

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

2010

Adultos mayores institucionalizados : evaluación de la calidad de vida

Martinez, Silvina Ema

Martinez, Silvina Ema

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/765>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TO
Inv. 4090

ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

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:
SILVINA EMA MARTINEZ.

**MAR DEL PLATA. BUENOS AIRES. ARGENTINA
AÑO 2010.**

DIRECTORA
LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL
ANA LAURA AUZMENDIA

ASESORA METODOLÓGICA
Mg. Sc. LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL
NORMA S. GORDILLO

ASESORA ESTADÍSTICA
Mg. LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
CLAUDIA ARIAS

SILVINA EMA MARTINEZ
DNI. 26. 346. 635

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Registratura top
4090	✓
Vol	1
Universidad Nacional de Mar del Plata	

20 SEP 2012

INDICE

	Página
PORTADA.	I
DIRECCIÓN.	II
ÍNDICE.	III
AGRADECIMIENTOS.	V
1. INTRODUCCIÓN.	1
2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.	3
3. ASPECTOS del MARCO TEÓRICO.	
➤ Capítulo I: Vejez e Institucionalización.	11
➤ Capítulo II: Calidad de Vida.	15
➤ Capítulo III: Evaluación de Calidad de Vida.	18
➤ Capítulo IV: Modelos Teóricos Calidad de Vida.	20
4. ASPECTOS METODOLÓGICOS.	
➤ Tema.	23
➤ Problema.	23
➤ Objetivos: Generales y Específicos.	23
➤ Diseño y Tipo de Estudio.	24
➤ Definiciones de Variables: de Estudio e Intervinientes.	25
➤ Dimensionamiento.	37
➤ Población y Muestra.	38
➤ Método de Selección de la Muestra.	38
➤ Criterio de Selección de la Muestra.	38
➤ Técnicas de Recolección de Datos.	39
➤ Técnicas de Medición.	40
➤ Análisis de los Datos.	42
5. RESULTADOS	
➤ Atributos de la Muestra.	43
➤ Dominio I Capacidad Física.	47
➤ Dominio II Psicológico.	48
➤ Dominio III Relaciones Sociales.	49

➤	Dominio IV Medio Ambiente.	50
➤	Calidad de Vida Global y Percepción General de Salud.	51
➤	Interpretación y Conclusiones.	52
6.	BIBLIOGRAFÍA GENERAL.	56
7.	ANEXO I.	
➤	Tablas.	59
➤	Nota de Autorización de las Instituciones.	65
➤	Fundación Fundonar.	66
8.	ANEXO II	
➤	Derechos de los Instrumentos WHOQOL-100.	68
➤	Nota de Autorización, Permiso y Utilización de los Instrumentos WHOQOL - 100 y WHOQOL BREF. OMS.	69
➤	Instrumento.	70

AGRADECIMIENTOS

Casi no me creo haber llegado hasta acá, tanta agua corrió debajo del puente.... pero por suerte no estuve sola, muchas fueron las personas que colaboraron para que este trabajo pueda realizarse, gracias a cada uno de ellos.

➤ A mi compañero de vida incondicional Germán, a nuestra hija, Melina, ustedes siempre serán un motivo para superarme. A los Martinez (mami, papi Pablo y Lorena) y a los Martín (Irma y José) todos unidos forman mi familia, mi refugio; gracias por estar a mi lado.

➤ A mi Directora Ana Laura Auzmendis, y Asesora Metodológica Norma Gordillo, quienes SIEMPRE estuvieron presentes alentándome y orientándome, en todo este proceso.

➤ A Claudia Arias quién me ayudó y orientó a comprender el análisis estadístico.

➤ A los responsables de la institución mencionada en este trabajo.

➤ A los Adultos Mayores que desinteresadamente colaboraron en esta investigación.

➤ Un agradecimiento especial a Marisu Singla quién sabe académicamente, mejor que nadie, lo que tuve que atravesar para llegar hasta aquí, gracias por darme siempre tu mano.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

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

La Terapia Ocupacional concibe a la persona como un ser activo y participativo que forma un todo indivisible, en el que la suma de las partes es más que cada una de ellas por separado. Partiendo de dicha concepción, especialmente relevante en geriatría, toda intervención dirigida a mejorar los problemas del anciano debe respetar esta perspectiva integral, la calidad de vida se funda en ello.

No es suficiente tratar los problemas de salud desde un punto de vista exclusivamente médico, ni los problemas cognitivos desde una perspectiva exclusivamente psicológica, ni los problemas de desempeño funcional desde un enfoque únicamente ocupacional.

La Terapia Ocupacional considera en todo momento las implicaciones clínicas, físicas, mentales, y sociales de las personas en su contexto, las cuales en su conjunto, son en gran medida responsables de una Calidad de Vida(CV) favorable o desfavorable.

Las causas que motivan la internación a una institución geriátrica se pueden agrupar en tres categorías:

Médicas:

- ☑ Tienen que ver básicamente con déficit físicos y/o cognitivos que aumentan el estado de dependencia de los mayores y dificultan la realización autónoma de los de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y/o disminuyen su capacidad funcional.
- ☑ Se incluyen también los postoperatorios prolongados y los tratamientos de rehabilitación.

Sociales:

- Las causas sociales devienen por estados de soledad, carencia de familia o redes sociales, desintegración y agotamiento familiar al hacerse cargo de su atención,

sobre todo cuando las patologías pasan a ser de larga data.

Económicas:

- Dentro de la problemática económica que incide en el deterioro de la calidad de vida, se puede considerar la falta de poder adquisitivo, la imposibilidad de alimentarse adecuadamente, pagar los impuestos y servicios y la reinserción laboral escasa debido a la edad entre otros.¹

De acuerdo a las reglas de convivencia y permanencia que las dinámicas institucionales imponen tales como: cambios en el ritmo de vigilia y sueño, horarios preestablecidos destinados a alimentación, higiene, recreación e imposibilidad en muchos casos de realizar su verdadero deseo, el adulto mayor sufre sin duda una serie de modificaciones en su rutina cotidiana. Estas hacen presuponer un cambio en la Calidad de Vida.

Para evaluar la Calidad de Vida Global y Percepción de Salud en los Adultos Mayores Institucionalizados se utilizará el Instrumento WHOQOL-BREF, creado por la OMS. Incluye cuatro *Dominios*, cada uno de ellos comprende *Facetas* o *Áreas Específicas* que resumen cada dominio en particular, (*Capacidad Física, Psicológico, Relaciones Sociales y Medio Ambiente*)

El WHOQOL-BREF, 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.

¹ ZOLOTOW, DAVID M., *Los devenires de la Ancianidad*. Ed. Lumen Humanitas. Pág. 134. Buenos Aires. Argentina. 2002.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Se realizó el rastreo bibliográfico de los siguientes ejes temáticos: Calidad de vida, Institución, Residencias Geriátricas, Institucionalización a través de Medline, Lilacs y Base de Datos de Tesis de Grado de la Biblioteca Central de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP) de los cuales resultaron relevantes para la investigación los siguientes:

- 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. UNMDP. 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 mas 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).

- Cuello Otero Ma. V., Dominguez Ma. S., Tornabene M. "Condiciones Ambientales y Geriatria desde Terapia Ocupacional". Tesis de Grado Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP. 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. UNMDP. 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)

- 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. UNMDP. 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 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- Artículo de Calidad de Vida con la utilización del instrumento WHOQOL-BREF "Evaluación de calidad de vida en pacientes con depresión mayor: predictibilidad de los niveles de severidad".²

² 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.

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 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.

➤ Auzmendis Ana L., "Terapia Ocupacional .Evaluación de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores Institucionalizados". Tesis de grado Licenciatura para Graduados en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP. Diciembre 2004.

En este trabajo se pretendió conocer la Calidad de Vida Global y Percepción de Salud de los Adultos Mayores institucionalizados. La autora expone y define desde diferentes concepciones el concepto de Calidad de vida e

incorpora en su tesis el Modelo de Performance Estilo de Vida³ "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)."

Para evaluar la Calidad de Vida de los Adultos Mayores Institucionalizados utilizó el instrumento WHOQOL-100 desarrollado por la OMS, arribando a las siguientes Conclusiones:

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.

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 más 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

³ FIDLER, GAIL., *La Performance Estilo de Vida: Desde un Modelo Conceptual*. AJOT. Volume 50, Number 2: 139-147. February 1996.

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 discomfort que arrojó valores nulos (valor cero) valor muy significativo, teniendo en cuenta las características de la muestra, personas añosas.

- 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.

➤ Covinsky K. "Estado de salud y calidad de vida en pacientes de Edad Avanzada: ¿Importa la diferencia?". *American Journal of Medicine* 106: Pág. (435-440). 1999.

En este artículo el autor concibe a la calidad de vida como un concepto personal completamente subjetivo que solo puede ser definido por el enfermo.

Con la investigación se pretendió demostrar que se debe guardar precaución al asumir la calidad de vida de los

enfermos según las mediciones del estado de salud. Se entrevistaron telefónicamente a 493 personas dos meses después de su internación, se interrogó a los enfermos acerca de su percepción global de la calidad de vida como excelente, muy buena, buena, regular o mala. Se establecieron también mediciones objetivas del estado de salud según el índice de Actividad Física de Ducke y de actividad de Katz.

La edad promedio de las personas entrevistadas fue de 84 años, más de la mitad eran mujeres. La calidad de vida fue considerada excelente en el 6% de los participantes, muy buena en el 17%, buena en el 41%, regular en el 28% y mala en el 9%.

Las cuatro escalas de estado de salud se asociaron moderadamente con la calidad de vida global.

Sin embargo una minoría sustancial de enfermos con valores indicadores de un buen estado de salud refirieron a la calidad de vida regular o mala.

- Berra Gabriela "La actividad de Terapia Ocupacional como facilitadora de nuevas perspectivas vitales". Tesis de Grado Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP. 1998.

Este estudio se llevo a cabo en el marco de un programa de acción social con adultos mayores, desde la Dirección de Promoción Social para la Tercera Edad del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires.

La tesista formula la siguiente hipótesis: la adopción de un abordaje de T.O, fundado en los intereses de los pacientes, genera cambios manifiestos en la calidad de vida de los Adultos Mayores.

Plantea que el desarrollo de la actividad de huerta y jardinería mejora sustancialmente el vínculo social de los adultos mayores, y pone de manifiesto sus intereses, mejorando su realidad vital.

Concluyen que se observaron cambios positivos en los pacientes que realizaron actividades de huerta y jardinería, en relación con sus pares y con la Terapeuta.

- Da Costa Mattos, Ana P., García Ma. Belén, "Institucionalización y participación social en vejez". Tesis de Grado Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP. 2005.

En este trabajo se pretendió conocer si los adultos mayores del Hogar Municipal de Ancianos perciben la participación social como necesidad, destacaron la importancia de tener en cuenta al viejo, su historia de vida, sus individualidades y la realidad en la que estuvieron y están inmersos, encuadrado en un tiempo y contexto, con el fin de asumir un compromiso y destacar la importancia de la participación social y el impacto sobre una mejor calidad de vida de los ancianos institucionalizados desde la mirada de Terapia Ocupacional.

Concluyeron que los grupos más carenciados socialmente presentan un menor reconocimiento de necesidades no materiales, de reflexión, conocimiento, comunicación con otros, desarrollo personal y gratificaciones internas.

El sujeto a lo largo de la construcción de su historia personal va tomando elementos de la realidad externa que en la articulación con su realidad psicológica cobran significaciones que le permiten insertarse con mayor o menor facilidad y desarrollarse en su contexto social.

- Almeida A. J. Pereira dos Santos; Rodriguez V. M Costa Pereira. "La calidad de vida de la persona de edad avanzada institucionalizada en hogares de ancianos". Revista latinoamericana de enfermería 16: Pág. (1025-1031). Nov - Dic 2008.

Se trata de un estudio del tipo descriptivo y transversal, con una muestra de 93 ancianos, divididos en cuatro instituciones del Cocejo de Lamego (Portugal), con el objetivo de conocer la calidad de vida, y los factores que la influyen, e identificar el grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria. En la recolección de los datos se utilizó: formulario bio-relacional del anciano; la plantilla de la evaluación de la calidad de vida del

anciano; el índice de Katz y el índice de la calidad de vida del anciano.

De las personas ancianas institucionalizadas, 51,6 % están incluidas en el grupo con calidad de vida, existiendo una correlación positiva entre el índice de Katz y el índice de calidad de vida del anciano institucionalizado. El índice de calidad de vida no cambia en función del sexo, del estado civil, del nivel de instrucción y de la existencia de dolor de la persona anciana institucionalizada.

- Lobo. A; Santos M. P y Carvalho J. "Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad". Revista Española de Geriatria y Gerontología 42: Pág. (22-26). 2007.

La investigación pretende describir y analizar las características de un grupo de ancianos institucionalizados, y establecer la asociación entre calidad de vida, estado mental y funcionalidad física de éstos, es un estudio descriptivo, con una muestra aleatoria de 79 ancianos (53 mujeres y 26 varones) institucionalizados, con una puntuación en el Mini-Mental State Examination (MMSE) de más de 24 puntos y con capacidad para realizar los ejercicios. Se midieron: las medidas antropométricas, el índice de Barthel y las puntuaciones en el MMSE.

La edad media fue de 71,2 +- 7,0 años. Los varones obtuvieron mejores resultados en la CV, estado mental y funcionalidad física. Desde el punto de vista físico, las mujeres mostraron una mejor flexibilidad y los varones una mayor fuerza y resistencia aeróbica. La CV se asoció al grado de dependencia y el grado de dependencia se asoció al estado mental.

Se concluyó que la CV de los ancianos institucionalizados parece estar asociada a sus niveles de dependencia, estado mental y funcionalidad. Por ello, es importante garantizar su mantenimiento al ingreso en estas instituciones.

ASPECTOS del MARCO TEÓRICO

VEJEZ E INSTITUCIONALIZACIÓN⁴

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”.⁵

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.”⁶

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 descripto 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 a la vejez con todos los cambios biológicos,

⁴ AUZMENDIA ANA L., Terapia Ocupacional. Evaluación de la Calidad de vida de los Adultos Mayores Institucionalizados. Tesis de grado Licenciatura para Graduados en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la salud y Servicio Social. UNMDP. Capítulo I. Diciembre 2004.

⁵ FUSTINONI O., PASSANANTE D., La Tercera Edad. Estudio Integral. Editores la Prensa Médica Argentina. Pág 2. Buenos Aires. 1980.

⁶ RUIZ TORRES A., Manual de Geriatria. Capítulo 2. Pág. 19. 1980.

psicológicos y sociales que implica y que por lo tanto le exigen un esfuerzo mayor para su asimilación”.⁷

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”⁸
- ♦ “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...”⁹

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”¹⁰

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

⁷ Lic. MIRANDA C y otros., *La Ocupación en la Vejez. Una Visión Gerontológica desde Terapia Ocupacional*. Imprenta Relieve. Pág. 9. Setiembre 1996.

⁸ BLEJER J., *Psicología Institucional y Psicohigiene*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1976

⁹ GOFFMAN E., *Internados. Ensayos sobre la Situación Social de los enfermos Mentales*. Amorrortu Editores. Buenos Aires. 1988

¹⁰ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIÁTRIA Y GERONTOLOGÍA., *Residencias para Personas Mayores. Manual de Orientación*. Ed. Artes Gráficas Gutenberg. Capítulo I pág. 33. España. 1995

instituciones que funcionan como depositación social y familiar ofreciendo una sobrecarga de custodia, hasta las que ofrecen un programa integral de rehabilitación escuchando las necesidades e intereses de sus Residentes".¹¹

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*.

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"¹².

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 de estas instituciones destinadas a la población añosa en el transcurso de los últimos ocho años ha tenido un incremento aproximadamente del 60%.

¹¹ 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.

¹² STREJILEVICH M. *Temas de Psicogeriatría*. Ediciones 1919. Buenos Aires. 1990.

En esta ciudad según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (INDEC) en el año 2001; el 18,6% corresponde a la población mayor de 60 años, mientras en el país el 14% son de las de 60 años y más.

Un 16% de la población total mayor de 60 años esta representada por el sexo masculino, mientras que el 21% pertenece al sexo femenino.¹³

Según último registro de 2010 del Área de Inspección General de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón, existen en Mar del Plata 134 *Establecimientos Geriátricos y Pequeños Hogares Habilitados*, con una oferta estimada en 3500 plazas. Esta dirección cuenta solo con un Hogar Municipal de Ancianos, siendo el resto entidades privadas.

¹³ http://www.indec.gov.ar/webcenso/provincias_2/provincias.asp [Consulta: 17 de octubre 2010]

Calidad de vida

Es un concepto amplio e incluye no solo el estado de salud sino también la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud. Hornquist la define como “la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo. Esta definición incluye las causas externas al individuo que pueden modificar su salud o su estado de salud”.¹⁴

Aunque todavía no hay ningún acuerdo general respecto a la definición precisa, resulta útil perfilar algunas cuestiones o ideas clave:

1. Es un concepto multidimensional y generalmente se considera que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos.
2. En general se está de acuerdo en que comprende un número diverso de ámbitos de la vida, aunque todavía haya alguna discrepancia acerca del número real y las características de éstos ámbitos.
3. Debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.
4. Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida. Es decir, algunos ámbitos son considerados más importantes para algunos individuos más que otros.
5. Cualquier definición de CV debe ser aplicable igual para todas las personas, cualquiera sean sus circunstancias vitales.

¹⁴ Hornquist JO. *Quality of life: concepts and assesment*. Scand J Soc. Med. Number 18: Pág. 68-79. 1989.

Patrick y Erickson “definen a la CV relacionada con la salud como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y la disminución provocadas por una enfermedad, un accidente, un tratamiento o la política”.¹⁵

La calidad de vida relacionada con la salud es:

- “un constructo latente, no observable directamente, que solo puede ser reducido de manera indirecta a través de indicadores. Representa asimismo un constructo multidimensional”.¹⁶
- “se refiere al hecho por el cual la disfunción física, el dolor y el malestar provocan malestar de las conductas cotidianas, las actividades sociales, el bienestar psicológico y otros aspectos del día a día de los sujetos y su calidad de vida global, juzgada por el propio sujeto”.¹⁷

La mayoría de las descripciones de “CV” se basan en encuestas de bienestar y satisfacción con la vida, aspectos subjetivos o la representación cognitiva de la situación vital, pero incluyendo también hechos objetivos.

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*

¹⁵ Patrick DL, Erickson P., *Health status and health policy. Allocating resources to health care*. Oxford University Press. Nueva York. 1993.

¹⁶ SIEGRIST J., BROER M., JUNGE A., *Profil der lebensqualität chronoschranker*. (PLC). Göttingen: Hogrefe-Verlag GmbH Co. 1996.

¹⁷ Lawton MP., *Quality of life and the end of life*. En: Birren, JE, Schaie KW, editors. Handbook of the psychology of aging. 5th ed. San Diego Academics Press. 2001.

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.¹⁸

¹⁸ AUZMENDIA ANA L., *Terapia Ocupacional. Evaluación de la Calidad de vida de los Adultos Mayores Institucionalizados*. Tesis de grado Licenciatura para Graduados en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP. Pág. 21-22. Diciembre 2004.

Evaluación de la Calidad de vida¹⁹

Los intentos de medir el estado funcional se iniciaron en la década de los años cuarenta.

Karnofsky y Burchenal desarrollaron el índice que lleva su nombre, ideado para valorar la capacidad funcional de los pacientes con cáncer de vejiga. Otros índices creados en esta época (Criterios de la New York Health Association y el American Rheumatism Association) incluían tanto síntomas y cambios anatómicos como el estado ocupacional o AVD, por lo que resultaron novedosos en la aproximación clínica de entonces.²⁰

En los años cincuenta se desarrollan las escalas de medición de las AVD en la que la percepción del paciente sobre la salud no tiene protagonismo, sino que es "enjuiciada" por el profesional de salud, anteponiendo la observación más objetiva a la más subjetiva.

El cambio de la aproximación a la medida de la CV respecto a la salud se dio en los años sesenta, cuando se desarrolló la moderna generación de instrumentos genéricos de medida de la calidad de vida respecto de la salud. Los cuestionarios incluían expresiones o frases obtenidas de los pacientes y eran rellenados por ellos mismos, incluían una gran gama de dimensiones de la calidad de vida respecto a la salud y demostraron unas propiedades psicométricas poco o nada estudiadas en los cuestionarios anteriores.

Una de las razones del auge del movimiento pro calidad de vida en medicina (centrado en la apreciación subjetiva del paciente) fue la creciente insatisfacción de los consumidores con respecto a la asistencia médica durante los años sesenta y setenta, hecho que también determinó el movimiento de autoayuda. Un aspecto específico de esta insatisfacción fue que, en el intento de prolongar la vida a cualquier precio, y

¹⁹ Yanguas JJ. Calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores: aproximación conceptual, evaluación e implicación en gerontología. Revista Esp. Geriátrica y Gerontología., 39 (Suplemento 3): Pág. 61. 2004.

²⁰ Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. En: McLeod CM, editor. Evaluation of chemotherapeutic agents. Columbia University Press. Nueva York. 1949.

haciendo hincapié exclusivamente en las necesidades terapéuticas, la medicina tendió a pasar por alto las necesidades humanas básicas de sus pacientes, como el bienestar, la autonomía y el sentido de la propiedad.²¹

En la década de los años ochenta se desarrollaron cuestionarios mucho más cortos, lo que permitió su adopción definitiva por parte del profesional de salud.

Finalmente en la década de los noventa se ha asistido al desarrollo de instrumentos específicos, es decir, cuestionarios que incluyen sólo las dimensiones específicas o características de una determinada enfermedad (cáncer) o población (ancianos).²²

De la mayoría de los instrumentos utilizados para la medición de la calidad de vida respecto a la salud se pueden destacar tres elementos:

- 1- La importancia del estado funcional (físico, social y mental) en la multidimensionalidad del concepto.
- 2- La subjetividad de la aproximación a la medición del estado de salud.
- 3- La obtención de un número que represente la preferencia por el estado de salud.²³

En el presente trabajo se utilizará el instrumento *WHOQOL-BREF* creado por la OMS para evaluar la calidad de vida, en este caso aplicado a los adultos mayores institucionalizados, la misma, se refiere a una evaluación subjetiva percibida por los entrevistados, la cual está inmersa en un contexto cultural, social, y medioambiental determinados por los *Domínios* Capacidad Física, Psicológico, relaciones sociales y Medio Ambiente.²⁴

²¹ Katsching H. *Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría*. En: Katsching H, Freeman H, Sartorius N, editors. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 2000.

²² HUNT SM., MCEWEN J., *The development of a subjective health indicator*. *Soc Health* 1980; 2:231-46.

²³ Op. Cit 21.

²⁴ WHOQOL., *Los instrumentos de Calidad de Vida de la Organización Mundial de La Salud Manual del usuario*., OMS., CATA., 1998.

Modelos Teóricos de Calidad de Vida.²⁵

A continuación se desarrollarán algunas de las propuestas teóricas en la investigación de la calidad de vida.

MODELO ECOLÓGICO DE LAWTON.

Propone una definición de calidad de vida como juicio subjetivo y valoración multidimensional sobre la base de criterios intrapersonales y socionormativos, del sistema persona-ambiente del individuo, en relación con el tiempo anterior, actual y futuro, y la mide a través de cuatro áreas: competencia de comportamiento, calidad de vida percibida, ambiente objetivo y satisfacción/bienestar global.

MODELOS DE COMPORTAMIENTO.

La calidad de vida también se ha conceptualizado teniendo en cuenta el comportamiento, defendiendo que esta no depende solo del bienestar psicológico o de la satisfacción, sino también, y sobre todo, de lo que uno hace para vivir una vida de calidad. Desde esta perspectiva lo que hacemos y como experimentamos lo que hacemos (la calidad de nuestra experiencia) pasa a ser objeto de estudio de la calidad de vida.

La calidad de vida desde este posicionamiento pasa a ser, hacer las cosas que tenemos, queremos o podemos hacer. La salud, las creencias positivas o las existenciales, los recursos materiales, las habilidades sociales o el apoyo social van ser importantes, aunque no determinantes para una vida de calidad. Estas variables serían recursos para una vida de calidad y cantidad.

²⁵ YANGUAS JJ. Calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores: aproximación conceptual, evaluación e implicación en gerontología. Revista Esp. Geriátría y Gerontología., 39 (Suplemento 3): Pág.57-58. 2004

MODELO DE BIENESTAR.

Este modelo postula que la felicidad, el bienestar psicológico o material y la salud apoyan poderosamente la posibilidad de vivir una vida de calidad. La personalidad parece desempeñar un papel importante como compendio de nuestra manera habitual de ser, actuar, sentir y pensar, tanto en la cantidad como en la calidad de vida.

El modelo se basa en la suposición de que el nivel de calidad de vida experimentado por un individuo depende de si sus condiciones reales de vida satisfacen sus necesidades, carencias y deseos, El modelo omite cuáles son sus necesidades, carencias y deseos que tiene realmente la población diana, por lo que si un paciente tiene un alto grado de satisfacción en un aspecto concreto de la vida puede al menos haber tres interpretaciones distintas:

- 1- Una coincidencia entre lo que se desea y lo que se consigue en ese ámbito en particular.
- 2- Ser el resultado de que ese aspecto de la vida tenga tan poca importancia para el sujeto que su satisfacción no se vea afectada por las condiciones objetivas.
- 3- Que el sujeto hubiera adaptado sus carencias y deseos a las oportunidades percibidas, con lo que en este caso la aparente satisfacción sería, en realidad, resignación.

MODELO DE DESEMPEÑO DE LA FUNCIÓN.

Este modelo se basa explícitamente en la teoría de que la felicidad y la satisfacción están relacionadas con las condiciones sociales y ambientales necesarias para satisfacer las necesidades humanas básicas.

Debido a esta relación entre las oportunidades ambientales y las demandas, el grado en que un individuo puede satisfacer sus necesidades depende de sus capacidades cognitivas, afectivas, conductuales y perceptivas para cumplir los requisitos de las distintas funciones sociales. Con la incorporación de la teoría de la función en el concepto de CV se aumentó la comprensión teórica de la asociación entre bienestar subjetivo y condiciones ambientales.

En este sentido, en la teoría de la función como concepto de calidad de vida parece necesario incluir las necesidades relativas al proceso patológico en los enfermos y el grado en que estas necesidades específicas pueden ser satisfechas, o no, mediante la interpretación convencional de la función de este concepto.

MODELO DE PROCESO DINÁMICO DE LA CALIDAD DE VIDA.

Este modelo asume que la CV subjetiva representa el resultado de un proceso continuado de adaptación, durante el cual el individuo debe conciliar constantemente sus propios deseos y logros con las condiciones de su entorno y su capacidad para satisfacer sus demandas sociales asociadas con el cumplimiento de tales deseos o logros. En este modelo la satisfacción no se valora como un resultado, sino más bien como el mecanismo conductor de este proceso.

El problema central de incluir el punto de vista subjetivo en la valoración de la calidad de vida reside en que, dada la naturaleza dinámica del proceso de satisfacción de las necesidades, los sistemas de valores y preferencias individuales pueden ser el resultado de un ambiente coercitivo o de condiciones personales a su vez incompatibles con el principio de libertad personal.

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 la Residencia Geriátrica Casa Blanca de la Ciudad de Mar del Plata, durante junio-julio del año 2010?

OBJETIVOS GENERALES

- Dimensionar el impacto de la calidad de vida global y la percepción general de salud de los adultos mayores institucionalizados en la Residencia Geriátrica Casa Blanca de la Ciudad de Mar del Plata, durante junio-julio del año 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar la Calidad de Vida y percepción general de salud de los adultos mayores institucionalizados en la Residencia Geriátrica Casa Blanca en los Dominios de:
 - ✓ Capacidad Física.
 - ✓ Psicológico.
 - ✓ Relaciones Sociales.
 - ✓ Medio Ambiente.

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 ciertas 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.”²⁶

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)²⁷

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:

²⁶ OMS. (1994)

²⁷ WHOQOL., *Los instrumentos de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud Manual del Usuario*, OMS., Ediciones CATA., 1998.

Dominio I: FÍSICO

Dolor y discomfort.
Energía y fatiga.
Sueño y descanso.
Movilidad.
Actividades de la Vida Diaria.
Dependencia de Medicación.
Capacidad de Trabajar.

Dominio II: PSICOLÓGICO

Sentimiento positivo.
Pensamiento, Aprendizaje, Memoria.
Autoestima.
Imagen Corporal y Apariencia.
Sentimientos negativos.
Espiritualidad, Religión.

Dominio III: RELACIONES SOCIALES

Relaciones personales.
Soporte social.
Actividad sexual.

Dominio IV: MEDIO AMBIENTE

Seguridad Física.
Medio ambiente hogareño.
Recursos financieros.
Servicios de salud: disponibilidad y calidad.
Oportunidades para adquirir información.
Participación en / y oportunidades para la recreación y el ocio.
Medio ambiente físico (polución, ruido, clima).
Transporte.

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.

4. 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.

5. 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 si el individuo tiene un hogar o una familia.

6. 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..)

7. 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 II: Psicológico.

8. 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*.

9. 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.

10. 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.

11. 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.

12. 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.

13. 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.

Dominio III: Relaciones Sociales.

14. 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.

15. 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 construidas para registrar los efectos positivos y negativos de la familia y de los amigos.

16. 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 IV: Medio Ambiente.

17. 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.

18. 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.

19. 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.

20. Servicios de Salud: disponibilidad 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.

21. Oportunidades para adquirir información.

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.

22. 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.

23. 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.

24. 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.

VARIABLE CONSTANTE:

Adultos Mayores Institucionalizados: Personas mayores de 60 años²⁸ 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.

²⁸ 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

⇒ Decisión de Internación [Adulto Mayor
Familiar [Cónyuge
Hijo/s
Hermano/s
Cuñado/s
Sobrino/s
Terceros [Primo/s
Amigo/s
Vecino/s

DIMENSIONAMIENTO de 1a 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 Discomfort.
2. Energía y fatiga.
3. sueño y descanso.
4. Movilidad.
5. Actividades de la Vida Diaria.
6. Dependencia de Medicación.
7. Capacidad de Trabajar.

PSICOLÓGICO
DOMINIO II

8. Sentimientos positivos.
9. Pensamiento, aprendizaje, memoria.
10. Autoestima.
11. Imagen corporal y apariencia.
12. Sentimientos negativos.
13. Espiritualidad, religión.

RELACIONES SOCIALES
DOMINIO III

14. Relaciones personales.
15. Soporte social.
16. Actividad sexual.

MEDIO AMBIENTE
DOMINIO IV

17. Seguridad física.
18. Medio ambiente hogareño.
19. Recursos financieros.
20. Servicios de salud: disponibilidad y calidad.
21. oportunidades para adquirir información.
22. Participación en/ y oportunidades para la recreación y el ocio.
23. Medio ambiente físico (polución, ruido, clima).
24. Transporte.

POBLACIÓN:

Adultos mayores institucionalizados, a partir de los 60 años de ambos sexos que se encuentran en la Residencia Geriátrica Casa Blanca.

MUESTRA

25 adultos mayores de 60 años institucionalizados, de ambos sexos que residan en la Residencia Geriátrica de la ciudad de Mar del Plata durante el período junio-julio del 2010.

METODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

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

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Crterios de inclusión .

- Personas con más de un año de permanencia en Hogar, 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.

Crterios 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 recolectaran datos sociodemográficos tales como año de ingreso, número de hijos, ocupación anterior)
- ⇒ Instrumento *WHOQOL-BREF*: 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-BREF*, 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-BREF* contiene 26 preguntas. Estas se distribuyen en una pregunta por faceta, para las 24 facetas de la calidad de vida.

Además, se agregan 2 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 4 dominios diferentes; estos denotan una percepción individual de calidad de vida en los siguientes dominios: Físico, Psicológico, Relaciones Sociales y Medio Ambiente.

TÉCNICAS DE MEDICIÓN

Administración del WHOQOL-BREF.

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-BREF 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:

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

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-BREF que permite categorizar en:

0,00%	25,00%	50,00%	75,00%	100,00%
MUY MAL	MAL	NORMAL	BUENO	MUY BUENO

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

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-BREF 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.

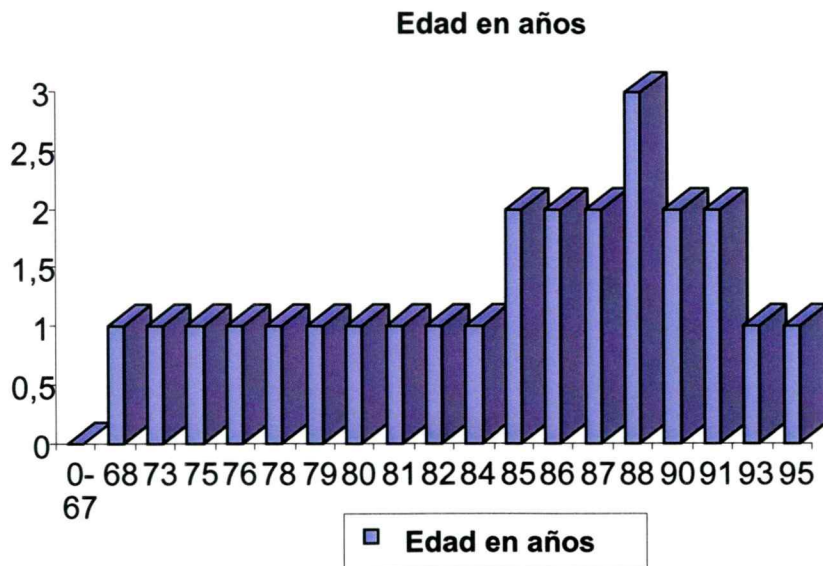
ANÁLISIS DE LOS DATOS.

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 un paquete estadístico informatizado para Ciencias Sociales.

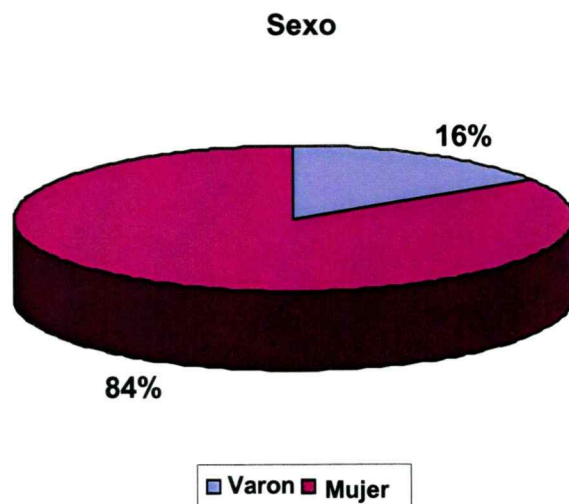
RESULTADOS

Atributos de la Muestra:

- Las edades de los Adultos Mayores Institucionalizados estuvieron comprendidas entre los 68 y 95 años de edad, encontrándose el promedio poblacional en los 84,2 años de edad.
- De la totalidad de la muestra el 84% correspondió al sexo femenino y sólo un 16% al sexo masculino.
- Con respecto al estado civil un 88% corresponde a viudo/a y un 12% a separado/a.
- En relación al número de hijos el valor mayor fue 4 hijos siendo el menor ningún hijo, así mismo, un 56% de la muestra posee 2 hijos.
- Según el nivel educacional, tuvieron como porcentajes más representativos el 32% secundaria completa, el 20% primaria incompleta y un 4% terciaria completa.
- En cuanto a la ocupación, ponderaron: en el sexo femenino amas de casa, modistas y maestras; en el sexo masculino, comerciante y trabajadores de la construcción.
- De acuerdo al diagnóstico, las patologías más frecuentes relevadas fueron: hipertensión arterial, diabetes, artrosis.
- En cuanto a la decisión de internación, un 80% corresponde a los hijos mientras que sólo un 20% fue decisión del adulto mayor.

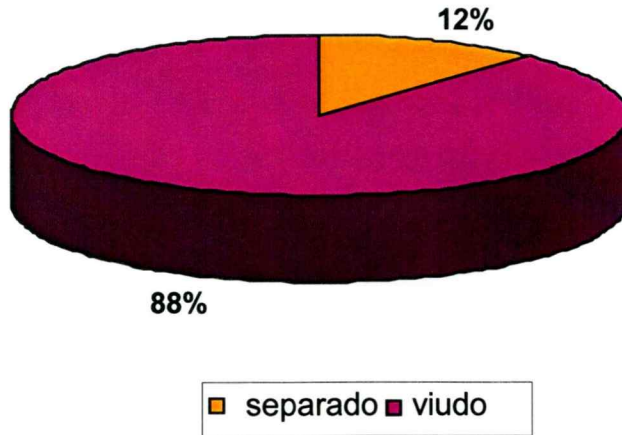


Resultados de la Encuesta según Edad en Años de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Junio-julio 2010.



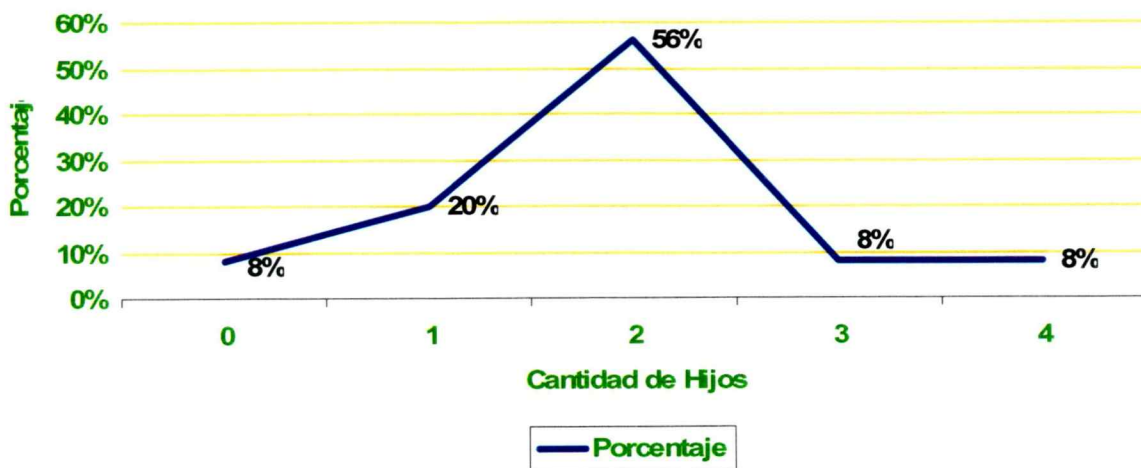
Resultados de la Encuesta según Sexo de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata Buenos Aires. Argentina. Junio-Julio 2010.

Estado Civil

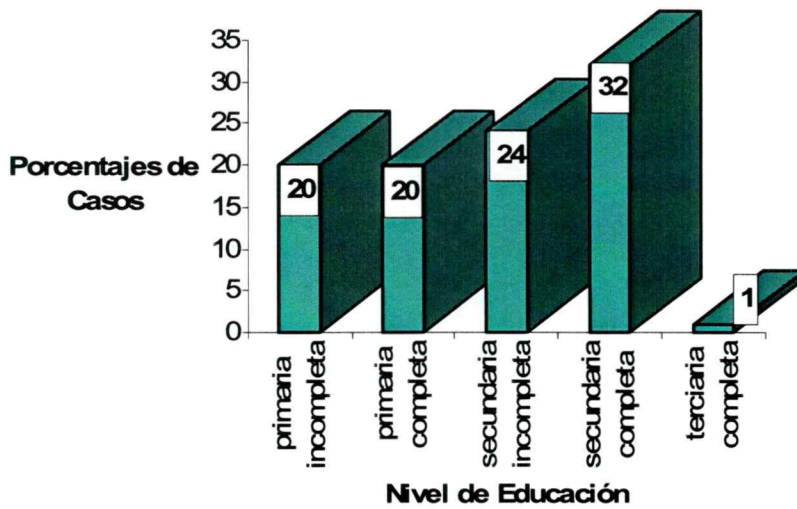


Resultados de la Encuesta según Estado civil de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Junio-julio 2010.

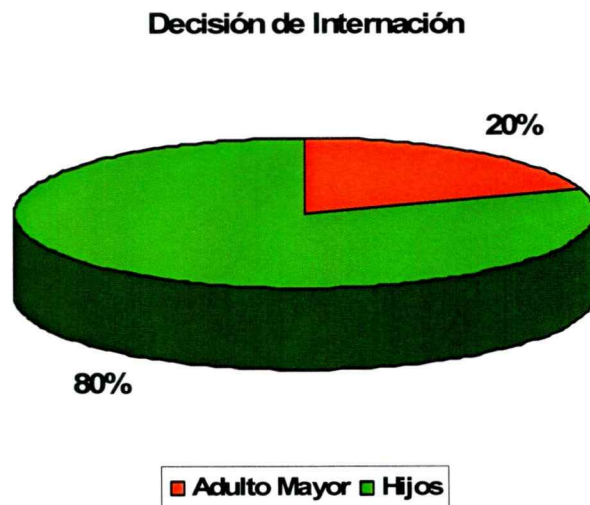
Números de Hijos



Resultados de la Encuesta según Número de Hijos de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Junio-julio 2010.



Resultados de la Encuesta según Escolaridad de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Junio-julio 2010.



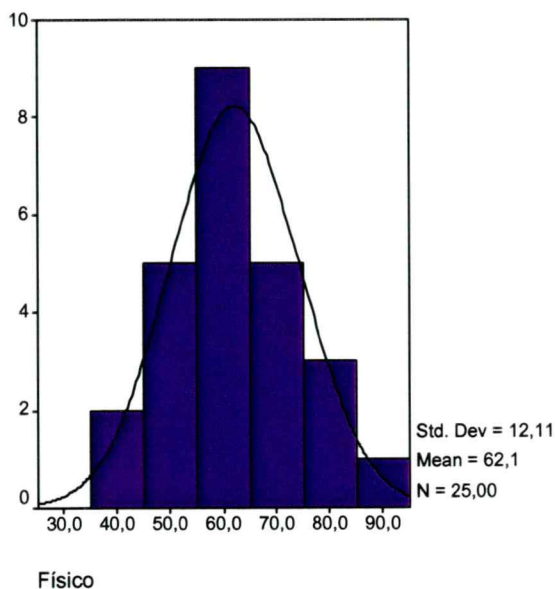
Resultados de la Encuesta según Decisión de Internación de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Junio-julio 2010.

A continuación se detallan los resultados de cada uno de los Dominios.

Dominio I: Capacidad Física

- El promedio se situó en un 62,14% del puntaje de la escala del 0 al 100.
- La mayor concentración de números de casos se ubicó entre el 55% y 64%.
- Los extremos de la distribución de la muestra se encontraron entre el 25% y 34% al 85% y 95%.

De las 25 unidades de análisis 23 percibieron su Capacidad Física entre NORMAL y BUENO, solo 2 la percibieron MAL.

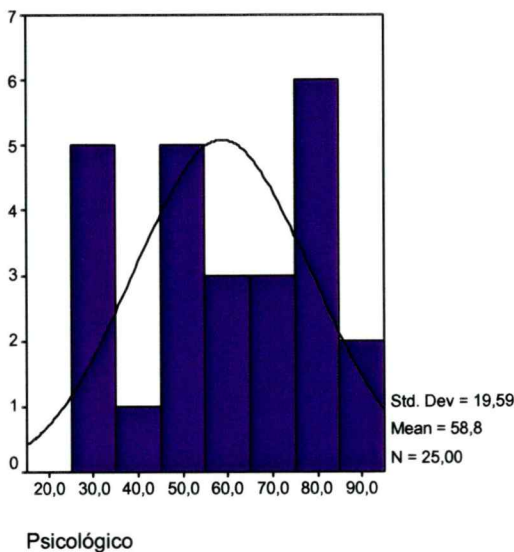


Resultados de la Encuesta según Dominio Capacidad Física de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata Buenos Aires. Argentina. Junio-Julio 2010.

Dominio II: Psicológico

- El promedio fue de 58,83% del puntaje de la escala de 0 a 100.
- La mayor concentración de casos se ubicó en el 75% y 84%.
- Entre el 16 y 95% se ubicaron los extremos de la distribución.

De las 25 unidades de análisis 17 perciben su Perfil Psicológico entre NORMAL y MUY BUENO, y 6 lo percibieron como MAL.

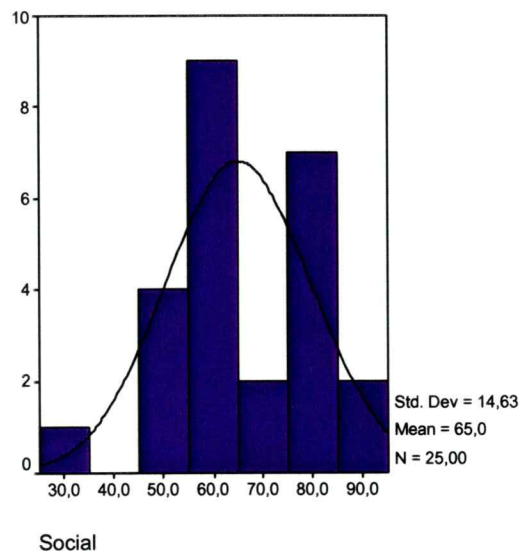


Resultados de la Encuesta según Dominio Psicológico de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata Buenos Aires. Argentina. Junio-Julio 2010.

Dominio III: Relaciones Sociales

- En este caso el promedio se encontró en el 65% del puntaje de la escala del 0 al 100.
- De un 55% a un 64% se encontró la mayor concentración de casos al igual que en el Dominio Capacidad Física.
- Con respecto a los extremos de la distribución de la muestra se ubicaron entre el 25% y 95%.

De la totalidad de las unidades de análisis, 24 perciben a las Relaciones Sociales entre NORMAL y MUY BUENA, y sólo 1 la percibió como MAL.

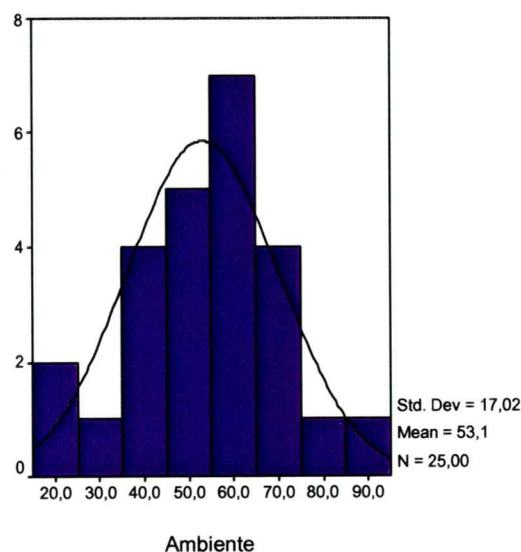


Resultados de la Encuesta según Dominio Relaciones Sociales de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata Buenos Aires. Argentina. Junio-Julio 2010.

Dominio IV: Medio Ambiente

- El promedio se situó en un 53,12% del puntaje de la escala del 0 al 100.
- la mayor concentración de números de casos se ubicó en el 55% y 64%.
- Los extremos de la distribución de la muestra se ubicaron entre un 16% y 95%, evidenciándose una mayor amplitud entre los extremos en comparación con los anteriores dominios.

De las 25 unidades de análisis 18 percibieron el Medio Ambiente entre NORMAL y MUY BUENO, y 7 percibieron el medio ambiente como MUY MAL Y MAL.



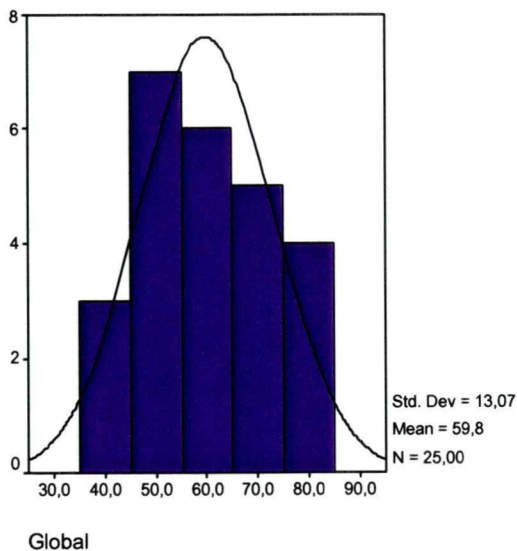
Resultados de la Encuesta según Dominio Medio Ambiente de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Junio-julio 2010.

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 59,78% del puntaje de la escala de 0 a 100.

- La mayor concentración de cosas se ubicó e el 45% y 54%.
- Los extremos de la distribución de la muestra se encontraron entre el 35% y 95%.

El perfil de la Calidad de Vida Global y Percepción General de Salud fue percibido en un 72% como NORMAL por las unidades de análisis.



Resultados de la Encuesta según dominio Calidad de Vida Global y Percepción de Salud de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Junio-julio 2010.

Interpretación y Conclusiones

En relación al instrumento WHOQOL-BREF

- 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.

- La administración del test en forma de entrevista tuvo amplia aceptación por todas las unidades de análisis, con cada entrevistado no fueron necesarios más de 15 minutos para finalizar el cuestionario, cabe mencionar que 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.

- Es de destacar el promedio en años de las 25 unidades de análisis se encuentra en 84,2 años aún siendo una población añosa, presentan pocos casos de patologías asociadas.
- Con respecto al estado civil los valores fueron significativamente altos en viudas/os se interpreta por lo que los entrevistados refieren luego de haber fallecido su cónyuge no iniciaron su vida junto a otra persona, se percibe la nostalgia y el anhelo por lo perdido, en este caso, su compañero/a de vida, aunque tengan hijos manifiestan que no es lo mismo para ellos.
- La decisión de internación de el 80% de las unidades de análisis fue determinada por los hijos, aunque se podría presuponer un desacuerdo por parte del adulto mayor ante este hecho, lo cierto es que en las entrevistas ellos manifiestan entender y apoyar dicha decisión, en algunos casos argumentan que sus hijos tienen sus propios proyectos y rutinas, los cuales no son compatibles con las necesidades del adulto mayor; se evidencia que la percepción que tienen los adultos mayores de la institución en la que viven es buena o muy buena.

- Los valores obtenidos en las relaciones personales fueron significativamente altos.

Dentro de la institución se llevan a cabo diariamente actividades grupales que fomentan la participación activa de los concurrentes, se conmemoran fiestas patrias, cumpleaños, se organizan eventos que dan a conocer lo producido por los adultos mayores en los diversos talleres organizados desde Terapia Ocupacional, ésta podría ser una posible explicación.

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

Conocer la Calidad de Vida Global y Percepción General de Salud que tienen los Adultos Mayores Institucionalizados, permite a los Terapeutas Ocupacionales establecer metas y objetivos basados en los conocimientos objetivados e interpretados luego de haber utilizado el instrumento WHOQOL-BREF, del mismo podemos recabar información sobre las actividades que los adultos mayores pueden o no realizar, como así también conocer las

necesidades satisfechas e insatisfechas, manifestadas por ellos mismos.

Sabemos que el abordaje desde Terapia Ocupacional con la persona es holística y la Calidad de Vida de ésta, es el reflejo de la sumatoria de varios aspectos que forman su vida.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

BIBLIOGRAFÍA.

- ⇒ AUZMENDIA ANA L., Terapia Ocupacional. Evaluación de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores Institucionalizados. Tesis de grado Licenciatura para Graduados en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP. Diciembre 2004.
- ⇒ BLEJER J., Psicología Institucional y Psicohigiene. Editorial Piados. Buenos Aires.1976.
- ⇒ 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.
- ⇒ BONICATTO, S. Desarrollo de la versión WHOQOL-BREF en Argentina. Fundación FUNDONAR. La Plata. Argentina. 1998.
- ⇒ Lic. CABRERO L., DR PÁSERA G y cols. ¿Evaluar Ancianos o las Instituciones que los Alberga?. Trabajo presentado en el VIII Congreso Argentino de la SAG y Geriatria o Envejecer en un mundo globalizado. Mar del Plata. 1998.
- ⇒ 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
- ⇒ FUSTINIONI O., PASSANTE 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.

- ⇒ Lic. MIRANDA C y otros., La Ocupación en la Vejez. Una visión Gerontológico desde Terapia Ocupacional. Imprenta Relieve. Pág. 9. Septiembre 1996.
- ⇒ OMS. (1994).
- ⇒ POLIT, D., HUNGLER, B., Investigación en Ciencias de la Salud; México; Interamericana/ McGraw- Hill; 5° Edición, 1998.
- ⇒ T.O RUBISTEIN SUSANA., Lic VOLIJ NORBERTO. Algunas Consideraciones sobre Instituciones Geriátricas de Estadía Prolongada. COLTO III. Terapia Ocupacional. Actualización en teoría y clínica. Pág.27-32. 1995
- ⇒ RUIZ TORRES A., Manual de Geriatria. Capítulo 2. Pág.19. 1980.
- ⇒ SAMPIERI HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ COLLADO, C y BAPTISTA LUCIO, P., Metodología de la Investigación; México; McGraw - Hill; Cuarta Edición; 2006.
- ⇒ SANCHO MT., VEGA JL. Calidad de vida y satisfacción en la vejez. Una perspectiva psicológica. Revista Geriatria y Gerontología., 39 (Suplemento 3): 2-7. Año 2004.
- ⇒ SOCIEDAD ESPAÑOLA de GERIATRÍA y GERONTOLOGÍA., Residencias para Personas Mayores. Manual de Orientación. Ed. Artes Gráficas Gutenberg. Capítulo I pág. 33. España 1995.
- ⇒ STRJILEVICH 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.

- ⇒ YANGUAS JJ., Calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores: aproximación conceptual, evaluación e implicación en gerontología. Revista Geriatria y Gerontología., 39 (Suplemento 3): 54-66
- ⇒ ZOTOLOW, DAVID.M., Los Devenires de la Ancianidad. Ed. Lumen Humanitas., Buenos Aires. 2002.

Resultados de la Encuesta según Edad en Años de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Junio-julio 2010.

edad

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 68	1	4,0	4,0	4,0
73	1	4,0	4,0	8,0
75	1	4,0	4,0	12,0
76	1	4,0	4,0	16,0
78	1	4,0	4,0	20,0
79	1	4,0	4,0	24,0
80	1	4,0	4,0	28,0
81	1	4,0	4,0	32,0
82	1	4,0	4,0	36,0
84	1	4,0	4,0	40,0
85	2	8,0	8,0	48,0
86	2	8,0	8,0	56,0
87	2	8,0	8,0	64,0
88	3	12,0	12,0	76,0
90	2	8,0	8,0	84,0
91	2	8,0	8,0	92,0
93	1	4,0	4,0	96,0
95	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Resultados de la Encuesta según Sexo de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata Buenos Aires. Argentina. Junio-Julio 2010.

sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid varón	4	16,0	16,0	16,0
mujer	21	84,0	84,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Resultados de la Encuesta según Estado civil de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Junio-julio 2010.

estado civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid separado	3	12,0	12,0	12,0
viudo	22	88,0	88,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Resultados de la Encuesta según Número de Hijos de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Junio-julio 2010.

número de hijos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	20,0	21,7	21,7
2	14	56,0	60,9	82,6
3	2	8,0	8,7	91,3
4	2	8,0	8,7	100,0
Total	23	92,0	100,0	
Missing System	2	8,0		
Total	25	100,0		

Resultados de la Encuesta según Escolaridad de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Junio-julio 2010.

escolaridad

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid primaria incompleta	5	20,0	20,0	20,0
primaria completa	5	20,0	20,0	40,0
secundaria incompleta	6	24,0	24,0	64,0
secundaria completa	8	32,0	32,0	96,0
terciario completo	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Resultados de la Encuesta según Decisión de Internación de los
Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos
Aires. Argentina. Junio-julio 2010.

decisión internación

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	adulto mayor	5	20,0	20,0	20,0
	hijos	20	80,0	80,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Resultados de la Encuesta según Dominio Capacidad Física de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata Buenos Aires. Argentina. Junio-Julio 2010.

	Nº	%
25-34	0	0,0
35-44	2	8,0
45-54	5	20,0
55-64	9	36,0
65-74	5	20,0
75-84	3	12,0
85-95	1	4,0
Total	25	100,0

Resultados de la Encuesta según Dominio Psicológico de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata Buenos Aires. Argentina. Junio-Julio 2010.

	Nº	%
16-24	0	0,0
25-34	5	20,0
35-44	1	4,0
45-54	5	20,0
55-64	3	12,0
65-74	3	12,0
75-84	6	24,0
85-95	2	8,0
Total	25	100,0

Resultados de la Encuesta según Dominio Relaciones Sociales de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata Buenos Aires. Argentina. Junio-Julio 2010.

	Nº	%
25-34	1	4,0
35-44	0	0,0
45-54	4	16,0
55-64	9	36,0
65-74	2	8,0
75-84	7	28,0
85-95	2	8,0
Total	25	100,0

Resultados de la Encuesta según Dominio Medio Ambiente de los Adultos Mayores Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Junio-julio 2010.

	Nº	%
16-24	2	8,0
25-34	1	4,0
35-44	4	16,0
45-54	5	20,0
55-64	7	28,0
65-74	4	16,0
75-84	1	4,0
85-95	1	4,0
Total	25	100,0

Resultados de la Encuesta según dominio Calidad de Vida Global
y Percepción de Salud de los Adultos Mayores
Institucionalizados. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina.
Junio-julio 2010.

	Nº	%
25-34	0	0,0
35-44	3	12,0
45-54	7	28,0
55-64	6	24,0
65-74	5	20,0
75-84	4	16,0
85-95	0	0,0
Total	25	100,0

ANEXO I

Silvina Ema Martinez

Mar del Plata, 2010

Sr. DIRECTOR de la
Residencia Casa Blanca

S / D

De mi mayor consideración:

Soy estudiante avanzada de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. He intentado llevar a cabo mi tesis de grado para obtener el título profesional. El objetivo de mi trabajo esta determinado en dimensionar el impacto de la calidad de vida global y la percepción general de salud de los adultos mayores institucionalizados en las Residencias Geriátricas.

Es por esta razón que me dirijo a usted con el motivo de solicitarle autorización, de ser posible para contar con los integrantes de la Institución que usted dirige y poder realizar mi estudio. La posibilidad de contar con la autorización para llevar a cabo el trabajo sería de valiosísima importancia.

Desde ya garantizo el anonimato y la confidencialidad de los datos; de la misma manera que si fuera factible la realización del estudio, no se interferirá con las actividades que se desarrollan en dicho establecimiento y mi visita se realizará en los días y horarios que usted estipule y además me comprometo a realizar una devolución de los resultados hacia la entidad

Sin otro particular, agradeciendo desde ya la atención que preste a mi pedido. La saluda a Ud. atentamente.

Martinez Silvina Ema
DNI 26.346.635

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.

ANEXO II

**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 Simonc

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

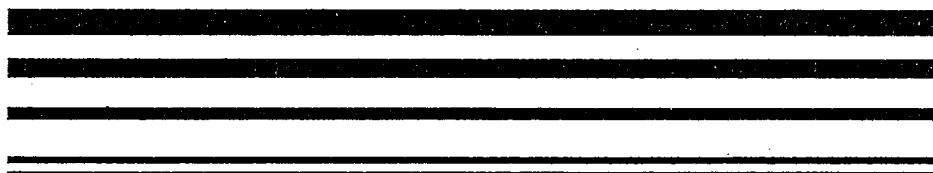
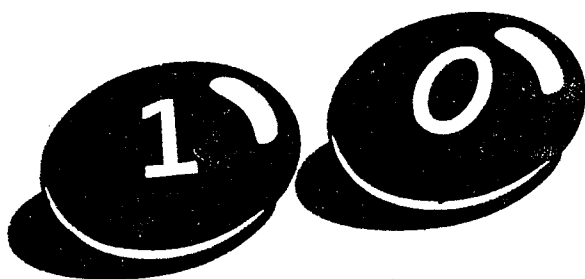
Dr. Luis Salessi

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

l



Versión Argentina del
WHOQOL BREF

EL WHOQOL-BREF

ACERCA DE USTED:

Antes de comenzar, nos gustaría hacerle algunas pocas preguntas generales acerca de Ud mismo: por favor, haga un círculo en la respuesta apropiada o llene el espacio vacío cuando corresponda.

¿Cuál es su sexo ?:

Masculino Femenino

¿Cuál es su Fecha de Nacimiento ?:

Día / Mes / Año

¿Cuál es el nivel más alto de educación que recibió ?:

Ninguno
Primario
Secundario
Terciario

¿Cual es su estado civil? Soltero
 Casado
 Separado
 Divorciado
 Viudo
 Convivencia

¿Está Ud actualmente enfermo? SI NO

¿Si Ud no está bien de salud, que piensa que es? _____

Instrucciones:

Esta evaluación le pregunta a Ud cómo se siente con respecto a su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, **conteste todas las preguntas**. Si Ud no está seguro acerca de qué respuesta dar a una pregunta, por favor **elija la que le parezca más apropiada**. Esta puede ser, con frecuencia, su primera respuesta.

Por favor, tenga presente sus costumbres, esperanzas, placeres e intereses. Nosotros le preguntaremos lo que piensa acerca de su vida en las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en **las 2 últimas semanas**, una pregunta podría ser:

¿Consigue de los otros el apoyo que Ud necesita?

No	No mucho	Moderadamente	Mucho	Completamente
1	2	3	4	5

Usted debe hacer un círculo en el número que mejor identifique el apoyo que Ud ha tenido de los otros, en las dos últimas semanas. Si Ud ha tenido mucho apoyo, hará un círculo en el número 4, y si no ha tenido ningún apoyo hará un círculo en el número 1. Por favor, lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos, y haga un círculo para cada pregunta, en el número de la escala que mejor indique lo que Ud siente.

1 (G1) ¿Cómo calificaría su calidad de vida?

Muy mal	Mal	Lo normal	Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2 (G4) ¿Cuan satisfecho estuvo con su salud?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a **cuanto** Ud ha experimentado ciertas cosas en las dos últimas semanas.

3 (F1.4) ¿En qué medida sintió que el dolor físico le impidió hacer lo que necesitaba?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

4 (F11.3) ¿Cuánto necesitó de algún tratamiento médico para realizar las actividades de la vida diaria?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

5 (F4.1) ¿Cuánto disfrutó de la vida?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

6 (F24.2) ¿En qué medida sintió que su vida tuvo sentido?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

7 (F5.3) ¿Cual fué su capacidad de concentración?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

8 (F16.1) ¿Cuán seguro se sintió en su vida diaria?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

9 (F22.1) ¿Cuán saludable fue su medio ambiente físico?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren al nivel en que Ud experimentó o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

10 (F2.1) ¿En qué medida tuvo suficiente energía para la vida diaria?

Nada	Algo	Normal	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

11 (F7.1) ¿En qué medida fue capaz de aceptar su apariencia personal?

Nada	Algo	Normal	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

12 (F18.1) ¿En qué medida tuvo suficiente dinero para satisfacer sus necesidades?

Nada	Algo	Normal	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

13 (F20.1) ¿En qué medida dispuso de la información que necesitó para la vida diaria?

Nada	Algo	Normal	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

14 (F21.1) ¿En qué medida tuvo oportunidad de realizar actividades recreativas?

Nada	Algo	Normal	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

15 (F9.1) ¿En qué medida fue capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
------	------	--------	-------	------------

Las siguientes preguntas se refieren a cuán satisfecho o contento se ha sentido acerca de varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

16 (F3.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con su sueño?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17 (F10.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

18 (F12.4) ¿Cuán satisfecho estuvo con su capacidad de trabajo?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

19 (F6.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con si mismo?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20 (F13.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con sus relaciones personales?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21 (F15.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con su vida sexual?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22 (F14.4) ¿Cuán satisfecho estuvo con el apoyo de sus amigos?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23 (F17.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con las características del lugar donde vive?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

24 (F19.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con los servicios de salud?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

25 (F23.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con el transporte?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a con qué frecuencia ha sentido o experimentado ciertas cosas en las dos últimas semanas.

26 (F8.1) ¿Con qué frecuencia tuvo sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?

Nunca	A veces	Normalmente	Con bastante frecuencia	Siempre
1	2	3	4	5

¿Lo ayudó alguien a llenar este cuestionario?.....

¿Cuánto tiempo tardó en completarlo?.....

¿Tiene algún comentario sobre esta evaluación?

.....
.....
.....

GRACIAS POR SU AYUDA



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

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

Jurado:

- ✓ Lic. AUZMENDIA Ana Laura.
- ✓ Lic. VERA Marta.
- ✓ Lic. SICOLI Miriam

Fecha de Defensa: 02/12/2010 NOTA: 4 (siete)