UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

“Percepción de la calidad de vida de los adultos mayores que viven en el Hospital Geriátrico Provincial de Rosario en 2020”

Autor: Novelli, Fabian Luis.

Tutor: Alonso Margarita.

Director de tesis: Huber Ramiro

Contenido

INTRODUCCION - 6 -

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA - 8 -

ESTADO DEL ARTE - 10 -

JUSTIFICACION - 12 -

CONTEXTO - 14 -

OBJETIVOS - 18 -

Objetivo general - 18 -

Objetivos específicos - 18 -

MARCO TEORICO - 19 -

Calidad de Vida - 19 -

Cambios paradigmáticos de las instituciones para adultos mayores. - 25 -

Construcción cultural del adulto mayor - 26 -

DISEÑO METODOLOGICO - 29 -

Descripción del ámbito de estudio - 40 -

Tipo de estudio y diseño - 40 -

Población - 41 -

Criterios de inclusión (tabla3) - 41 -

Criterios de exclusión(tabla3) - 41 -

Selección de técnicas e instrumentos de recolección de datos - 42 -

Plan de análisis de los resultados. - 43 -

Resultados - 44 -

- 44 -

Conclusiones - 52 -

Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación - 53 -

Bibliografía - 54 -

ANEXO - 57 -

ESCALA FUMAT - 57 -

Método de baremación de la Escala Fumat - 67 -

Agradecimientos

A mis tutores Margarita Alonso y Ramiro Huber sin ustedes y sus virtudes, su paciencia y constancia este trabajo no lo hubiese logrado. Sus consejos fueron siempre útiles cuando no salían de mi pensamiento las ideas para escribir lo que hoy he logrado. Ustedes formaron parte importante de esta historia con sus aportes profesionales que lo caracterizan. Muchas gracias por sus múltiples palabras de aliento, cuando más las necesite; por estar allí

cuando mis horas de trabajo se hacían confusas. Gracias por sus orientaciones.

A los docentes de la carrera, sus palabras fueron sabias, sus conocimientos rigurosos y precisos, a ustedes mis profesores queridos, les debo mis conocimientos. Donde quiera que vaya, los llevaré conmigo en mí transitar profesional. Su semilla de conocimientos germinó en el alma y el espíritu. Gracias por su paciencia, por compartir sus conocimientos de manera profesional e invaluable, por su dedicación perseverancia y tolerancia.

Por último el agradecimiento a las autoridades del Hospital Geriátrico Provincial por el apoyo y autorizar a realizar esta investigación sin condicionamientos.

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo analizar la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores que residen en el Hospital Geriátrico Provincial de Rosario. En el contexto del envejecimiento poblacional y el creciente proceso de institucionalización, resulta fundamental comprender cómo los sujetos experimentan su vida cotidiana dentro de estas instituciones.

El estudio se desarrolló desde un enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo y de corte transversal. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, aplicándose la escala FUMAT como instrumento de recolección de datos, la cual permite evaluar la calidad de vida en sus distintas dimensiones.

Los resultados obtenidos evidencian que la mayoría de los residentes percibe su calidad de vida como buena o regular, aunque se identifican diferencias según variables como el género y la sala de residencia. Estos hallazgos permiten comprender la calidad de vida como un fenómeno multidimensional, en el que intervienen factores tanto objetivos como subjetivos.

Asimismo, desde la perspectiva de la vida cotidiana, se observa que la institucionalización implica una reorganización de las rutinas, los vínculos y los espacios, lo que puede incidir en la autonomía y en la percepción de bienestar de los adultos mayores.

En conclusión, si bien la institución cumple un rol fundamental en la provisión de cuidados, se destaca la necesidad de promover estrategias orientadas a fortalecer la autonomía, la participación y el ejercicio de derechos, avanzando hacia modelos de atención centrados en la persona.

Palabras claves: adulto mayor, calidad de vida, Fumat

INTRODUCCION

El concepto de calidad de vida ha ido adquiriendo una importancia e interés especiales dentro de la investigación y la práctica de los servicios sociales, educativos y sanitarios durante las últimas décadas. Todos los esfuerzos y desarrollos llevados a cabo durante las tres últimas décadas han permitido que el concepto de calidad de vida haya evolucionado desde una noción sensibilizadora a convertirse en un agente de cambio social y organizacional. Así, la búsqueda de la calidad es hoy un objetivo compartido por usuarios de servicios, profesionales, organizaciones, políticos y financiadores que trabajan para conseguir servicios y procesos de calidad valorados por los propios usuarios y que mejoren su calidad de vida. (Sancho, 2004)

Los últimos años fueron testigos de un rápido envejecimiento de la población en distintos países del mundo, incluida Argentina. En Argentina los mayores de 60 años representan el 14,3% de la población. En tal sentido en todo el país hay 3.696 geriátricos (residencias de larga estadía) con una presencia mayor en aquellas localidades donde se encuentran los porcentajes más altos de población envejecida, como Capital Federal, la provincia de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe. (Dirección Nacional de Políticas para el adulto mayor, 2006).

Argentina cuenta con una alta proporción de adultos mayores que están incluidos en el sistema de jubilaciones y pensiones. En cuando a la cobertura de salud, el 10,5% tiene cobertura de salud privada (prepaga de la obra social y por contratación voluntaria). El 79,6% tiene cobertura en salud del subsector de la seguridad social integrado por obras sociales (predominantemente PAMI) y planes de salud. El 100% tiene derecho a la salud pública. Cabe señalar que el 15.9% de los adultos mayores de nuestro país se encuentra en situación de dependencia física y/o socioeconómica. (Organización Iberoamericana de Seguridad Social, 2013)

Los datos expuestos alertan acerca de una necesidad actual de contar servicios sociales y de cuidados a adultos mayores, teniendo en cuenta los cambios que se han producido en la sociedad en el último siglo, reflejados entre otros en la estructura de las familias, la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, las migraciones entre otros.

Las residencias para mayores son definidas por el Ministerio de Desarrollo Social de Argentina como centros de alojamiento y de convivencia que tienen una función sustituta del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente, donde se presta a la persona mayor de sesenta años una atención integral. (Dirección Nacional de Políticas para el adulto mayor, 2006)

El Hospital Geriátrico Provincial (HGP) de Rosario, es un hospital de residencia que atiende, desde 1888, aproximadamente a 200 personas de más de 60 años. Aquí el adulto mayor ingresa a vivir y a su vez se realiza un conjunto actividades basados en la asistencia médica, ayuda psicológica y social desde un abordaje integral del adulto mayor, garantizando el respeto y la promoción de los derechos de estas personas. El HGP cuenta con siete salas con habitaciones con 3 camas y están organizadas por género (hombres y mujeres), también según cobertura social o sin cobertura social.

Los adultos mayores que viven en el HGP, que se encuentran en las salas de sin cobertura social pueden ser aquellos que han sido abandonadas por sus familias, han tenido problema habitacional o que trabajaron en condiciones de precariedad laboral y no han contado con seguridad social y/o aportes jubilatorios. Por otro lado, quienes viven en las salas de con cobertura social son los que han tenido un estilo mejor de vida, en las que, en mayor o menor medida, han tenido una mejor posición económica, social, cultural.

Por lo tanto, el presente estudio pretende describir la percepción de calidad de vida de los adultos mayores de 60 años que viven en el Hospital Geriátrico Provincial, abordando aspectos fundamentales como: bienestar

emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, derechos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Argentina, hasta la actualidad, no se cuenta con normativas que reglamenten el modo de constitución y funcionamiento de las instituciones geriátricas. La regulación queda en manos de cada provincia y a su vez de cada municipio, que en muchos casos responden a políticas sociales de turno, dejando a la luz contradicciones provinciales/municipales, incluso vacíos legales. (Huenchuán, 2009). Estos vacíos legales refieren a la ausencia de un marco normativo unificado a nivel nacional que regulen de manera integral el funcionamiento de las instituciones geriátricas. Esta situación genera desigualdades en las condiciones de atención, control y garantía de derechos de los adultos mayores según jurisdicción, produciendo heterogeneidad en la calidad de los servicios ofrecidos.

Desde la década del ’70 se viene produciendo en Argentina una masificación de las residencias geriátricas, incrementándose año a año el número de adultos que en ellas habitan (Davobe, 2000). En la actualidad, según el Ministerio de desarrollo social, viven en geriátricos un total de 86.441 personas.

En este sentido, Agnes Heller, la vida cotidiana constituye el espacio donde los sujetos desarrollan sus prácticas, rutinas y relaciones sociales, permitiendo la reproducción de su existencia. En el caso de los adultos mayores institucionalizados, esta vida cotidiana se ve profundamente modificada por las normas, tiempos y dinámicas de la institución, lo que impacta en su autonomía y en la percepción de su calidad de vida.

Las residencias geriátricas se presentan como una alternativa para habitar en esta etapa de la vida, se presentan ellos como sus nuevos "*hogares*": se convierten en el espacio en el que los adultos mayores despliegan su cotidiano. Los efectos de este vivir traen claras consecuencias, puesto que se ven modificadas no sólo sus rutinas diarias sino también los espacios en los que el adulto mayor se mueve. Tener que adaptarse a un lugar nuevo, extraño, con nuevas personas que estarán a su alrededor, nuevas reglas a cumplir pueden afectar emocionalmente al adulto mayor en su calidad de vida y en su diario vivir. (Davobe, 2000). La institucionalización del adulto mayor para algunos puede representar un leve aumento en su calidad por los cuidados prestados, para otros representa un factor de riesgo.

Con el fin de realizar esta investigación es necesario posicionarse en el contexto histórico y la realidad de cada uno de los adultos mayores que habitan en los distintos servicios del HGP, teniendo en cuenta su condición biopsicosocial, y la calidad de atención y de las prestaciones que allí se brindan y así conocer la percepción de calidad de vida del adulto mayor.

¿Cuál es la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores que viven en el Hospital Geriátrico Provincial de Rosario en el periodo de junio a diciembre de 2020?

ESTADO DEL ARTE

La calidad de vida en el anciano es para algunos autores una variable directamente dependiente del estado de salud del individuo, reduciéndose en gran medida el concepto a la medición de síntomas, efectos y repercusiones de la enfermedad (dolor, deterioro funcional, etc.) o sus tratamientos (efectos adversos) sobre el estado de ánimo y el comportamiento (Gonzalez, 1995) para otros tiene un significado más amplio que abarca otros aspectos de la experiencia humana, incluyendo no sólo cuestiones físicas y materiales, sino también y, especialmente, aquellos relacionados con la satisfacción vital, la autoestima y el bienestar emocional, espiritual y social (Dickinson., 1992).

Para Lawton calidad de vida consiste en la evaluación multidimensional bajo criterios, tanto intrapersonales, como socio-normativos, del sistema de entorno personal de un individuo en tiempo pasado, actual y anticipado. Este autor sugiere que es necesario medir cuatro dimensiones (competencia comportamental, bienestar psicológico, calidad de vida percibida y entorno objetivo) para obtener una visión próxima a la realidad de la calidad de vida del anciano. (Lawton, 1991)

Aunque es difícil determinar qué dimensiones forman parte del concepto de calidad de vida, tomaremos como punto de partida el de bienestar subjetivo de Diener (Diener, 1984) según el cual, el estado de bienestar subjetivo está constituido por un componente afectivo y de satisfacción vital, definido como un juicio cognitivo de evaluación global de la propia vida, el cual puede estar influido por el afecto, pero no es una medida directa de la emoción.

La experiencia de bienestar de un individuo viene determinada por su situación afectiva y la evaluación que hace de su vida (Mehlsen, 2005) pero también puede verse afectada por factores como el grado de discapacidad física o factores de tipo demográfico o social (Lopez, 2005).

Según Triado (2006) existen criterios objetivos y subjetivos que determinan el grado de bienestar de la persona, que deben ser estudiados conjuntamente; entre los objetivos, se encuentran la mayoría de los

indicadores de salud física, de estado cognitivo y de actividades que es capaz de realizar el sujeto. Entre lo subjetivos, que implican la opinión y los valores de la persona, se destacan los que hacen referencia a la experiencia personal y los aspectos emocionales, como, por ejemplo, el sentido de control personal o la felicidad. (Triadó, 2006)

Sin embargo, no todos los adultos mayores muestran una mala calidad de vida; incluso, como han demostrado algunos estudios (Kozma, 1988) en esta etapa de la vida pueden existir niveles más altos de bienestar que en la edad adulta. Parece, por tanto, una cuestión importante conocer cuáles son los aspectos que hacen que un adulto mayor sienta que su vida es de calidad. Mroczek y colaboradores (Mroczek, 1998) definieron lo que llamaron “paradoja del bienestar”, consiste en que, aún en situaciones muy desfavorables y que deberían ser claramente mejoradas, las personas pueden contemplar su situación de forma optimista y satisfactoria.

JUSTIFICACION

A pesar de que la institucionalización se ve como un apoyo al adulto mayor, hay autores que afirman que conlleva a un debilitamiento de las relaciones sociales, donde se limita su autonomía, y así aumenta su insatisfacción con

la vida. Lo cual repercute de manera importante en la calidad. El hecho de vivir en una residencia gerontológica y las formas y estructuras organizacionales que se despliegan para ello implica para los adultos mayores diversas consecuencias que van a repercutir en su calidad de vida.

Si bien es necesario en toda institución tenga un mínimo de organización, estas instituciones como el HGP, se caracterizan por la presencia de fuertes normativas. Como un horario para dormir, para las comidas, para recibir visitas, para controles médicos, se les asigna un dormitorio para dormir y, la mayoría de las veces, un compañero de habitación. No aparece en ningún momento la posibilidad de elección o decisión del adulto mayor.

Esta ausencia de elección se ve también en muchos casos en la decisión de internación, la cual es tomada, sin considerar la opinión que el adulto mayor tenga al respecto. Por el contrario, aparece como un objeto de intervención, quien acata de manera pasiva las decisiones que sobre él se toman bajo la consigna de “cuidarlo” o “mejorar su calidad de vida”.

Este trabajo tiene como propósito profundizar acerca de cómo el adulto mayor, que vive en el HGP, percibe la calidad de vida en todos sus aspectos, como lo son su estado físico, psicológico, salud mental, que de una u otra manera lo han determinado por sus diversas experiencias. Se pretende con esta investigación tener un acercamiento con estas personas para poder conocer acerca de la situación que gira en torno a esta, permitiendo conocer cómo estos manifiestan y vivencian el proceso de institucionalización en el HPG.

Este proyecto es un importante aporte para los profesionales que quieran profundizar e intervenir en el proceso de la percepción de la calidad de vida del adulto mayor, permitiendo tener un conocimiento acerca de estas personas, generando así un conocimiento de interés para quienes desean indagar acerca de esta problemática, logrando así investigar qué surge y qué pasa con estas personas.

Puesto que en el HGP no se han realizado estudios sobre este tema, es importante conocer verdaderamente qué sucede con la percepción de calidad de vida de los adultos mayores que viven aquí, y como ellos afrontan la vida tanto a nivel personal como interpersonal.

Para ejecutar este estudio, hay viabilidad ya que se cuenta con los recursos humanos, financieros y el acceso a los datos necesarios para llevarlo a cabo. Se puede encontrar limitaciones para realizar este trabajo, ya que no todos los adultos mayores que viven en el HGP pueden expresar sus opiniones al respecto debido a su deterioro cognitivo o imposibilidad de expresarse de manera verbal.

CONTEXTO

En 1888: Por iniciativa de la Sociedad de Beneficencia, se propone brindar amparo a enfermos mentales crónicos y mendigos sin hogar. Con la donación de los terrenos por parte del Sr. Camilo Aldao más el aporte económico de procedencia pública y privada, se inaugura así la edificación con el nombre de: "Asilo de Mendigos y Dementes del Sagrado Corazón de Jesús" Al año se inauguraba la planta alta y diez años más tarde la iglesia y una escuela.

En 1930, por el tipo de construcción y la demanda de internos, el edificio necesitaba remodelaciones que estuvieron a cargo del Arquitecto Micheletti, quien le da una organización de pabellones dispuestos a la derecha por el sector hombres y a la izquierda por el sector de mujeres, comunicados por galerías y amplios jardines, finalizadas estas obras en 1943 cambia el nombre y pasa a denominarse “Hogar de Ancianos".

En 1948, la Fundación Eva Perón y el Poder Ejecutivo Nacional, consagran los "Derechos de la Ancianidad". Todos los ancianos tenían derecho a una vivienda digna, a la alimentación, al vestido, al cuidado de la salud física y moral, al esparcimiento, al trabajo, a la tranquilidad y al respeto. Estos preceptos se incorporaron en la Constitución en el año 1949, adquiriendo estabilidad jurídica.

En 1978, etapa de la dictadura militar, el Hogar se define ya como: "Hospital Geriátrico Provincial de Rosario", en un convenio entre el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y la Sociedad de Beneficencia. En 1993, por decreto del poder ejecutivo nacional se implementa el nuevo sistema de autogestión (decreto N578). Que consiste en una descentralización de los distintos efectores de salud permitiéndoles la posibilidad de generar servicios y prestaciones, pudiendo así facturar con aranceles correspondientes según nomencladores específicos. En 1996 convenio entre la sociedad de beneficencia, el ministerio de salud provincial y Pami, reestructuran el hospital abandonando la disposición de pabellones y dividir en habitaciones tal cual lo conocemos hoy.

Dependencias Administrativas Hospitalaria

- Dirección.
- Oficina de Administración
- Oficina de Personal
- Servicio de Estadísticas
- Servicio Sociales.

Departamentos y Servicios

Dpto de Enfermería

- Dpto Médico: Médicos de Sala
- Dpto. Consultorios Externos: (Clínica, Cardiología, Oftalmología, Psiquiatría, Dermatología, Reumatología, Nutrición).
- Dpto. Médico de Guardia
- Dpto. Salud Mental
- Servicio de Nutrición
- Ser. Odontología
- Servicio. Fisiatría y Rehabilitación
- Servicio de rayos
- Farmacia
- Servicio de Laboratorio
- Servicios Generales
- Mantenimiento y Suministro
- Ropería.

El Hospital Geriátrico Provincial, se diferencia de otro tipo de efectores porque la mayoría de los adultos mayores que ingresan al mismo, lo hacen con el objeto de permanecer y convivir allí, estableciendo relaciones sociales con sus pares hasta el último día de su vida, cumple de esta manera la función de hogar y contención; además de brindar atención en su salud.

Es una institución de puertas abiertas[1] con un amplio horario de visita (09:00hs a 20:00hs). Cuenta con siete salas con habitaciones de tres camas cada una. De las siete salas solamente dos han sido destinadas exclusivamente para la atención de adultos mayores con obra social, y el

[1]Se entiende por institución de puertas abiertas a aquella que favorece el acceso de familiares, allegados y la comunidad en general, promoviendo la integración social de los residentes y evitando su aislamiento, lo cual tiene implicancias organizacionales en términos de flexibilidad institucional y apertura al entorno.

resto sin obra social, cabe destacar que no están subdivididas por complejidad del adulto mayor. Ellas son sala Santa Ana, Santa Inés, Santa Rita (salas de mujer), San Juan, Rueda, Marul 1 y Marul 2 (salas de hombres), bautizadas así desde su inauguración, por los fundadores del mismos. Donde sala Santa Ana y Rueda fueron destinadas para adultos mayores que tienen obra social.

El personal que atiende a los adultos mayores está conformado por alrededor 350 personas, integrando el plantel además de médicos, de distintas especialidades, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros, y asistencia religiosa.

Este es un lugar donde los adultos mayores reciben escasa o ninguna visita de familiares y allegados; es por eso, que se busca encontrar actividades que les pueda motivar el día a día. Entre estas actividades, se destacan, los talleres de lectura, de radio, actividades de cine, donde todos los domingos ven películas elegidas por ellos, talleres de música, manualidades y prácticas de religión. Se tienen en cuenta también días festivos, como cumpleaños, feriados, noche buena y fin de año.

El sistema de admisión en el HGP, dependiente del Departamento de Servicios Sociales, es similar para los dos tipos de alojamiento (Publico y Seguridad Social). El modo de admisión puede ser por derivación de algún otro efector de mayor complejidad, por inscripción espontánea efectuada por familiar o allegado del adulto mayor. En ambos casos, el departamento de trabajo social junto al comité de ingreso conformado por jefe médico, supervisión de enfermería, psicólogo y trabajador social, analizan cada situación en particular. Habitualmente, debido a la escasa disponibilidad de lugar, quedan en una lista de espera.

Otra manera de ingreso es por vía judicial, se da en casos muy particulares, como, por ejemplo, un adulto mayor en condiciones paupérrimas de salud o de situación habitacional o en condiciones de abandono, o es maltratado en su entorno y es necesaria la intervención sanitaria.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Evaluar la percepción de la calidad de vida en el adulto mayor que vive en el HGP durante el año 2020.

Objetivos específicos

- Caracterizar la población de adultos mayores que viven en el HGP en 2020
- Identificar diferencias en las dimensiones de calidad de vida de acuerdo con las características sociodemográficas de los adultos mayores que vive en el HGP.

MARCO TEORICO

Calidad de Vida

El término calidad de vida es relativamente reciente. Aparece en torno a la década 70 (Moreno, 1996), teniendo un gran desarrollo en los años ochenta; se originó principalmente en el campo de la Medicina, extendiéndose al ámbito de la psicología y la sociología, desplazando a otros términos más difíciles de operacionalizar, como felicidad o bienestar. En su origen y desarrollo histórico, el concepto de calidad de vida ha estado muy relacionado con el de estos dos términos afines, y se ha caracterizado por su continua ampliación.

Desde la idea inicial que lo vinculaba casi exclusivamente con el cuidado de la salud, hasta el actual centrado en la preocupación por la existencia del sujeto, su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud, pasando por la incorporación progresiva de dimensiones, como, por ejemplo, el acceso a los bienes y servicios y los aspectos económicos.

El concepto de calidad de vida es vago y etéreo; en los últimos años se ha popularizado, sin que, en muchos casos, sepamos a ciencia cierta de qué estamos hablando concretamente. Esto no es inusual, y a ello han

contribuido las diferentes orientaciones que se ha dado a la entidad a través del tiempo. En un estudio realizado por (Lehr, 2004), el autor destaca que en las últimas décadas se ha vivido una evolución desde el concepto de “satisfacción con la vida” de los años sesenta hasta los actuales conceptos de “bienestar subjetivo” y “envejecimiento satisfactorio”, dominante en los ochenta y noventa, pasando por el de “calidad de vida”, que comenzó a definirse en los setenta.

La mayoría de las descripciones de calidad de vida, a diferencia de los demás, se basan en encuestas de bienestar y satisfacción con la vida, en aspectos subjetivos y de representación cognitiva de la situación vital, pero además incluye algunos datos objetivos (Thomas, 1970) autoevaluados por el sujeto, como por ejemplo, las condiciones de salud física, psicológica y social (Sholmerich, 1990) o la capacidad funcional en relación con los aspectos psicológicos, físicos, sociales y emocionales (Kohlman, 2000). Otras definiciones incluyen aspectos sociales objetivos, como el nivel de ingresos, condiciones de la vivienda.

En resumen, podemos afirmar que no existe acuerdo unánime sobre el concepto de calidad de vida (Sanz, 1991), ya que es de muy difícil acotamiento. Haremos referencia a algunas definiciones que se han dado del mismo, aplicándolo concretamente a la edad avanzada.

La calidad de vida en el adulto mayor es de gran importancia para reconocer el envejecimiento satisfactorio ya que es un indicador de este; y su evaluación permite tener una visualización para realizar políticas que satisfagan al individuo y así poder planificar y asignar recursos para la mejoría de la calidad de vida de los adultos mayores.

Lawton, postula cuatro parámetros que deben ser evaluados en la calidad de vida: calidad de vida física, calidad de vida social, calidad de vida percibida, calidad de vida psicológica, de esta manera la calidad de vida va ligada a la satisfacción que el individuo sienta, entendiéndose satisfacción como todo

suceso que le permite a la persona llenar espacios vacíos, cumplir con las exigencias y premiar las acciones o recibir alguna recompensa por ello. (Lawton, 1991).

Para el adulto mayor resulta de gran importancia satisfacer sus necesidades como la vivienda, la salud y la alimentación, sin embargo, algunas cosas resultan mejor cuando se acompañan del poder ser parte de actividades sociales, repercutiendo así en la percepción que tiene el adulto mayor frente a la calidad de vida. Otro aspecto clave que influye en la satisfacción y en la calidad de vida del adulto mayor es la autopercepción que tiene frente a lo que sucede con su entorno y con él, por este motivo se ha convertido en un indicador de gran utilidad para conocer el estado de salud y la calidad de vida.

La calidad de vida es un término neutral que se refiere a la evaluación cognitiva del estado de la propia vida, de acuerdo con ciertos criterios normativos. Se trata, por tanto, de un constructo complejo y multidimensional. Para llegar a su conocimiento profundo se deben evaluar, aspectos objetivos y subjetivos, que componen la apreciación individual de la salud y el bienestar. Debemos analizar un conjunto de percepciones compuesto, no únicamente por la enfermedad o discapacidad, sino por la combinación de ellas con la experiencia personal, las creencias y expectativas, la interiorización de la situación y todas las sensaciones subjetivas del adulto mayor.

Cuando este concepto multidimensional se toma en consideración, obtenemos una visión más integral del efecto de la enfermedad/discapacidad y/o el estado de ánimo sobre la vida diaria del adulto mayor, en aspectos tan importantes como su capacidad funcional, para interactuar en la sociedad, la necesidad de apoyo o la sensación subjetiva de bienestar.

Recién a inicios de la década del 90’ se plantea un cambio de paradigma a nivel internacional en el análisis del envejecimiento y la situación de los

adultos mayores, incorporándose paulatinamente la perspectiva de los derechos humanos en su abordaje (Dabove, 2012). Esta perspectiva, plantea fundamentalmente el imperativo ético y normativo, de considerar a los adultos mayores ya no como un grupo vulnerable que es objeto de protección, sino como titulares de derechos. Así, la atención se ha dirigido a asegurar la integridad y la dignidad de estos, la ampliación de la protección efectiva de sus derechos humanos en condiciones de igualdad y sin discriminación alguna, así como el fortalecimiento de su autonomía y la ética de la solidaridad (Huenchuán, 2009)

La creación de los Principios de las Naciones Unidas en favor a los adultos mayores aprobados en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1991 constituye un hito en este sentido, planteando cinco principios para la acción política: la independencia, la participación, los cuidados, la autorrealización y la dignidad: (Naciones Unidas, 1991)

- Independencia: incluye el derecho a la alimentación, el agua, la vivienda, el vestuario y la atención sanitaria adecuados. Derechos básicos a los que se añaden la oportunidad de un trabajo remunerado, el acceso a la educación y capacitación, el derecho a vivir en un entorno seguro y adaptable a sus necesidades y residir en su propio domicilio.
- Participación: comprende el derecho a la participación de los adultos mayores en la aplicación de las políticas que incidan directamente en su bienestar, a compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes y a la posibilidad de formar movimientos o asociaciones.
- Cuidados: consigna el derecho de los ancianos a beneficiarse de los cuidados de la familia, tener acceso a servicios sanitarios y disfrutar de los derechos humanos.
- Autorrealización: establece el derecho de los ancianos de aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial a través

del acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

- Dignidad: considera el derecho de los ancianos a vivir con dignidad y seguridad, verse libres de explotación y malos tratos físicos o mentales, ser tratados con dignidad independientemente de su edad, sexo, raza, procedencia étnica, discapacidad, situación económica o cualquier otra condición y ser valorados debidamente con prescindencia de su contribución económica.

Asimismo, Ciuro Caldani citado por Dabove (Dabove, 2012), incorpora otros tres principios fundamentales: continuidad vital, privacidad y participación:
El principio de continuidad vital es la manifestación específica del principio de igualdad en la vejez. Significa admitir que todas las manifestaciones de la vida humana constituyen el sustrato del mundo jurídico. Implica reconocer que la vida es una totalidad dinámica. Exige del derecho un trato igualitario para el adulto mayor, de modo tal que el conjunto de su vida – pasada, presente y futura- resulte valorada e incluida en sus instituciones.
El principio de privacidad, el envejecimiento es un elemento constitutivo del concepto de unicidad de la persona. Con la privacidad se abre el camino para el sostenimiento jurídico de la autonomía, libertad y la intimidad del adulto mayor. Se refuerza su papel de sujeto.

El principio de participación, sin el cual no sería posible la vida comunitaria. A través de este principio el diálogo intergeneracional tendrá lugar en el Derecho, se podrá rescatar la historia y la experiencia, la esperanza y los proyectos de la sociedad en general.

La perspectiva de derechos humanos incorpora la dimensión grupal en la titularidad de derechos colectivos; entiende que la realización que los derechos individuales necesita de los derechos colectivos. En el caso de los adultos mayores, interesa resaltar que son titulares de derechos individuales, pero también son titulares de derechos grupales, por lo tanto, se requiere

que, junto con el reconocimiento de sus libertades esenciales, puedan disfrutar también del ejercicio de derechos sociales de manera de lograr envejecer con seguridad y dignidad, lo que exige un papel activo del Estado, la sociedad y de sí mismos. Pretende, “asegurar en un concreto contexto social, la realización personal, garantizando que cada individuo o cada colectividad desarrolle su capacidad para reivindicar ante instancias de decisión las condiciones inherentes a su dignidad y que en un plano de justicia pueda cubrir sus necesidades básicas y, en definitiva, erradicar conductas o ideas inconsistentes con el respeto de aquella dignidad” (Huenchuán, 2009).

Entonces es necesario distinguir si las personas mayores son objeto de protección o sujeto de derecho. La distinción entre objeto y derecho se funda en que el objeto en sí mismo no tiene conciencia del derecho y disfruta pasivamente de la garantía que éste otorga, en tanto que el sujeto es una parte activa en la construcción y ejercicio de los derechos.

Estos derechos están contemplados en una serie de documentos nacionales e internacionales, entre ellos numerosos pactos y tratados incorporados en la Constitución Nacional. Por ejemplo, el Artículo. 14 bis (último párrafo) de la Constitución Argentina dice: *"...El estado otorgará los beneficios de la seguridad social que tendrá carácter de integral e irrenunciable, en especial, la ley que establecerá: el seguro social obligatorio que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera o económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia, la defensa del bien de familia, la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna..."* . También se manifiesta en el Artículo 75. Corresponde al Congreso: (inciso 23): “...*Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados*

internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad...”

El reconocimiento de los derechos de los adultos mayores es débil. En su mayoría, las normas vigentes abordan cuestiones previsionales y, en el plano jurisprudencial, pocos son los fallos que contemplan la situación de los adultos mayores de manera integral (Dabove, 2012). Las constituciones provinciales refieren la problemática de una manera disímil.

Solamente la constitución de la Provincia de Córdoba clasifica dentro del grupo que Gonem Machello, denomina “constituciones con derechos de los ancianos”, es decir, contiene disposiciones específicas que comprenden, esta etapa de la vida, desde una perspectiva totalizadora. Capitulo segundo de la Constitución Provincial de Córdoba. Derechos Sociales de la ancianidad. Artículo 28.- *El Estado Provincial, la familia y la sociedad procuran la protección de los ancianos y su integración social y cultural, tendiendo a que desarrollen tareas de creación libre, de realización personal y de servicio a la sociedad.* (Gonem Machello, 2008)

El enfoque de derechos explicita un reconocimiento de la relación directa existente entre el derecho y la garantía, todo lo cual conjuga en una potencialidad que puede actuar como una forma de restablecer equilibrios en el marco de situaciones sociales marcadamente desiguales. Y plantea la necesidad de establecer responsabilidades en este cuidado: ¿Se trata de un problema de índole privada que las familias deben resolver? ¿Se trata de un problema que el Estado debe asumir?

Cambios paradigmáticos de las instituciones para adultos mayores.

Las instituciones que alojan a los adultos mayores convergen actualmente diversos paradigmas que, si bien tienen origen en concepciones asilares, han incorporado progresivamente enfoques vinculados a la rehabilitación y a la promoción de salud; estas lecturas y paradigmas coexisten actualmente

en el accionar de las instituciones (Zolotow, 2010). Este surgimiento implica dos dimensiones enlazadas entre sí: solucionar determinadas situaciones individuales y, al mismo tiempo, dar respuesta a problemas sociales (Bayer, 1992).

Es posible reconocer tres momentos que sirven de referentes directos al proceso de institucionalización del adulto mayor en nuestro tiempo:

Retiro medieval: idea que cobra lugar entre los adultos de mayores recursos económicos. “Podían cumplir con los mandatos de una sociedad culturalmente teocéntrica, aislándose del mundo cotidiano, poniendo fin a la rutina productiva y a las preocupaciones sociales y políticas; pues se pensaba a la vejez como etapa de preparación para la muerte, como proceso de despegue de todo lo terreno”. Con el tiempo se abren dos posibilidades de retiro: el monacal y el pensionado. Sea cual fuere la elección del anciano, la comunidad eclesiástica fijaba las condiciones del retiro en un contrato con cada anciano. (Davobe, 2000)

Hospicios y/o asilos de la modernidad: son el primer antecedente directo de las residencias geriátricas como las conocemos hoy. Aparecen durante la edad moderna, con la cual el concepto de “caridad” pasa a tener una fundamentación laica. Surge la ley con la que se categoriza a los pobres a los fines de otorgar a cada uno asistencia acorde a sus posibilidades de acción. (Davobe, 2000)

Hogares hospitales: aparecen en la edad contemporánea con las sociedades de beneficencia que proliferan a partir del siglo XIX. Aquí se instauran sistemas formales de ayuda privada que impulsan la construcción de hogares y hospitales para los más indigentes. (Davobe, 2000).

Construcción cultural del adulto mayor

Según lo refiere la literatura, el número de residencias gerontológicas ha ido aumentado de manera significativa en los últimos años. Lecturas sociológicas sobre ello consideran que las causas de ese crecimiento deben buscarse en la transformación de las instituciones en la sociedad moderna, la nuclearización de la familia y la conversión de ésta en unidad de consumo e intercambio, la paulatina pérdida del poder adquisitivo, el aumento de la esperanza de vida, la aparición de enfermedades crónicas que acarrean graves dependencia, el incremento de la población anciana. (Bayer, 1992)

El hecho de vivir en una residencia para adultos mayores, las formas y estructuras organizacionales que se despliegan para ello ubican. A este tipo de lugares se lo denomina instituciones totales. Se considera como instituciones totales a aquellas que "absorben" toda la vida de la persona, a través de la imposición de obstáculos que impiden la interacción con el exterior. Son *"un híbrido social, en parte comunidad residencial y en parte organización formal"*. Tal consideración implica para los adultos mayores diversas consecuencias que van a repercutir en quienes allí habitan. Interesa aquí profundizar sobre dos de ellos: la reglamentación y el grado de internamiento. (Bayer, 1992).

Sin desconocer que, en algunos casos, existe un alto nivel de dependencia, por lo que el adulto mayor necesita un lugar donde se le preste atención constante, no es generalizable a todos. De hecho, una investigación destaca que, en Argentina, el 65% de los adultos mayores internados en residencias geriátricas no presenta ningún tipo de déficit cognitivo o físico. (Huenchuán, 2009).

Si bien los fines de estas instituciones se relacionan con su forma de concebir la vejez (a través de la asistencia, la rehabilitación o la promoción de la salud), existe una fuerte predominancia del modelo asilar. Aparecen como modo de tutelar, controlar, "cuidar" a los adultos mayores que allí

viven. Este hecho no es aislado, sino que tiene raíz en la sociedad, puesto que el adulto mayor (previo al ingreso a la institución) ya se encuentra marginado, es visto de manera negativa y él, al mismo adopta esa mirada. (Bayer, 1992).

Uno de los principales derechos que se ven vulnerados al habitar estas instituciones es el de la autonomía. Aparece muchas veces desde el ingreso a la institución, en los casos en los que la familia decide la internación (reconocido en un 12% de los casos en Argentina). (Huenchuán, 2009)

Otro punto que se encuentra vulnerado es la privacidad. El anciano expone, en la convivencia con extraños, aspectos que son considerados de su intimidad (Bayer, 1992). Se da un trato común e igualitario a todos que aparece como una especie de violencia institucional (Foucault, 1996).

Una de las características de las instituciones totales es que en su interior se suele generar una subcultura o contracultura, esto es la aparición de respuestas adaptativas a las condiciones de vida existentes en esos lugares. Lo que ello genera es una colectividad solidaria que posibilita a los individuos habitar las instituciones (Bayer, 1992).

Esto no se ve con fuerza en las instituciones para ancianos y es explicado por la ausencia de un “proyecto futuro” de los que viven allí. En realidad, lo que aparece en este caso es una “desculturalización” puesto que, bajo estas condiciones, se disminuye la capacidad de asimilar las transformaciones culturales que suceden fuera de allí.

DISEÑO METODOLOGICO

El investigador basa este trabajo en el modelo heurístico de calidad de vida planteado por Verdugo (Verdugo, 2009) . Este modelo heurístico está formado por dimensiones e indicadores de calidad de vida. La escala FUMAT, (Verdugo, 2009) se utiliza para evaluar de forma objetiva la calidad de vida de los adultos mayores, mediante la evaluación objetiva de las siguientes dimensiones;

- Bienestar emocional: satisfacción, autoconcepto.
- Bienestar físico: salud, actividades de vida diaria, atención sanitaria, ocio.
- Bienestar material: ingresos, empleo, vivienda.
- Relaciones interpersonales: interacciones, relaciones, apoyo.
- Inclusión social: integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales
- Desarrollo personal: educación, competencia personal, desempeño.
- Autodeterminación: autonomía, metas/valores personales, elecciones
- Derechos: Derechos humanos, derechos legales

Se trata de un cuestionario, de 57 preguntas de respuesta tipo Likert (siempre, frecuentemente, algunas veces, nunca), distribuidas en 8 subescalas que corresponde a cada una de las dimensiones mencionadas anteriormente, en el cual se responde a cuestiones sobre la calidad de vida. (Verdugo, 2009). (tabla1)

En el presente trabajo, la definición operacional de la variable calidad de vida se desarrolla en el cuerpo del texto, detallando dimensiones e indicadores, mientras que el instrumento de recolección de datos (Escala FUMAT) se

incluye en el apartado de anexos, con el fin de mejorar la claridad expositiva y el orden metodológico Definición operacional de las variables y catego

VARIABLE CALIDAD DE VIDA					
DIMENSIONES.	**ESCALA DE MEDICIÓN**	**INDICADORES**			
		Siempre	**Frecuentemente**	**Algunas Veces**	**Nunca**
BIENESTAR EMOCIONAL.	Cualitativa Ordinal				
En general se siente satisfecho con su vida					
Manifiesta sentirse inútil.					
Se muestra intranquilo o nervioso					
Se muestra satisfecho consigo mismo.					
Tiene problemas de comportamiento.					
Se muestra satisfecho con los servicio y apoyo que recibe					
Manifiesta sentirse triste o deprimido					
Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad.					
Total					

RELACIONES INTERPERSONALES.	Cualitativa ordinal				
Realiza actividades que le gustan con otras personas.					
Mantiene buena relación con los profesionales de la institución.					
Mantiene buena relación con sus pares.					
Carece de familiares cercanos					
Valora sus relaciones de amistad.					
Manifiesta sentirse querido por las personas importante para ud.					
Total.					
BIENESTAR MATERIAL.	Cualitativa ordinal				
Es confortable el lugar donde vive					
Manifiesta estar satisfecho con su jubilación					
El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan sus actividades.					

El servicio que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan sus actividades					
El lugar donde vive necesita reformas para que se adapte a sus necesidades.					
TOTAL					
DESARROLLO PERSONAL	Cualitativa ordinal				
Puede leer información básica para la vida cotidiana (diarios, revistas, material de internet)					
Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.					
Tiene dificultades para expresar información.					

En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan					
Tiene dificultades para comprender la información que recibe					
Es responsable de la toma de su medicación					
Muestra escasa flexibilidad mental					
Total.					
BIENESTAR FÍSICO	Cualitativa ordinal				
Tiene problemas de movilidad					

Tiene problemas de continencia					
Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal					
Su estado de salud le permite salir a la calle					
Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (rostros, familiares, nombres, lugares)					
Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales					
TOTAL					
AUTODETERMINACIÓN	Cualitativa ordinal				
Hace planes sobre su futuro					

Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (facturas, ir al banco, etc.)					
Otras personas organizan su vida.					
Elige cómo pasar su tiempo libre.					
Ha elegido el lugar donde vive actualmente.					
Su familia respeta sus decisiones					
Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas.					
Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida.					
TOTAL					

INCLUSIÓN SOCIAL	Cualitativa ordinal				
Participa en diversas actividades de ocio que le interesan.					
Está excluido en su comunidad					
En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita.					
Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita.					
Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del servicio al que acude.					
Está integrado con los compañeros del servicio al que acude.					
Participa de forma en algún programa o actividad del servicio al que acude.					

Su red de apoyo satisface sus necesidades.					
Presenta dificultades para participar en su comunidad.					
TOTAL					
DERECHOS	Cualitativa ordinal				
En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos.					
Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe.					
Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados.					
Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal.					

Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)					
TOTAL.					

(Tabla1)

CARACTERIZACION SOCIO-DEMOGRAFICA	**DEFINICION**	**ESCALA DE MEDICION**	**INDICADORES**
EDAD	Número de años cumplidos	Cuantitativa discreta.	Edad en años
SEXO	Se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos en femenino y masculino	cualitativa de tipo nominal	Femenino Masculino
ESCOLARIDAD	último grado académico cursado en su totalidad	cualitativa de tipo ordinal	Sin escolaridad Primaria Secundaria. Terciario/universitario.
OCUPACION PREVIA	Corresponde a la ocupación que el individuo tuvo antes de la institucionalización	cualitativa de tipo nominal	No trabajo Trabajo independiente Empleado
REGIMEN DE SALUD	Corresponde a la afiliación al sistema general de seguridad social que el individuo tiene.	cualitativa de tipo nominal	Contributivo No contributivo

INGRESOS ECONOMICOS	Corresponde al total de entradas económicas con las que cuenta en el momento el individuo.	cualitativa de tipo ordinal	Si. No.
RED DE APOYO	Corresponde a la estructura de apoyo brindado por terceros a un individuo	cualitativa de tipo nominal	Amigos/allegados Familiar No tiene
ESTADO CIVIL	Corresponde a la situación jurídica con respecto a la relación que tenga con su pareja	cualitativa de tipo nominal	Casado Soltero Separado/Divorciado Viudo
Ingreso al HGP	Corresponde la fecha de ingreso al HGP	cuantitativa discreta.	>1 año 1 a 3 años 3 a 6 años <6 años
Sala donde habita.	Corresponde al sitio donde se aloja en el HGP		Sala Santa Ana. Sala Santa Inés. Sala Santa Rita. Sala San Juan. Sala Rueda. Sala Marull 1. Sala Marull 2.

(Tabla2)

Descripción del ámbito de estudio

Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda del 2010 (INDEC), la población de adultos mayores de la provincia de Santa Fe alcanza a un total de 513585 personas, (16.08%) de las cuales 198699 (16.65%) residen en Rosario. El HGP es el único efector público, dedicado a la atención integral del adulto mayor, allí viven actualmente 180 personas mayores de 60 años.

Tipo de estudio y diseño

Estudio es de tipo exploratorio, cuantitativo prospectivo transversal, utilizando la escala FUMAT, instrumento con 57 ítems enunciados en tercera persona. Los hechos se observan y registran en el mismo momento, llevándose a cabo en 30 minutos por encuesta y no se han presentado dificultades para la cumplimentación de esta. De esta se pretende conocer la calidad de vida que percibe el adulto mayor que vive en el HGP en el año 2020.

Población

La población con la que se realiza este estudio son adultos mayores que viven en el Hospital Geriátrico Provincial en el año 2020. El muestreo realizado fue de tipo no probabilístico por conveniencia dado que la participación estuvo sujeta a su disponibilidad y los criterios de inclusión establecidos. Este tipo de muestreo resulta adecuado para estudios descriptivos como el presente, aunque limita la posibilidad de generalizar los resultados.

La población total es de 207 adultos mayores, distribuidos en las 7 salas, se obtuvo una muestra final de 23 adultos mayores de acuerdo con criterios de inclusión y exclusión más adelante descriptos (figura1); sujetos a revisión de historias clínicas, observación y/o referencias de los cuidadores (enfermeros, medico de sala, familiares).

Criterios de inclusión (tabla3)

- Adultos mayores que viven en el Hospital Geriátrico Provincial en el año 2020.
- Adultos Mayores que no tienen compromiso de expresión verbal (afasias, disartrias).
- Adultos Mayores sin trastornos cognitivos y/o psiquiátricos. (Alzheimer, psicosis, demencia senil).
- Adultos Mayores con menos de 5 años de residencia.

- Adulto mayor que haya aceptado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión(tabla3)

- Personas que tengan dificultades para la comunicación verbal.
- Adulto mayor con compromiso cognitivo y/o psiquiátricos.
- Adultos mayores que no estén presentes en el momento de la aplicación del instrumento.
- Adulto mayor con más de 5 años de residencia.

Sala	**Genero**	**Total, de adultos mayores**	**Total, de adultos mayores según criterios de inclusión y exclusión.**
Santa Ana	Mujer	42	4
Santa Inés.	Mujer	35	2
Santa Rita	Mujer	24	3
San Juan	Hombre	35	5
Rueda	Hombre	35	3
Marull 1	Hombre	18	3
Marull 2	Hombre	18	3
TOTAL		207	20

(tabla3)

Selección de técnicas e instrumentos de recolección de datos

La persona que realiza el cuestionario debe completarlo, contestar a todas las preguntas. Finalmente, el informador, puntúa e interpreta los resultados (Verdugo, 2009). (Anexo: escala FUMAT)**.** En este caso, se entrevistará directamente a las personas mayores institucionalizadas en el HGP que están dentro de la muestra. La escala ha sido utilizada durante el trabajo de campo, en su formato papel, ya que su única utilidad es para la baremación de esta.

Previo a la implementación del instrumento se realiza una caracterización de la población incluyendo edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, régimen de salud, ingreso económico mensual, red de apoyo, ingreso al HGP, sala donde reside el entrevistado.

Plan de análisis de los resultados.

Concluida la recolección de datos, éstos fueron procesados mediante el uso del paquete estadístico de Excel. La presentación de los resultados, se dieron en tablas y/o gráficos estadísticos. La Escala Fumat aporta un índice de calidad de vida (ICV) con unos valores entre 62 y 123. Para la interpretación de los resultados se ha realizado una clasificación del índice en función del percentil obtenido. (Verdugo, 2009).

- Calidad de vida muy mala: ICV muy malo (62 – 74), Percentil (1 – 4).
- Calidad de vida mala: ICV malo (75 – 87), Percentil (5 – 20).
- Calidad de vida mediana: ICV mediano (88 – 100), Percentil (21 – 50).
- Calidad de vida buena: ICV bueno (101 – 113), Percentil (52 – 80).
- Calidad de vida muy buena: ICV muy bueno (114 – 123), Percentil (82 – 94).

Tras la cumplimentación de la escala, se obtiene un número en función de la respuesta de cada pregunta. Se suma la numeración de las respuestas de cada ítem, dando lugar a la puntuación directa total. Esta debe calcularse

por cada dimensión, de forma individual. Una vez se han calculado todas las puntuaciones directas totales, se buscan la correspondiente puntuación estándar. Posteriormente, se procede a la suma de las puntuaciones estándar de todas las dimensiones para conseguir la puntuación estándar total. Finalmente se obtiene el índice de calidad de vida y su percentil. Cuanto mayor sea la puntuación estándar, mayor calidad de vida tendrá la persona evaluada.

Resultados

La distribución total de adultos mayores que viven en marzo 2020 en el Hospital Geriátrico Provincial es del 51,21% (106) para hombres y 48.79% (101) mujeres (Gráfico 1), de los cuales 23 fueron encuestados según los criterios de inclusión por genero 14 (60,87%) son hombres y 9 (39.13%) mujeres (Gráfico 2).

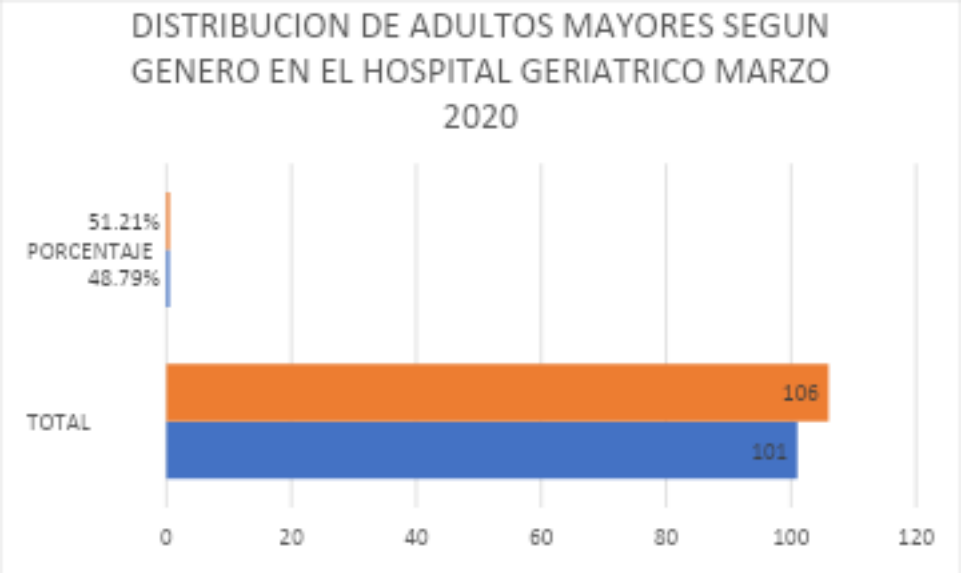

Gráfico 1

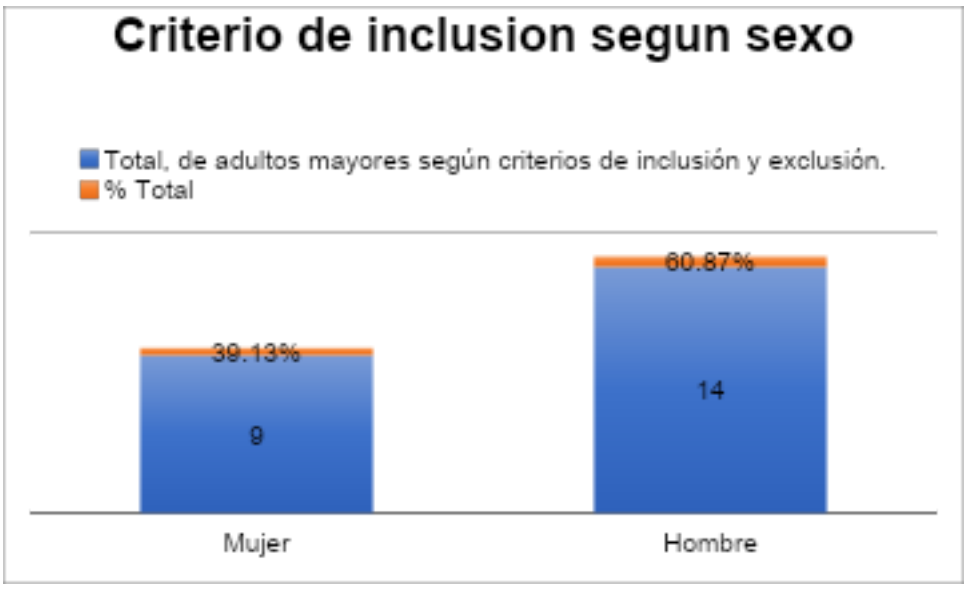

Gráfico 2

Según este gráfico, 14 hombres (60.87%) de cada 9 mujeres (39.13%) están incluidos en esta encuesta.

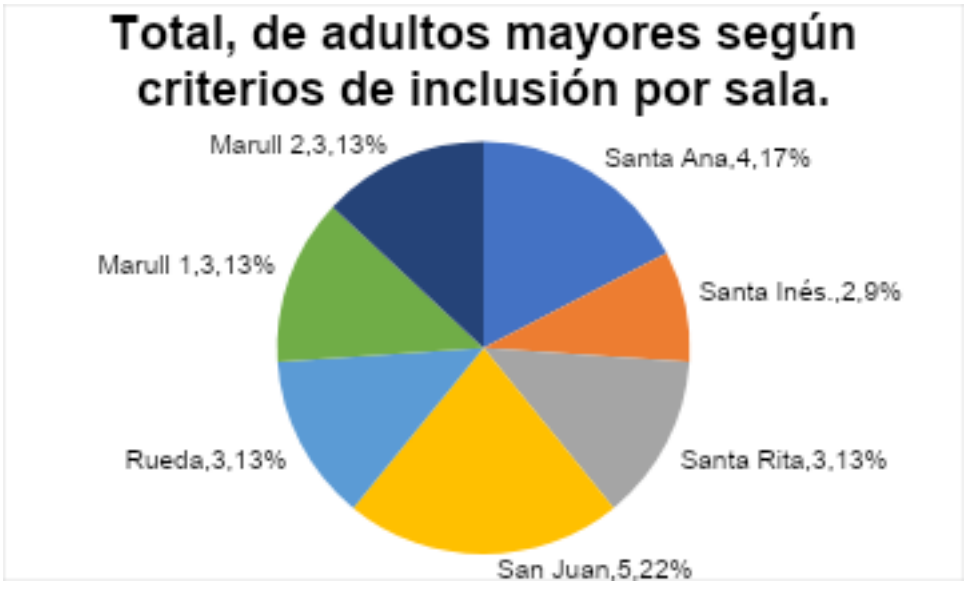

Gráfico 3

Según criterios de inclusión por sala (grafico 3) nos refleja que, 5 (22%) pertenece a Sala San Juan, 4 (17%) a sala Santa Ana, 3 (13%) a Sala Marull

1, 3(13%) a Sala Marull 2, 3 (13%) Sala Rueda, 3 (13%) Sala Santa Rita, 2 (9%) a Sala Santa Inés. (Gráfico 3)

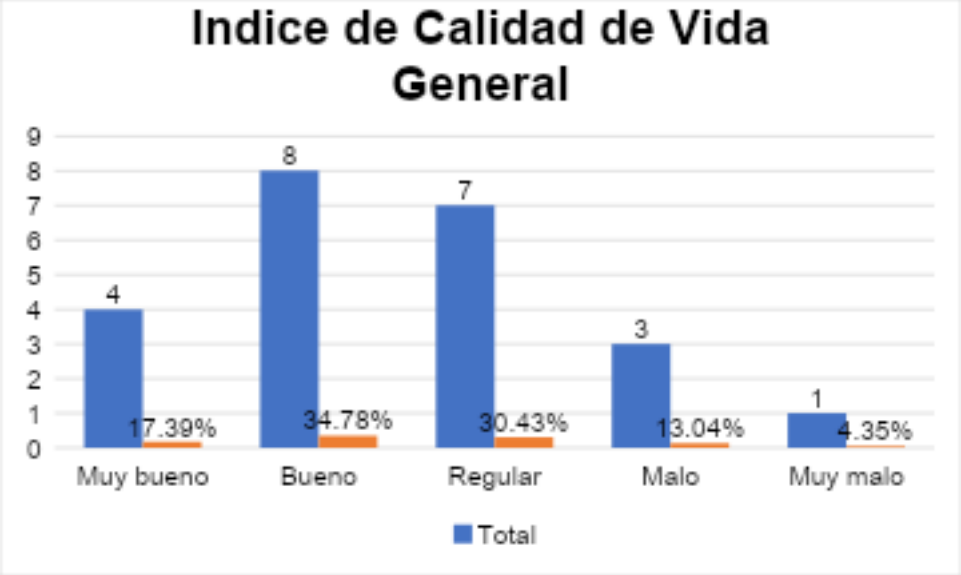

Gráfico 4

En la ilustración anterior se observa que 8 de cada 23 adultos mayores tienen un ICV bueno (ICV (101 – 113), Percentil (52 – 80), 7 regular (ICV (88 – 100), Percentil (21 – 50), 4 muy bueno (ICV muy bueno (114 – 123), Percentil (82 – 94), 3 malo (ICV (75 – 87), Percentil (5 – 20). y solamente 1 muy malo (ICV muy malo (62 – 74), Percentil (1 – 4)). Es decir que el 34.78% tiene una buena calidad de vida, 30.43% es regular, 17.39% muy buena, 13.4% mala, 4.35% muy mala.

Se puede deducir que la mayoría de los encuestados tienen una calidad de vida satisfecha. (Gráfico 4).

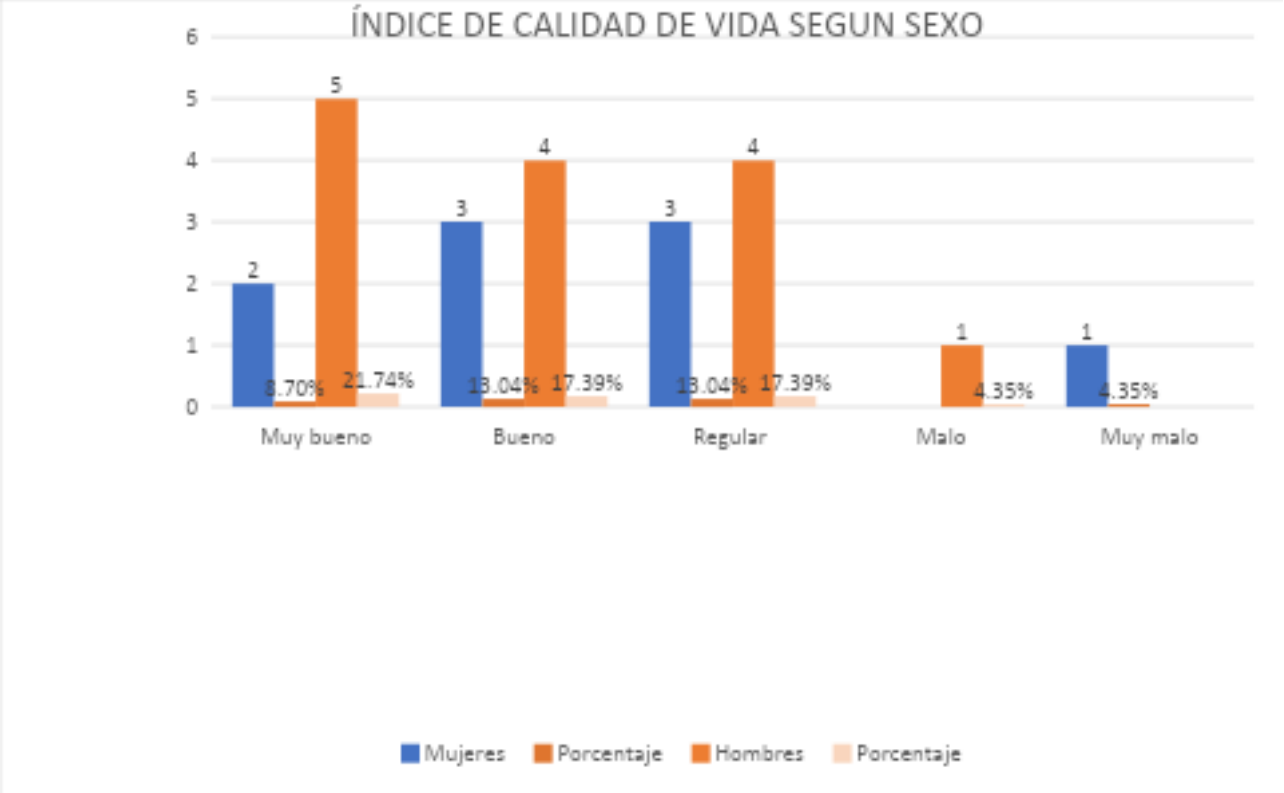

Gráfico 5

En relación con el género son los hombres que viven en el HGP quienes presentan una mejor ICV, donde el 21,74% refiere una muy buena calidad de vida, el 17,39% buena, 17.39% regular y 4,35 mala, Mientras que las mujeres los valores son del, 8,7% para muy buena, 13,04% bueno, 13,04% regular y 4.35% para muy malo. (Grafico 5).

Analizando los resultados del ICV por sala se observa que Sala San Juan (Grafico 10) es la que mejor se posiciona, siendo Sala Santa Inés (Grafico 7) la que muestra los baremos más bajos, en tanto Sala Santa Ana (Grafico 6) se encuentra en segundo lugar, y similares resultados el resto de las salas

(Gráfico 9-Gráfico 11-Gráfico 12-Grafico 7).

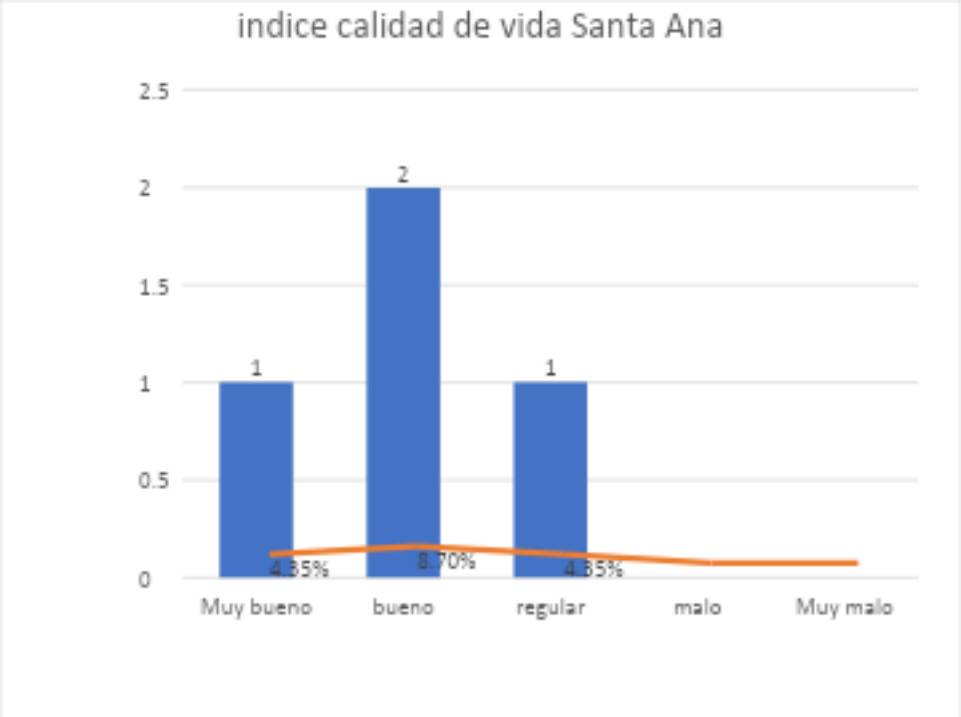

Grafico 6



Grafico 7

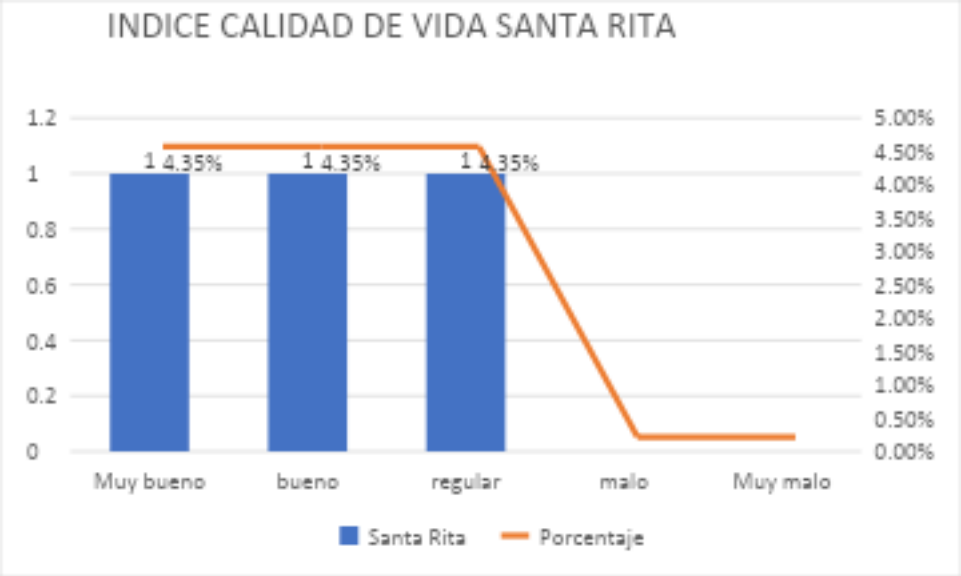

Grafico 8

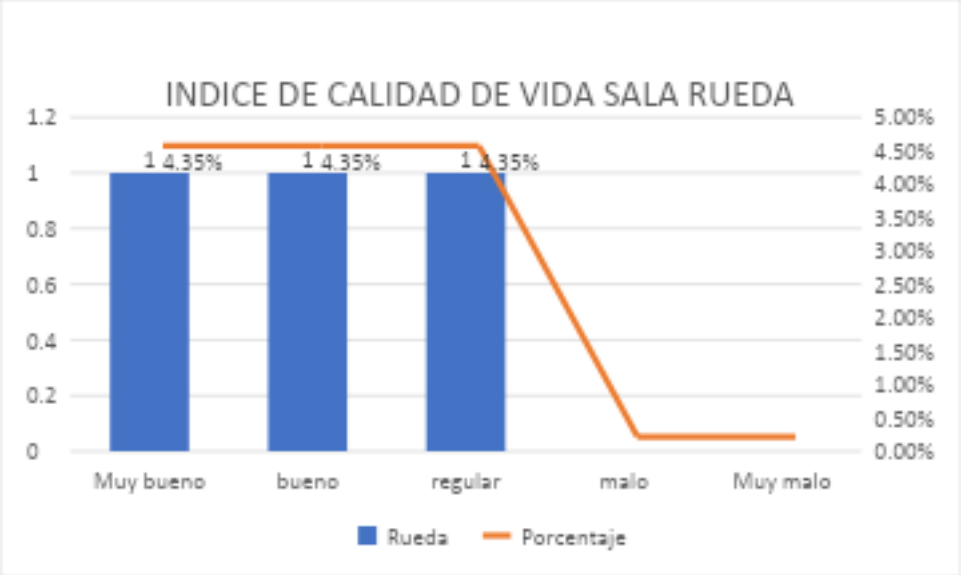

Gráfico 9

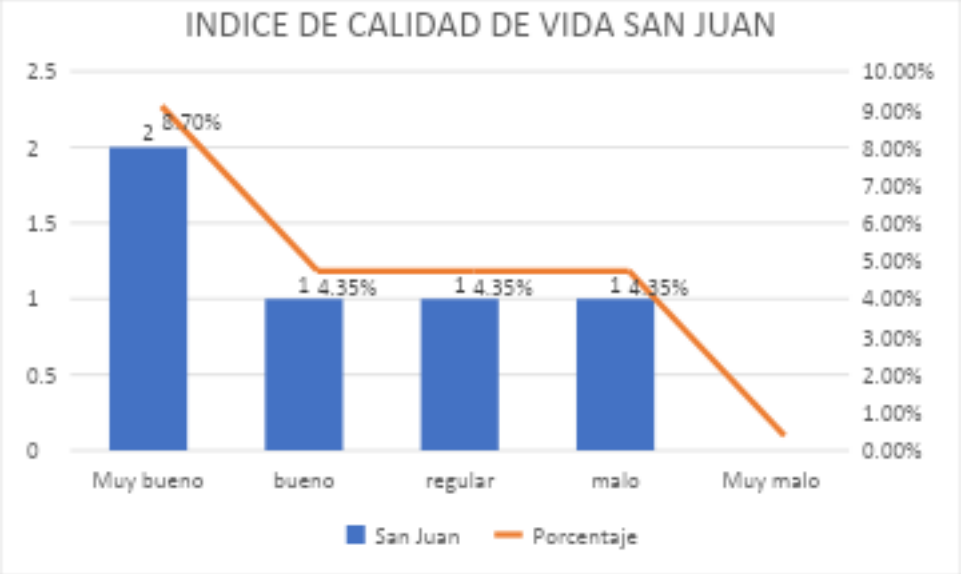

Grafico 10

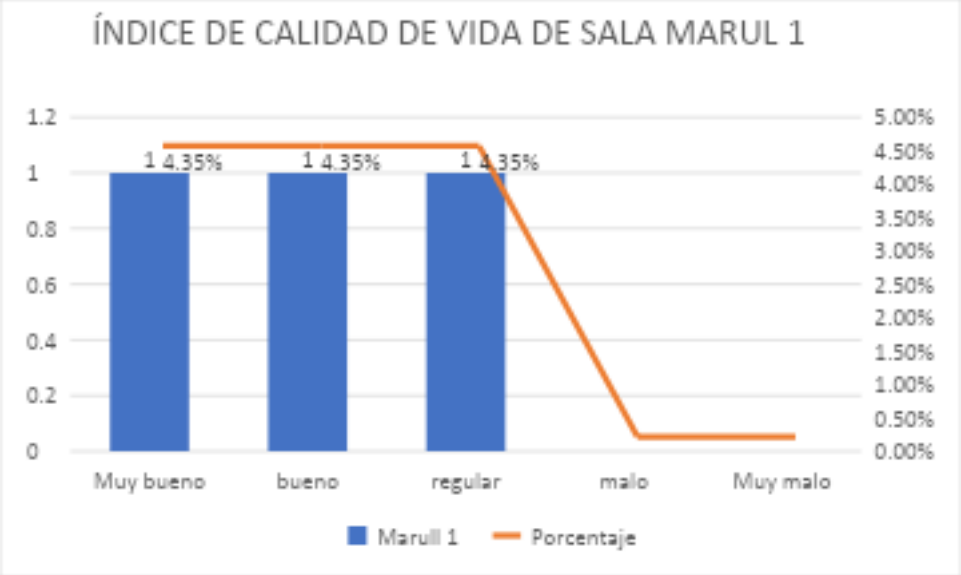

Gráfico 11

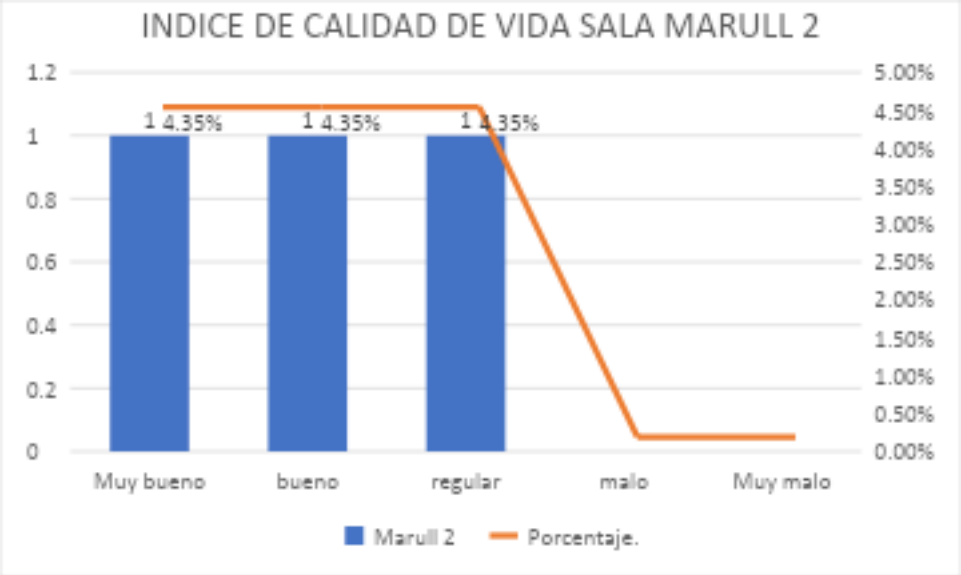

Gráfico 12

La presente investigación permitió analizar la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores que residen en el Hospital Geriátrico Provincial de Rosario, integrando el análisis de los datos empíricos con su interpretación teórica.

En relación con la caracterización de la muestra, se observa que, del total de participantes, el 60,87% corresponde a hombres y el 39,13% a mujeres, lo cual evidencia una mayor participación masculina en el estudio. Asimismo, la distribución según sala muestra que el mayor porcentaje de encuestados se concentra en la Sala San Juan (22%), seguida por Sala Santa Ana (17%), mientras que el resto de las salas (Marull 1, Marull 2, Rueda y Santa Rita) presentan valores similares (13%) y la Sala Santa Inés el menor porcentaje (9%).

En cuanto a la percepción global de la calidad de vida, los resultados indican que el 34,78% de los adultos mayores presenta una calidad de vida buena, el 30,43% regular y el 17,39% muy buena, mientras que un porcentaje menor la percibe como mala (13,04%) o muy mala (4,35%). Estos datos permiten afirmar que la mayoría de los residentes evalúa su calidad de vida en términos positivos o aceptables, aun en un contexto de institucionalización.

Este hallazgo puede ser interpretado a la luz de la denominada “paradoja del bienestar” (Mroczek, 1998), según la cual las personas tienden a mantener valoraciones subjetivas positivas de su vida incluso en condiciones objetivamente restrictivas. En este sentido, la percepción de calidad de vida no se explica únicamente por factores materiales o estructurales, sino también por procesos subjetivos de adaptación y resignificación de la experiencia cotidiana.

No obstante, el análisis de los resultados evidencia que esta percepción no es homogénea, sino que presenta variaciones relevantes según determinadas variables. En primer lugar, al considerar el género, se observa que los hombres presentan mejores niveles de calidad de vida percibida: un 21,74% refiere una calidad de vida muy buena, en comparación con el 8,7%

en mujeres. Asimismo, los niveles de calidad de vida buena y regular también resultan levemente superiores en el grupo masculino.

Estas diferencias pueden vincularse con trayectorias de vida diferenciadas, en las que las mujeres mayores han estado más expuestas a situaciones de vulnerabilidad, dependencia económica o sobrecarga de roles de cuidado. A su vez, es posible que existan diferencias en los procesos de adaptación al entorno institucional o en la configuración de redes de apoyo, lo cual impacta en la percepción subjetiva del bienestar.

Por otra parte, el análisis según sala de residencia muestra que la Sala San Juan presenta los valores más elevados de calidad de vida, mientras que la Sala Santa Inés evidencia los niveles más bajos, ubicándose el resto de las salas en posiciones intermedias. Este resultado sugiere que el entorno inmediato desempeña un rol clave en la configuración de la calidad de vida, en tanto factores como la organización del espacio, las dinámicas de cuidado, la interacción con el personal y las relaciones entre pares inciden directamente en la experiencia cotidiana de los residentes.

En este sentido, los resultados refuerzan la idea de que la calidad de vida es un constructo multidimensional (Lawton, 1991), que se configura en la interacción entre factores individuales y contextuales. La institución no constituye un escenario neutro, sino un espacio que puede tanto favorecer como limitar el bienestar de los adultos mayores.

Asimismo, desde la perspectiva de la vida cotidiana (Heller), la institucionalización implica una reorganización de las rutinas, los tiempos y los espacios, lo que puede generar tanto procesos de adaptación como experiencias de pérdida de autonomía. En línea con esto, algunas de las dimensiones evaluadas por la escala FUMAT —particularmente la autodeterminación y la inclusión social— resultan especialmente sensibles dentro del contexto institucional, evidenciando tensiones entre la provisión de cuidados y el ejercicio de la autonomía.

Desde el enfoque de derechos humanos, estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de avanzar hacia modelos de atención centrados en la persona, que promuevan la participación de los adultos mayores en las decisiones que afectan su vida cotidiana. Si bien la institución cumple un rol fundamental en la cobertura de necesidades básicas, la evidencia sugiere que aún persisten desafíos en relación con el fortalecimiento de la autonomía, la autodeterminación y el ejercicio pleno de derechos.

Finalmente, es importante considerar que los resultados del estudio se encuentran condicionados por ciertas limitaciones metodológicas, particularmente el tamaño reducido de la muestra y el tipo de muestreo no probabilístico, lo cual restringe la generalización de los hallazgos. No obstante, el estudio aporta evidencia significativa para comprender la calidad de vida en contextos de institucionalización y constituye un aporte relevante para el campo de la salud y la gerontología.

Conclusiones

La presente investigación permitió analizar la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores que residen en el Hospital Geriátrico Provincial de Rosario, dando respuesta al problema planteado y a los objetivos

propuestos. A partir de los resultados obtenidos mediante la aplicación de la escala FUMAT, se evidencia que la mayoría de los residentes percibe su calidad de vida como buena o regular, lo que indica que, a pesar del contexto de institucionalización, existen condiciones que favorecen cierto nivel de bienestar.

No obstante, el análisis también pone de manifiesto diferencias según variables como el género y la sala de residencia, lo cual sugiere que la calidad de vida no se distribuye de manera homogénea dentro de la institución.

Desde una perspectiva teórica, los resultados se comprenden como un fenómeno multidimensional, en el que intervienen factores objetivos y subjetivos, en línea con los aportes de Lawton. Asimismo, en relación con la vida cotidiana —en el sentido planteado por Agnes Heller— se observa que la institucionalización reorganiza las prácticas diarias de los adultos mayores, incidiendo en su autonomía y en su percepción de bienestar.

Si bien la institución cumple un rol central en la cobertura de necesidades básicas, también se identifican tensiones vinculadas a la autonomía, la participación y el ejercicio de derechos, aspectos fundamentales desde el enfoque de derechos humanos.

Como limitación del estudio, se reconoce el tamaño reducido de la muestra y el tipo de muestreo utilizado, lo cual restringe la generalización de los resultados.

Finalmente, se destaca la importancia de promover estrategias institucionales que fortalezcan la autonomía, la participación y la calidad de vida de los adultos mayores, orientando las prácticas hacia un modelo centrado en la persona.

Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

De acuerdo a la Resolución 1480/2011 del 2011 del Ministerio de Salud de Argentina, por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, el presente trabajo que tiene como objeto de población a los adultos mayores, y como instrumento de recolección una escala que evalúa criterios subjetivos del adulto mayor con respecto a la calidad de vida, donde prevalecen el respeto a la dignidad, protección de derechos y deberes, seguridad de los beneficiarios de este grupo de edad; se contó con el consentimiento informado diligenciado por cada uno de los entrevistados y se llevó a cabo con la previa autorización y acompañamiento de los representantes de la institución investigadora. (Ministerio de Salud, 2011)

Bibliografía

Bayer, R. (1992). Las residencias de ancianos y su significado sociológico. Papers: Revista de Sociología, 37, 121–135.

Dabove, M. I. (2012). Derecho de la vejez: Perspectiva interdisciplinaria. CEPRAM.

Davobe, M. (2000). Derecho de la ancianidad y bioética en las instituciones geriátricas. Córdoba: Editorial Advocatus.

Dickinson, E. (1992). Audit measures: Quality of life instruments for everyday use with elderly patients. Quality in Health Care, 1(3), 181–188.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. Psychological Bulletin, 95(3), 542–575. https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542

Foucault, M. (1996). El orden del discurso. Buenos Aires: Eudeba.

Gonem Machello, A. (2008). Aportes para el pleno reconocimiento constitucional de los derechos de los ancianos. Córdoba: Editorial Jurídica.

González, J. S. (1995). La evaluación de la calidad de vida: Una nueva dimensión de la valoración geriátrica integral. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 30(1), 9–15.

Huenchuán, S. (2009). Derechos humanos y políticas públicas. Santiago de Chile: CEPAL.

Kohlmann, T. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität. Berlín: Springer.

Kozma, A., & Stones, M. J. (1988). Social desirability in measures of subjective well-being: Age comparisons. Social Indicators Research, 20(1), 1–20.

Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. En J. Birren, J. Lubben, J. Rowe & D. Deutchman (Eds.), The concept and measurement of quality of life in the frail elderly (pp. 3–27). San Diego: Academic Press.

Lehr, U. (2004). Calidad de vida, satisfacción con la vida, envejecimiento satisfactorio y bienestar subjetivo. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 39(1), 2–7.

López, E. B. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: A population-based study in Spain. Journal of Epidemiology and Community Health, 59(7), 1–7.

Mehlsen, M. (2005). Cognitive processes involved in the evaluation of life satisfaction. Aging & Mental Health, 9(4), 281–289.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2011). Guía para investigaciones con seres humanos. Buenos Aires: Autor.

Moreno, B. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud (pp. 1045–1070). Madrid: Siglo XXI.

Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. Journal of Personality and Social Psychology, 75(5), 1333–1349.

Naciones Unidas. (1991). Ejecución del Plan Internacional sobre Envejecimiento y actividades conexas (Resolución 46/91). Nueva York: ONU.

Organización Iberoamericana de Seguridad Social. (2013). Informe del Observatorio Iberoamericano sobre adultos mayores. Madrid: OISS.

Sancho, M. (2004). Estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Madrid: IMSERSO.

Sanz, J. (1991). Valor y cuantificación de la calidad de vida en medicina. Medicina Clínica, 96(2), 66–69.

Shölmerich, P. (1990). Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin. Nueva York: Fischer.

Thomas, H. (1970). Theory of aging and cognitive theory of personality. Human Development, 13(1), 1–16.

Triadó, C. (2006). La psicología del envejecimiento: Conceptos, teorías y modelos. Madrid: Alianza Editorial.

Verdugo, M. A. (2009). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La escala FUMAT. Salamanca: INICO.

Zolotow, D. (2010). Hogares de ancianos: Transformaciones posibles para un buen envejecer. Buenos Aires: Debate Público.

ANEXO

ESCALA FUMAT

Usted ha sido invitado/a participar en un estudio sobre la percepción de la calidad de vida de adultos mayores residentes en el Hospital Geriátrico Provincial. Su participación es voluntaria. La información recolectada será confidencial y anónima, utilizada únicamente con fines académicos. Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto implique

ningún perjuicio. Al responder este cuestionario, usted brinda su consentimiento para participar en la investigación.(marque con una cruz “x”)

Datos Sociodemográficos:

- Edad_____

Sexo:

- Masculino.
- Femenino.

Estado Civil_____

Escolaridad:

- Sin escolaridad
- Primaria
- Secundaria.
- Terciario/universitario

Ocupación Previa

- No trabajó
- Trabajo independiente
- Empleado

Tipo de cobertura de salud:

- Contributivo.
- No contributivo

Ingreso económico:

- o Si
- o No

Ingreso a la Institución: _____

Sala donde reside: _____

DIMENSIONES.	**INDICADORES**			
	Siempre	**Frecuentemente**	**Algunas Veces**	**Nunca**
BIENESTAR EMOCIONAL.				
En general se siente satisfecho con su vida	4	3	2	1
Manifiesta sentirse inútil.	1	2	3	4
Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
Se muestra satisfecho con los servicio y apoyo que recibe	4	3	2	1
Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad.	1	2	3	4

TOTAL				
RELACIONES INTERPERSONALES.				
Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
Mantiene buena relación con los profesionales de la institución.	4	3	2	1
Mantiene buena relación con sus pares.	4	3	2	1
Carece de familiares cercanos	1	2	3	4
Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
Manifiesta sentirse querido por las personas importante para usted.	4	3	2	1
Total.				
BIENESTAR MATERIAL.				
Es confortable el lugar donde vive	4	3	2	1
Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación	1	2	3	4
Se queja de su salario	1	2	3	4
El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan sus actividades.	1	2	3	4

Dispone de las cosas materiales que necesita	4	3	2	1
El servicio que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan sus actividades	1	2	3	4
El lugar donde vive necesita reformas para que se adapte a sus necesidades.	1	2	3	4
TOTAL				
DESARROLLO PERSONAL				
Puede leer información básica para la vida cotidiana (diarios revistas)	4	3	2	1
Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
En el servicio al que acude le proporcionan información	4	3	2	1

sobre cuestiones que le interesan				
Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	1	2	3	4
Tiene dificultades para comprender la información que recibe	1	2	3	4
Es responsable de la toma de su medicación	4	3	2	1
Muestra escasa flexibilidad mental.	1	2	3	4
TOTAL				
BIENESTAR FÍSICO				
Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4

Tiene problemas de continencia.	1	2	3	4
Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal	1	2	3	4
Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc	1	2	3	4
Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4
TOTAL				
AUTODETERMINACIÓN				
Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1

Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)	1	2	3	4
Otras personas organizan su vida	1	2	3	4
Elige cómo pasar su tiempo libre	4	3	2	1
Ha elegido el lugar donde vive actualmente	4	3	2	1
Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	4	3	2	1
Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	1	2	3	4
TOTAL				
INCLUSIÓN SOCIAL				

Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	4	3	2	1
Está excluido en su comunidad	1	2	3	4
En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita	1	2	3	4
Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude	1	2	3	4
Está integrado con los compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude	4	3	2	1
Su red de apoyos no satisface sus necesidades	1	2	3	4

Tiene dificultades para participar en su comunidad	1	2	3	4
TOTAL				
DERECHOS				
En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4
Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1
Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	4	3	2	1

TOTAL.				

marque con una cruz “x”

Método de baremación de la Escala Fumat

Tras la aplicación de la escala, se obtiene una puntuación en función de las respuestas seleccionadas en cada ítem. La suma de dichas puntuaciones da lugar a la puntuación directa total por dimensión.

Posteriormente, estas puntuaciones se transforman en puntuaciones estándar, según las tablas de referencia propuestas por Verdugo (2009).

Finalmente, la suma de las puntuaciones estándar de todas las dimensiones permite obtener el Índice de Calidad de Vida (ICV) y su correspondiente percentil.

Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor será la calidad de vida percibida por la persona evaluada. A modo de ejemplo ver siguiente figura:

DERECHOS	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4

Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1
Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	4	3	2	1
Puntuación directa **TOTAL** = 13				

Una vez se han calculado todas las puntuaciones directas totales, se buscan en la siguiente tabla las correspondencias de cada una a su puntuación estándar.

Puntuación estándar	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DE
15				32		31-32	36	
14	32			30-31	24	29-30	34-35	20
13	30-31	23-24		27-29	22-23	26-28	31-33	18-19
12	27-29	21-22	28	25-26	21	23-25	29-30	17
11	25-26	20	27	22-24	19-20	21-22	26-28	15-16
10	23-24	18-19	25-26	20-21	18	18-20	24-25	13-14
9	21-22	16-17	24	17-19	16-17	16-17	22-23	12
8	19-20	14-15	23	15-16	15	13-15	19-21	10-11
7	16-18	13	22	12-14	13-14	10-12	17-18	9
6	14-15	11-12	21	10-11	12	8-9	14-16	7-8
5	12-13	9-10	20	8-9	10-11		13	6
4	10-11	8	18-19		9		9-12	5
3	8-9	6-7	17		6-8			
2			16					
1			7-15					

(Verdugo, 2009)

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

Posteriormente, se procede a la suma de las puntuaciones estándar de todas las dimensiones para conseguir la puntuación estándar total. Finalmente, buscando esta última figura siguiente, se obtiene el índice de calidad de vida y su percentil.

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

(Verdugo, 2009)

PET= Puntuación estándar total; **ICV=** Índice de Calidad de Vida; **P=** Percentil.

Cuanto mayor sea la puntuación estándar, mayor calidad de vida tendrá la persona evaluada.