor, lea cada pregunta, identifique sus sentimientos y subraye la palabra que, para cada pregunta, mejor se ajusta a sus sentimientos.

Las siguientes preguntas se refieren a cuanto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas; por ejemplo, sentimientos positivos de felicidad o bienestar. Si ha experimentado algunos de estos hechos "extremadamente", subraye la frase "en extremo". Si no ha tenido esa experiencia subraye la palabra "nada". Si su respuesta es intermedia, subraye la palabra que mejor refleje su elección. Recuerde por favor, que las respuestas se refieren a las últimas dos semanas

F.1.2 ¿Le preocupó tener algún dolor o malestar?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 1.3 ¿Cuan difícil fue para usted manejar su dolor o malestar?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 1.4 ¿En que medida sintió que el dolor físico le impidió hacer lo que necesitaba?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 2.2 ¿Con que facilidad se cansó?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 2.4 ¿Cuánto le molestó sentirse fatigado?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 3.2 ¿Tuvo dificultades para dormir?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 3.4 ¿Cuánto le preocuparon los problemas para dormir?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 4.1 ¿Cuanto disfrutó de la vida?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 4.3 ¿Que positivo se sintió respecto al futuro?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 4.4 ¿Cuánto experimentó sentimientos positivos en su vida?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 5.3 ¿Cuál fue su capacidad de concentración?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 6.1 ¿Cuánto se valoró a si mismo?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 6.2 ¿Cuanta confianza tuvo en si mismo?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 7.2 ¿Cuanto se sintió inhibido por su apariencia?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 7.3 ¿Cuánto lo incomodó algún aspecto de su apariencia?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 8.2 Cuan preocupado se sintió?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 8.3 Cuanto interfirieron, en su vida diaria, los sentimientos de tristeza o depresión?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 8.4 ¿Cuánto le molestó algún sentimiento de depresión?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 10.2 ¿En que medida tuvo dificultades para realizar las actividades de la vida diaria?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F10.4 ¿Cuánto le molestó cualquier limitación para desarrollar las actividades de la vida diaria?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 11.2 ¿Cuánto necesitó de alguna medicación para realizar las actividades de la vida diaria?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 11.3 ¿Cuánto necesitó de algún tratamiento médico para realizar las actividades de la vida diaria?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 11.4 ¿En que medida dependió su calidad de vida del uso de medicamentos o de asistencia médica?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 13.1 ¿Cuán solo se sintió?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 15.2 ¿En qué medida estuvieron satisfechas sus necesidades sexuales?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 15.4 ¿Cuanto le molestó cualquier dificultad en su vida sexual?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 16.1 ¿Cuan seguro se sintió en su vida diaria?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 16.2 ¿Cuán seguro sintió que es el ambiente en que vivió?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 16.3 ¿Cuánto le preocupó su tranquilidad y seguridad?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 17.1 ¿Cuán cómodo fue el lugar donde vivió?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 17.4 ¿Cuánto le gustó el lugar donde vivió?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 18.2 ¿En qué medida tuvo dificultades económicas?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 18.4 ¿Cuánto le preocupó el dinero?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 19.1 ¿Con qué facilidad pudo obtener buena atención médica?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 21.1 ¿Cuánto disfrutó de su tiempo libre?

NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F 22.1 ¿Cuán saludable fue su medio ambiente físico?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 22.2 ¿Cuánto le preocupó el ruido del área donde vive?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 23.2 ¿En qué medida tuvo problemas con el transporte?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 23.4 ¿Cuánto limitó su vida las dificultades con el transporte?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

Las siguientes preguntas se refieren al nivel en que experimentó o fue capaz de hacer algunas cosas en las últimas dos semanas, por ejemplo las actividades de la vida diaria, tales como lavarse, vestirse o comer. Si ha sido capaz de hacer esas cosas "totalmente", subraye la palabra "totalmente". Si no ha podido hacerlas, subraye la palabra "nada". Si su respuesta es intermedia, subraye la palabra que

mejor refleje su elección. Recuerde por favor, que las preguntas se refieren a las últimas dos semanas.

F 2.1 ¿En qué medida tuvo suficiente energía para la vida diaria?

NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F 7.1 ¿En qué medida fue capaz de aceptar su apariencia personal?

NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F 10.1 ¿En qué medida fue capaz de desarrollar sus actividades diarias?

NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F 11.1 ¿Cuánto dependió de medicamentos?

NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F 14.1 ¿En qué medida obtuvo de los otros el apoyo que necesitó?

NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F 14.2 ¿En qué medida pudo contar con sus amigos cuando los necesitó?

NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F 17.2 ¿En que medida la calidad de su casa satisfizo sus necesidades?

NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F 18.1 ¿En qué medida tuvo suficiente dinero para satisfacer sus necesidades?

NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F 20.1 En que medida dispuso de la información que necesitó para la vida diaria?

NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F 20.2 ¿En qué medida tuvo oportunidades de obtener la información que sintió que necesitaba?

NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F 24.1 ¿En qué medida sus creencias personales dieron sentido a su vida?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 24.2 ¿En qué medida sintió que su vida tuvo sentido?

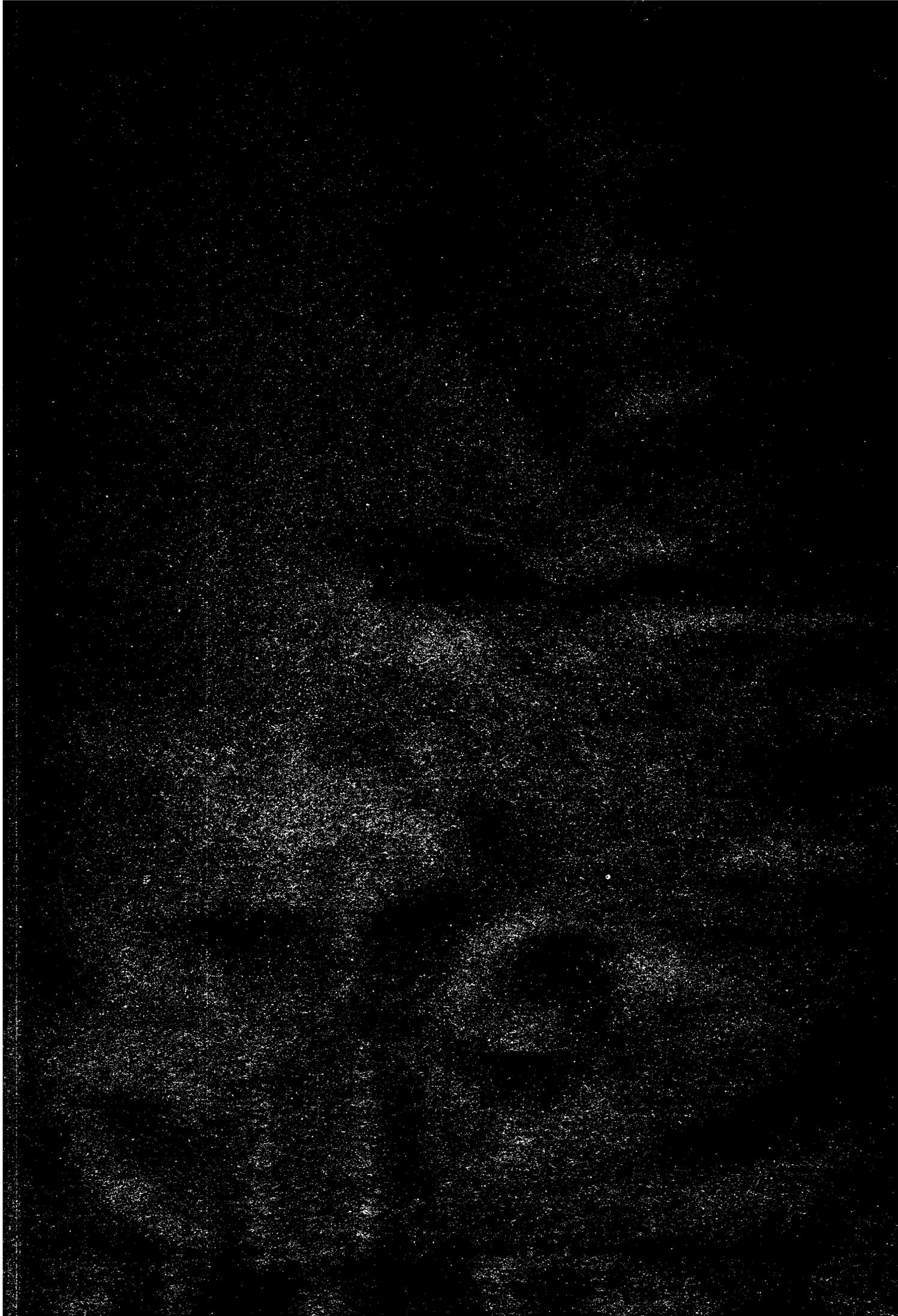
NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 24.3 ¿En qué medida sus creencias personales, le dieron fuerza para enfrentar las dificultades?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 24.4 ¿En qué medida, sus creencias personales, le ayudaron a entender las dificultades de la vida diaria?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO



**CENTRO NACIONAL DE REFERENCIA DEL PROYECTO
WHOQOL.
FUNDACION FUNDONAR**

**Calle 37 Número 423
La Plata (1900)
Argentina
TE/FAX: +54 21 25 3406
e-mail: bonicato@netverk.com.ar**

El Copyright de los instrumentos WHOQOL-100 y WHOQOL BREF es mantenido por la OMS, en representación de los Centros Nacionales.

**UTILIZACION DE LOS INSTRUMENTOS WHOQOL-100 Y
WHOQOL BREF.
Condiciones Generales**

La Utilización de los instrumentos WHOQOL es libre, luego de la adquisición del manual, para trabajos de investigación bajo las siguientes condiciones.

- 1.- Se deberá obtener permiso del Centro Nacional de cada país.
- 2.- Se deberá utilizar la versión lingüística adecuada a través del Centro Nacional de cada país.
- 3.- La versión en Inglés del WHOQOL-100 incluida en este libro, no debe ser traducida para ser utilizada en ningún subgrupo cultural, en el cual no se haya realizado el trabajo de desarrollo, ni debe ser utilizada como base de ningún trabajo.
- 4.- Ningún usuario está autorizado a realizar cambios o modificaciones en el instrumento.
- 5.- A los efectos de realizar trabajos de investigación, se debe:
 - Registrar en el Centro Nacional de Referencia los datos identificatorios del Investigador Principal y las características del proyecto.
 - Coordinar con el Centro de Referencia Nacional, el envío de los datos recolectados, para su remisión al grupo WHOQOL en Ginebra.

FUNDONAR Fundación Oncológica Argentina

Calle 37 No 423 (1900) La Plata-Argentina - Te: +54 221 425 3406 – Fax: +54 221 489 4044
e-mail: fundonar@netverk.com.ar - web site: www.fundonar.com.ar

La Plata, 15 de noviembre de 2002.-

A quien corresponda:

Presidente

Dra. Silvia Bonicatto

Vicepresidente 1°

Dr. Alberto Barletta

Vicepresidente 2°

Dr. Rodolfo Tacchini

Secretario

Dr. Alejandro Etcheverry

Prosecretario

Dr. Ricardo De Simone

Tesorero

Lic. Esther Pereyra

Vocales

Dr. Hector Darbon

Dr. Alberto Guiland

Dr. Jorge Alvarez

Lic. Fabian Fidalgo

Sr. Nicolas Cassinelli

Consejo Consultivo

Prof. Dr. Ernesto Bonicatto

Dr. Ricardo Auriemma

Dr. Raul Kraiselburd

Prof. Dr. Osvaldo Mammoni

Dr. Mario Freue

Dr. Ernesto Gil Deza

Asesoría Jurídica

Dr. Luis Salessi

En mi carácter de Presidente de la Fundación Fundonar, Institución Centro Nacional de Referencia del Proyecto WHOQOL, autorizo por la presente a la T.O Ana Laura Auzmendis a utilizar los instrumentos Whoqol en los términos que especifican las Condiciones Generales que constan en el Manual de los Instrumentos de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (Ed Cata, Buenos Aires, 1998, Pág. 3)

Dra. Silvia C. Bonicatto
Presidente

Mar del Plata, 2002

Sr/a DIRECTOR de la

S / D

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted para solicitarle autorización para desarrollar en su Institución un Trabajo de Investigación sobre "Terapia Ocupacional. Evaluación de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores Institucionalizados", con el fin de obtener el grado de Licenciada en Terapia Ocupacional. Dicha Investigación será presentada en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Cabe mencionar que el desarrollo de la misma se hará dentro de un marco ético, como así también no se entorpecerá en la dinámica institucional; y se asegurará que los datos sean estrictamente confidenciales. Al culminar con este trabajo se realizará una devolución a la institución la que redundará en beneficio para la misma.

Sin otro particular y agradeciendo su gentil colaboración la saluda muy atentamente.

Ana Laura Auzmendis

Terapista Ocupacional

MP N° 499

PRINCIPIOS de FUNDONAR

La Fundación Oncológica Argentina FUNDONAR, es una institución creada en el año 1993, por un grupo de profesionales médicos y de otras especialidades relacionadas con la atención de la Salud, con el objetivo de atender a los pacientes con cáncer y realizar investigación, con fundamento en los criterios de Calidad de Vida relacionada con la Salud.

Calidad de Vida en términos de Salud es, a nivel operativo, una entidad de reciente concepción que se define como *un valor individual y subjetivo que se atribuye a las condiciones y expectativas de vida, en tanto se perciban como modificadas por la enfermedad y/o su tratamiento*. La trascendencia de contenidos que surge del concepto justifica los esfuerzos que en todo el mundo se realizan en esta misma dirección en orden a evaluar, valorar o medir la calidad de vida y utilizar los resultados de las investigaciones como una herramienta de primer orden para la toma de decisiones en Salud.

Pero además, el hecho de contraponer cantidad versus calidad de vida, amplía el espectro de la investigación y el tratamiento de los pacientes, para agregar a lo considerado patológico en tanto disturbio funcional biofísico, lo concebido como deseable en relación a la expectativa de vida de la persona-enfermo, integrada como entidad psicofísica a su medio familiar y social.

En síntesis, tanto desde el punto de vista teórico, como en su correlato para la aplicación práctica, la idea de Calidad de Vida apunta a concebir, incluir y contener en la terapéutica de la enfermedad y de los procedimientos, programas y sistemas de salud, los aspectos médicos, psicológicos y sociales que es inevitable abarcar y atender de manera conjunta y sistemática, al mismo tiempo que se evalúan, de manera mensurable a partir del análisis de datos cuantitativos agregados, los resultados de las intervenciones.

FUNDONAR tiene constituida su sede en calle 37 n 423 de la Ciudad de La Plata. Allí funciona el Centro de Asistencia Ambulatoria, la Dirección y la Secretaría administrativa de la Fundación.

En cumplimiento de uno de sus objetivos fundacionales, se brinda asistencia y soporte psicológico a los pacientes oncológicos y a sus familias, tanto sea de forma individual como a través de grupos de apoyo de pacientes mastectomizadas, colostomizados, etc. También funcionan allí los consultorios oncológicos y el hospital de día y se desarrolla la tarea de dirección y administración de la Institución.

Biblioteca del Centro de Estudios
Facultad de Ciencias de la Salud



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 - TEL/FAX: 0223- 4752442.

Jurado:

- ✓ Lic CARRERA SUSANA
- ✓ To ROOMEC BETINA
- ✓ Lic SICOLI MIRIAM

Fecha de Defensa: 16-12-04

Nota: 10 (diez)