

*Determinantes de la calidad de vida  
percibida en adultos mayores  
institucionalizados*

**TESIS DOCTORAL**  
**Roberto Martín Aranda**

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA  
Dpto. Enfermería y Fisioterapia  
Área de Fisioterapia



**UNIVERSIDAD  
DE SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

SALAMANCA  
2019



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

**DPTO. D ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA  
ÁREA D FISIOTERAPIA**

**TESIS DOCTORAL**

**DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA  
EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS**

**Roberto Martín Aranda**

SALAMANCA

Junio 2019



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA  
EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS**

---

**DIRECTOR**

Prof. Dr. José Ignacio Calvo Arenillas

---

**DOCTORANDO**

Roberto Martín Aranda

Junio 2019

D. José Ignacio Calvo Arenillas, Catedrático de Universidad del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Salamanca, en calidad de director del trabajo de tesis doctoral titulado “Determinantes de la Calidad de Vida en adultos mayores institucionalizados”, realizado por D. Roberto Martín Aranda

HACE CONSTAR

Que dicho trabajo tiene suficientes méritos científicos contrastados adecuadamente mediante las validaciones oportunas, publicaciones relacionadas y aportaciones novedosas. Por todo ello considera que procede su defensa pública.

En Salamanca, a 2 de julio de 2019.

*"La verdadera enseñanza que transmitimos es lo que vivimos; y somos buenos predicadores cuando ponemos en práctica lo que decimos".*

San Francisco de Asís

## DEDICATORIA

Siempre he entendido que la educación es la única manera de poder conseguir ser libres, que el pensamiento crítico sólo se puede desarrollar a base de la lectura, del estudio, el aprendizaje y la investigación, lo cual lleva a la reflexión y al razonamiento.

He procurado seguir una máxima en todo lo que he desarrollado, siguiendo a Santa Teresa de Jesús de Ávila: *"Aunque me canse, aunque no pueda, aunque reviente, aunque me muera "*.

He de decir que me ha funcionado. No lo he tenido nada fácil, muchas piedras en el camino, unas más grandes que otras. Incluso momentos en los que uno se plantea tirar la toalla por no poder atender como debiera todo lo que tiene cerca. Pero la Fe todo lo puede.

Dedico esta Tesis Doctoral a todas aquellas personas que diariamente desarrollan su actividad académica, empresarial, docente, profesional y de investigación, en el ámbito de la Geriátrica y Gerontología. Gracias a su esfuerzo, dedicación, constancia, perseverancia, excelencia, especialización y bondad, puede llegarse a una real Calidad de Vida a nivel Asistencial en el ámbito de la Tercera Edad.

De manera especial dedico este trabajo de tesis a los propios residentes institucionalizados y no institucionalizados, los cuales han sabido transmitirme su sabiduría y experiencia. A todas aquellas personas que se encuentran en esa fase de su vida, donde pueden mirar atrás y esbozar una sonrisa porque son lo que son tras haber llevado consigo una gran experiencia de vida. Espero que, con un poco de suerte, dentro de muchos años yo también pueda mirar atrás y esbozar esa sonrisa siendo consciente de que viví como quise, o como las circunstancias y personas me dejaron hacerlo, permitiéndome disfrutar de la propia vida.

## AGRADECIMIENTOS

Ante todo, gracias al Prof. Dr. José Ignacio Calvo Arenillas, Catedrático de la Escuela Universitaria del Área de Fisioterapia de la Universidad de Salamanca, por creer en mí, en mi propuesta de investigación y en mis inquietudes, ilusiones y paradigmas dentro de la Fisioterapia en el ámbito de la Geriátrica. Gracias Profesor, por su confianza, apoyo, ayuda, asesoramiento y paciencia.

Gracias también al personal de la Residencia de Personas Mayores " Los Tres Árboles", comenzando por su Directora, Maribel Antón, la cual mostró siempre interés en la propuesta que le trasladé sobre la Calidad de Vida en el ámbito Asistencial y Residencial, y elevó mi propuesta a las autoridades de la Junta de Castilla y León, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Gerencia Territorial de Servicios Sociales, recibiendo respuesta positiva por parte de este organismo oficial para el desarrollo de esta investigación.

A los Dres. Guzmán Tamame y Pilar Vega, ambos médicos geriatras de la Residencia de Personas Mayores " Los Tres Árboles", gracias a los cuales he podido conocer y desarrollar distintos factores, datos e información que, sin ella, no hubiese sido posible el desarrollo eficaz de esta investigación.

A Alicia Pablos, trabajadora social de la Residencia de Personas Mayores " Los Tres Árboles", por facilitar igualmente los datos que son inherentes a su condición profesional, y sin los cuales tampoco hubiese podido desarrollarse eficazmente este proyecto.

A Vanessa Gallardo, doctora en bellas artes, por su ayuda en la maquetación y asesoramiento "artístico " de esta Tesis Doctoral, ya que, sin su ayuda, no hubiese quedado lo bien que debería....

A todos los residentes que han participado voluntaria y anónimamente en este Proyecto de Investigación, los cuales fueron los primeros en querer participar y conocer de primera persona cuál y cómo es la calidad que ellos dicen sentir y disfrutar dentro del ámbito residencial.

A mis padres Dámaso Martín Martín y Digna Aranda Rico, que me han enseñado lo que es la constancia, la perseverancia y el esfuerzo continuo, tanto en el ámbito de los estudios, como en el profesional, así como en el familiar y en cualquier otro ámbito de la vida. Gracias por su paciencia, por su apoyo incondicional continuo, en todos los momentos de mi vida, incluyendo en aquellos en los que uno puede haber tomado una elección equivocada en la vida, y aun así no haberse encontrado solo. Va por vosotros. Os Quiero.

A mi pareja, Ángela, por saber esperar, tener paciencia y entenderme. Esto no está al alcance de mucha gente.... tampoco fácil, gracias por tu apoyo, compañía y cariño. Esa aventura no acaba más que empezar....

A todos los amigos y compañeros de trabajo que me han apoyado y animado en este duro proyecto, que me ha quitado muchas horas de sueño, tiempo de dedicación a la pareja y familia. Por fin, hemos llegado a la meta.



## ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MARCO TEÓRICO .....	3
2.1. CALIDAD DE VIDA .....	3
2.2. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.....	8
2.3. CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO .....	11
2.3. HIPÓTESIS .....	18
2.4. OBJETIVOS .....	18
III. MATERIAL Y MÉTODO .....	19
3.1. PARTICIPANTES.....	19
3.2. INSTRUMENTOS.....	21
3.3. PROCEDIMIENTO .....	23
3.4. VARIABLES DE ESTUDIO .....	25
5. RESULTADOS .....	27
5.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS VARIABLES ESTUDIADAS.....	27
5.2. RESULTADOS DE LA ESCALA FUMAT .....	30
5.3. RESULTADOS DE LAS DIMENSIONES SEGÚN VARIABLES ESTUDIADAS ..	38
5.4. RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES .....	58
6. DISCUSIÓN.....	62
8. CONSIDERACIONES FINALES .....	74
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	75
ANEXOS .....	88

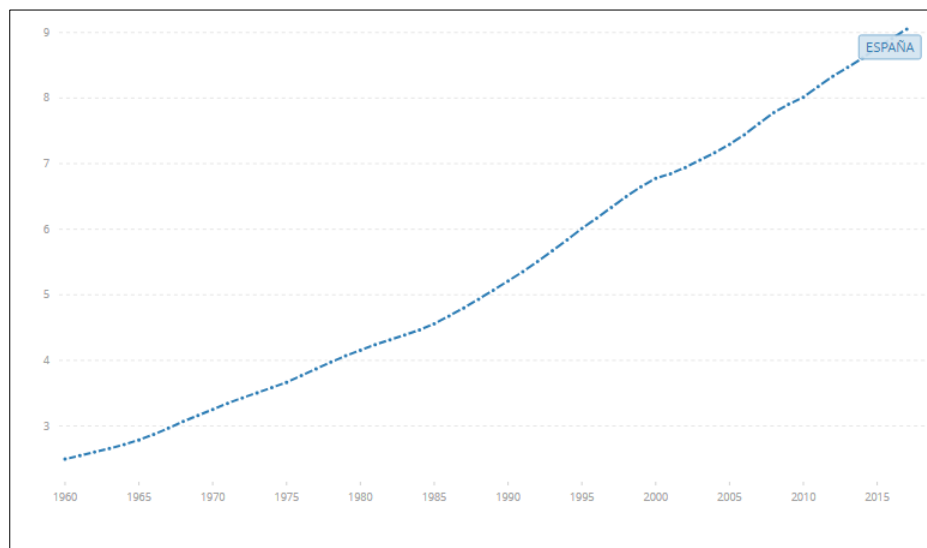
## **ABREVIATURAS**

OMS	Organización Mundial de la Salud
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life BREF
WHO	World Health Organization
ISO	International Organization for Standardization
BE	Bienestar emocional
RI	Relaciones Interpersonales
BM	Bienestar Material
DP	Desarrollo Personal
BF	Bienestar Físico
AU	Autodeterminación
IS	Inclusión Social
DE	Derechos

## I. INTRODUCCIÓN

La población mundial en el grupo de los mayores de 65 años, crece de manera notable, especialmente en los países desarrollados, donde la esperanza de vida ha aumentado considerablemente<sup>1</sup>.

Según datos del Banco Mundial, la población mayor de 65 años en España ha mostrado el siguiente crecimiento, entre los años 1960 y 2017.



Banco Mundial, 2017

El envejecimiento poblacional a nivel mundial en la actualidad influye directamente en la asistencia sanitaria y social a los adultos mayores, condicionando una asistencia geriátrica que incluye desde la prevención de las incapacidades y los procesos de enfermedad típicos de esta edad, hasta la asistencia al final de la vida<sup>2</sup>. Esta necesidad de atención ha provocado una proliferación de los estudios acerca de la calidad de vida de este grupo poblacional, en un intento por identificar los componentes, indicadores y determinantes de esa calidad de vida. Entre los componentes de la Calidad de Vida en los adultos mayores se destacan la salud (y dentro de ésta el validismo), el reconocimiento social y el apoyo familiar<sup>3</sup>.

La condición física del adulto mayor suele ser frágil. Sus órganos de los sentidos pueden estar deficientes, existen defectos de algunas funciones cognitivas como la memoria y la atención y algunas funciones motoras están generalmente afectadas. Estas condiciones

suelen llevar a cierta dependencia, soledad y problemas sociales, muchas veces más graves que los problemas físicos en sí mismos<sup>4</sup>.

En muchas ocasiones, el adulto mayor enfrenta problemas económicos e incluso, rechazo familiar. La situación social se caracteriza por la pérdida de roles, la reducción de la actividad y de contactos sociales. En este contexto, las limitaciones físicas son el origen de muchas otras dificultades<sup>5</sup>.

Una percepción positiva de su estado de salud y de un relativo “rendimiento” físico contribuye de manera significativa al bienestar del adulto mayor, y, por ende, a su calidad de vida<sup>6</sup>. La aspiración de “valerse por sí mismo” es uno de los motivos preponderantes en esta etapa de la vida, unido al mantenimiento de un sentido de la propia vida y una seguridad emanada de sus redes sociales.

El modelo social de la enfermedad (y en particular de la discapacidad que suele asociarse a la vejez) destaca que las personas con discapacidad pueden contribuir a la sociedad en iguales condiciones que las demás, considerando su inclusión y mereciendo el respeto ante lo diverso<sup>7</sup>.

La autonomía en esta etapa de la vida es posible cuando la condición física de la persona le permite ciertos movimientos y actividades de la vida cotidiana, entre ellos el autocuidado. Esto puede volverse difícil cuando concomitan enfermedades crónicas, pero de manera especial, cuando el envejecimiento tiene lugar dentro de unas relaciones sociales discriminatorias<sup>8</sup>.

La adaptación a nuevas formas de realizar algunas actividades se convierte en piedra angular para lograr la satisfacción con la vida en esta etapa<sup>9</sup>.

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. CALIDAD DE VIDA**

El crecimiento poblacional en el grupo de los mayores impone, sin lugar a dudas, desafíos a las políticas y a las ciencias sociales, llevando a los diferentes actores sociales a trabajar en aras de mejorar cada vez más el disfrute de esos últimos años de vida que, sin dudas, se han extendido en los últimos tiempos. Dentro de las ciencias sociales se destacan los estudios relacionados con la calidad de vida de los llamados “adultos mayores”.

La calidad de vida es un término que ha venido desarrollándose desde la década del 70 del pasado siglo, desde muy diferentes perspectivas y disciplinas, entre ellas, la economía, la sociología, la psicología y la mercadotecnia. Los economistas refieren el término a indicadores económicos tales como el Producto Interno Bruto, mientras los médicos y profesionales sanitarios lo vinculan con la ausencia de síntomas y los psicólogos en las necesidades humanas y su satisfacción. Es un concepto frecuentemente utilizado en el ámbito de las ciencias de la salud<sup>10</sup>. Existe una amplia literatura que relaciona la calidad de vida con el proceso salud-enfermedad de las personas y, en particular, en el caso de algunas enfermedades crónicas. En este marco ha sido desarrollado el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Sin dudas, es en el ámbito de las ciencias de la salud, donde es más copiosa la producción de literatura científica vinculada a la calidad de vida.

Aunque el término se ha popularizado en dicho campo de la salud a partir de la década de los 70 del pasado siglo, su interés data de las antiguas civilizaciones griega, romana, egipcia y hebrea<sup>11</sup>. En la evolución histórica de este concepto, los enfoques han evolucionado, en general, desde lo objetivo hasta lo subjetivo, llegando en la actualidad a concebirse que ambos aspectos son indicadores o dimensiones de la calidad de vida. sin embargo, el término continúa siendo polémico en cuanto a su delimitación, conceptos afines, su estructura, dimensional o global, así como en lo relativo a las formas de evaluación. la calidad de vida se vincula a otros conceptos como bienestar, nivel de vida, satisfacción y felicidad<sup>12</sup>. además, la complejidad obedece también a su naturaleza

plurideterminada, sus componentes y los efectos que produce en las diferentes esferas de la vida. Incluye las condiciones de vida, la satisfacción personal en diferentes esferas, la situación económica, las oportunidades de empleo, todo esto condicionado por el entorno social del individuo.

Para cualquier persona el término generalmente resulta familiar, fácil de utilizar, al mismo tiempo que constituye la aspiración, explícita o implícita, de cualquier ser humano. El término calidad, lleva implícito la existencia de un estándar o ideal con el cual se compara un determinado nivel de vida.

La calidad en general se refiere a la capacidad que posee un objeto o elemento para satisfacer necesidades implícitas o explícitas según un parámetro, cumpliendo requisitos de calidad. Se trata de un medidor de cuán bueno o mal es algo comparado con un determinado ideal. La calidad es un concepto subjetivo. Está relacionada con las percepciones de cada persona para valorar una cosa en relación con cualquier otra de su mismo tipo o especie. Varios elementos entre ellos la cultura, las necesidades y las aspiraciones personales influyen en este concepto<sup>13</sup>.

La norma ISO 9000 define calidad como el grado en el que un conjunto de características inherentes a un objeto (producto, servicio, proceso, persona, organización, sistema o recurso)<sup>14</sup>.

En el caso de la calidad de vida, ésta se vincula a la existencia de las personas, a su entorno vital y siempre se concibe bajo la óptica de un individuo concreto y en unas condiciones históricas concretas. las relaciones sociales, a nivel de la familia y de la sociedad, condicionan los valores, creencias, comportamientos y actitudes que afectan directamente la calidad de vida de las personas<sup>15</sup>.

De manera general, la literatura sobre la calidad de vida ha sido enfocada en dos vertientes: la calidad de vida individual y la calidad de vida comunitaria<sup>12</sup>. en el terreno de las ciencias de la salud, ha sido especialmente estudiada la vertiente individual, en la cual será orientada la realización de la presente tesis.

Especial atención ha merecido el estudio de la calidad de vida en el campo de la salud y en particular en la tercera edad. Así mismo, ha sido considerado un medidor importante en lo relativo a las prácticas profesionales en los servicios educativos y de salud en su empeño por lograr la promoción de la calidad de vida de los tributarios de esos servicios<sup>16</sup>.

No existe un marco teórico universalmente aceptado, aunque muchos de ellos tienen elementos en común. Entre esos elementos se destaca el énfasis en el bienestar de las personas, en su vivencia de felicidad. Pero existe una combinación de elementos objetivos y subjetivos que no debe perderse de vista, al mismo tiempo que hace más complejo el abordaje de este concepto<sup>12</sup>.

El componente objetivo de la calidad de vida se refiere a las condiciones materiales de vida, al nivel de vida e incluye factores que determinan o influyen sobre la percepción que tiene el sujeto de dichas condiciones.

Entre las condiciones objetivas está también el nivel de funcionamiento físico del individuo, es decir, la presencia o no de enfermedades. Estas condiciones suelen ser el punto de partida para las técnicas de evaluación empleadas en el campo de las ciencias médicas, cuyo enfoque, de manera paradójica, ha sido predominantemente hacia la condición del hombre enfermo y no hacia el estudio de su calidad de vida (en positivo).

Una definición integradora del concepto calidad de vida, plantea que: “la calidad de vida es el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, personales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad. Los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida”<sup>12</sup>.

Los factores objetivos que forman parte de la calidad de vida están determinados, sin lugar a dudas, por la forma de organización de una sociedad dada, la cual, a su vez legitima un conjunto de representaciones a nivel societal que condicionan la conformación de determinadas necesidades comunes. Aun cuando la calidad de vida esté determinada por factores objetivos, su manifestación esencial se aprecia en el orden

subjetivo, lo cual apunta a una relación dialéctica entre lo objetivo y lo subjetivo. La calidad de vida es el resultado de la compleja interacción entre esos factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, personales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad. Los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida”<sup>12</sup>.

La dimensión subjetiva de la calidad de vida se identifica con la categoría “*Bienestar Psicológico*”. Los principales componentes del bienestar psicológico reportados como tal en la literatura son el componente cognitivo-valorativo (juicio acerca de la satisfacción con la vida o con áreas de la vida) y el componente afectivo.

La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene acerca de su propia vida, que se elabora dentro del contexto de la cultura y del sistema de valores y normas en los que vive y está íntimamente vinculado con sus objetivos y sus expectativas. Por esta razón es más conveniente hablar en términos de calidad de vida percibida. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del individuo, su estado psicológico, su nivel de independencia, así como por su relación con los elementos sociales y económicos esenciales del entorno<sup>17</sup>.

Cada uno de los diferentes marcos teóricos encontrados en la literatura se corresponde con determinados indicadores de calidad de vida, que en muchos casos son coincidentes entre sí.

Algunas ideas resumidas en torno a estos modelos teóricos, aparecen en el siguiente cuadro.



## RESUMEN DE INDICADORES PLANTEADOS POR ALGUNOS AUTORES

Hughes, Hwang, Kim, Eisenman, Killian, 1995 <sup>18</sup>	Relaciones sociales, bienestar físico, material y psicológico, satisfacción personal, autonomía, competencia personal, capacidad de vida independiente, integración en la comunidad, plenitud personal, aceptación social, responsabilidad cívica
Grupo de Calidad de Vida OMS, 1995 <sup>19</sup>	Bienestar físico, bienestar psicológico. Grado de independencia, relaciones sociales, entorno, creencias espirituales y personales,
Hughes y Hwang, 1996 <sup>20</sup>	Bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, responsabilidad cívica
Felce y Perry, 1996 <sup>21</sup>	Bienestar físico, material, emocional y social, Desarrollo y actividades
Cummins, 1997 <sup>22</sup>	Bienestar material, salud, productividad, intimidad, seguridad, papel en la comunidad, Bienestar emocional
Raphael, Brown, Renwick, 1996 <sup>23</sup>	Bienestar físico, bienestar psicológico, bienestar espiritual, bienes materiales, bienes sociales, bienes comunitarios, recursos prácticos, recursos de ocio, recursos de desarrollo
Schalock y Verdugo, 2002 <sup>24</sup>	Bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos
Ardila, 2003 <sup>25</sup>	Satisfacción personal, bienestar físico, psicológico y social, intimidad, seguridad, salud percibida, buenas relaciones sociales
Grewal, Lewis, Flynn, Brown, Bond, Coast, 2006 <sup>26</sup> (en mayores)	Apego, rol, disfrute, seguridad, control
Victoria, 2008 <sup>12</sup>	Factores objetivos: condiciones favorables económicas, sociopolíticas, culturales y ambientales Factores subjetivos: bienestar psicológico que comprende la satisfacción (juicio entre expectativas y logros) y las emociones positivas)
McLaughlin, Jette, Connell, 2012 <sup>27</sup> (en mayores)	Enfermedades sintomáticas, salud funcional

## 2.2. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

La amplitud del concepto calidad de vida ha llevado a la proliferación de instrumentos y técnicas de evaluación. Cada concepción teórica ha sido reflejada en una forma de evaluación, en muchas ocasiones creando una escala o instrumento con tal fin.

Sobre los términos calidad de vida, bienestar, estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud, han sido desarrollados muchísimos instrumentos en el ámbito de las ciencias de la salud.

La naturaleza objetiva-subjetiva y la multidimensionalidad, compleja e indeterminada de la calidad de vida, otorgan a su evaluación diversos matices en función del marco en el que se requiera dicha evaluación<sup>12</sup>. La naturaleza multidimensional ha conllevado a que frecuentemente sea confundida con otros conceptos tales como el de bienestar, satisfacción o felicidad<sup>5</sup>.

Tomando en cuenta esa naturaleza multidimensional Victoria y colaboradores desarrollaron un instrumento que consta de dos componentes, el de satisfacción y el de afecto. A tales fines propusieron el cuestionario CAVIAR, para evaluar calidad de vida en general, para adultos<sup>28</sup>. Su aplicación reviste cierta complejidad, por lo cual no se recomienda su aplicación en adultos mayores.

La mayoría de los autores defienden los instrumentos que se basan en la perspectiva de la persona, en particular del paciente (cuando de personas enfermas se trata), que deben permitirle expresar la significación particular que cada área o hecho concreto tiene para él. La llamada “calidad de vida percibida” hace énfasis en esta perspectiva individual.

Los instrumentos utilizados para evaluar calidad de vida relacionada con la salud varían en un amplio espectro: muchos de ellos son modelos centrado en la enfermedad, al incorporar en la lista síntomas emocionales o físicos. El más destacado dentro de este ámbito de aplicación es el Short Form-36 Health Survey (SF-36) que aparece en una abundante literatura acerca de la calidad de vida en situaciones de enfermedad específica<sup>29</sup>.

Además, encontramos muchas escalas dirigidas a estudiar diferentes atributos o dimensiones del dolor, como uno de los aspectos más importantes actualmente en la evaluación de la salud<sup>30</sup>.

Algunas de estas escalas diseñadas para ancianos se orientan a la evaluación de la depresión<sup>31</sup>. Otros instrumentos se han dirigido a la evaluación del dolor y la funcionalidad en particular<sup>32</sup>.

Otras se orientan específicamente a la calidad de vida relacionada con la salud<sup>33</sup>. Entre ellas se destaca el instrumento World Health Organization Quality of Life BREF (WHOQOL-BREF), que ha sido aplicado y validado en diferentes países y contextos<sup>34</sup>.

En el caso de los ancianos institucionalizados se encuentra una interesante propuesta de cuestionario multidimensional, realizado en la Universidad de Almería, cuya validación fue realizada solamente para grupos de adultos mayores de 70 años<sup>5</sup>, razón por la cual no fue seleccionado para la presente investigación.

Un interesante modelo teórico para el estudio de la calidad de vida individual ha sido propuesto por Schalock y Verdugo<sup>35</sup>, investigadores de la Universidad de Salamanca, desde una perspectiva heurística. Aunque este modelo fue concebido y, de hecho, ha continuado su desarrollo en el área de la discapacidad, de manera general puede ser tomado como marco referencial para el estudio de la calidad de vida individual.

El cuestionario elaborado a partir de este modelo, de amplia difusión, comprende un conjunto de dimensiones e indicadores de la calidad de vida, entre ellos el bienestar emocional (BE), las relaciones interpersonales (RI), el bienestar material (BM), el desarrollo personal (DP), el bienestar físico (BF), la autodeterminación (AU), la inclusión social (IS) y los derechos (DE). Cada una de estas dimensiones comprende percepciones y comportamientos concretos de la persona, que expresan su calidad de vida en esa dimensión y de esta manera permiten operacionalizar el concepto, quiere decir, formular ítems o preguntas que reflejen de manera concreta y medible, los conceptos implicados.

Su frecuente aplicación al área de la discapacidad se fundamenta en que considera que una mejor calidad de vida otorga poder a las personas, facilitando el control sobre sus

vidas, tomando en cuenta la conducta adaptativa y la competencia personal de cada individuo.

Este modelo posee tres principios fundamentales:

1. Se mide a través de dimensiones, indicadores y resultados personales
2. Toma en cuenta la perspectiva de los sistemas sociales
3. Permite una amplia aplicabilidad

Dicho modelo contempla un conjunto de 24 indicadores para las siguientes dimensiones:

<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>
1. Bienestar Físico	Salud, actividades de vida diaria, atención sanitaria, ocio
2. Bienestar Emocional	Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés
3. Relaciones Interpersonales	Interacciones, relaciones, apoyos
4. Inclusión Social	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales
5. Desarrollo Personal	Educación, competencia personal, desempeño
6. Bienestar Material	Estatus económico, empleo, vivienda
7. Autodeterminación	Autonomía, metas/valores personales, elecciones
8. Derechos	Derechos humanos, derechos legales

(Tomado de: Schalock y Verdugo, 2002)

El cuestionario elaborado a partir de este modelo ha sido sometido a validación en relación con la sensibilidad y especificidad, así como a estudios de validación cultural y de confiabilidad de las mediciones en diferentes momentos. Es decir, son estudios psicométricos que han respaldado el concepto en cuestión. Además, los autores antes mencionados, han sometido este cuestionario también a estudios de validación transcultural, encontrando resultados confirmatorios de dicho modelo.

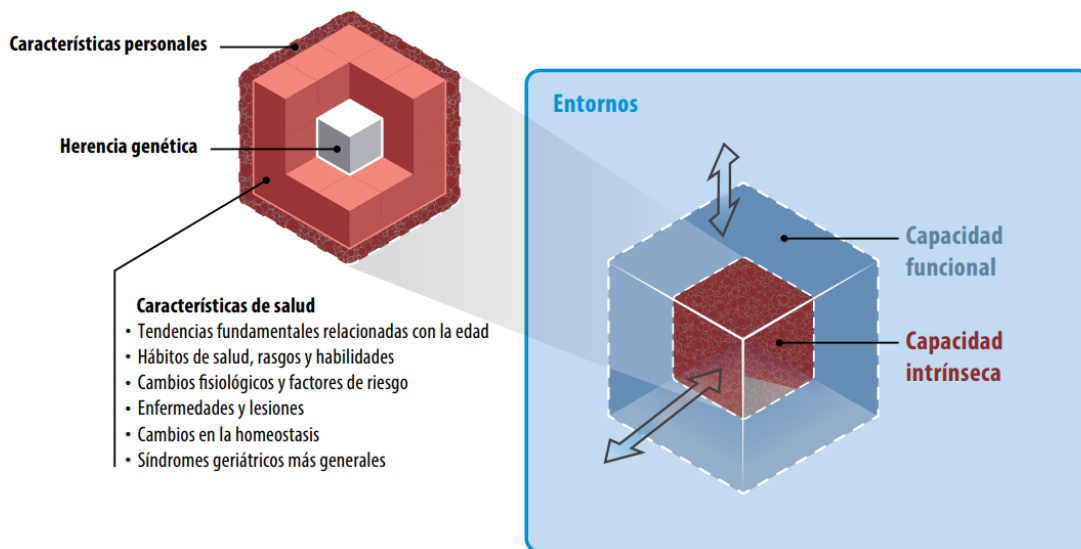
### 2.3. CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO

El proceso de envejecimiento suele acompañarse de limitaciones en las habilidades físicas y también en la vida social. Se presentan menos actividades y planes, aunque existen formas de compensar dichas situaciones, llegando incluso a lograr adecuados niveles de bienestar, dependiendo de ciertas condiciones del entorno y del propio individuo<sup>36</sup>. El entorno en el que vive el adulto mayor reviste una gran importancia como determinante de su calidad de vida. Si el entorno ofrece un referente positivo, la persona se siente apoyada<sup>37</sup>.

Una concepción emitida por la OMS en 2001 sobre la capacidad funcional, considera una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud, llamado el modelo CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento), muy aplicable al estudio de la calidad de vida en la tercera edad. Al analizar los componentes de la CIF se observa una correspondencia con los componentes de la calidad de vida. La CIF tiene un componente relativo a las funciones y estructuras corporales, otro que es la actividad (grado de cumplimiento en la ejecución de tareas y actividades), y un tercer componente que es la participación que se refiere al grado de desenvolvimiento dentro de las situaciones de índole social. Según Fernández-López y colaboradores, la CIF se vincula a la calidad de vida ya que ésta última se define como la percepción subjetiva de los componentes del bienestar objetivo<sup>38</sup>.

En el informe mundial sobre envejecimiento publicado por la OMS en 2015, el mencionado modelo CIF se explica en su orientación hacia la tercera edad y la pérdida de las capacidades funcionales (figura 1). La capacidad funcional se refiere a los atributos vinculados a la salud que facilitan o entorpecen que el individuo lleve a cabo las actividades que son significativas para él<sup>39</sup>.

Figura 1. Modelo sobre capacidad funcional y salud (CIF)



Tomado de: OMS, Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015

Según este modelo existe una capacidad intrínseca, unas determinadas características del entorno y una interacción entre ambos elementos. Se alude también a una herencia genética que luego es potenciada o no por el medio social. Al mismo tiempo ese medio, conformará el desarrollo de su personalidad, con sus características y rasgos propios. En el caso de la salud conviene destacar la influencia de los llamados factores de riesgo, muchos de ellos vinculados al comportamiento humano. Todo esto determinará la capacidad intrínseca de un individuo, que en interacción con el medio determinará, en última instancia, su capacidad funcional<sup>39</sup>.

El estudio de la calidad de vida en la tercera edad reviste una gran importancia con vistas a mejorar los niveles de salud de este segmento de la población.

Para aspirar a una buena calidad de vida en esta etapa de la vida, es importante lograr una vida física y psíquica sana y activa, afrontando los acontecimientos vitales de manera positiva y constructiva, desarrollando una capacidad de control sobre los eventos externos para que le reporten beneficios<sup>40</sup>.

El adulto mayor debe mantener una actividad física sistemática, al mismo tiempo que interactúa con otras personas de su edad, que le brindan apoyo social, todo lo cual unido a un sentido de su vida mediante una espiritualidad, religiosa o no, le permitirá una óptima calidad de vida<sup>41</sup>.

La representación social del adulto mayor contiene la idea de aislamiento social, deterioro cognitivo, falta de actividad física e incapacidad para aportar económicamente a la sociedad y a la familia. Es lo que se conoce como el paradigma de la decadencia<sup>41</sup>.

La Organización Mundial de la Salud destaca el importante papel de la actividad física para alcanzar un envejecimiento saludable y con calidad de vida. En su informe mundial sobre el envejecimiento y la salud del año 2015<sup>39</sup>, este organismo internacional afirma que la actividad física a lo largo de la vida tiene como principal beneficio aumentar la longevidad. Son muchos los beneficios de la actividad física sobre la calidad de vida en la vejez. Se preserva la fuerza muscular y la función cognitiva, reduce los niveles de ansiedad y depresión y mejora notablemente los sentimientos de autoestima. Desde el punto de vista físico, reduce los riesgos de enfermedades crónicas, principalmente las vasculares de cualquier localización (cerebral, central y periférica). En cuanto a lo social, promueve una mayor participación en la comunidad y permite el mantenimiento de redes sociales y vínculos entre las generaciones. Este organismo internacional alerta sobre la necesidad de desarrollar planes y programas de intervención dirigidos a fomentar la práctica de ejercicios físicos en los adultos mayores, ya que la tendencia natural que se observa es que la práctica de ejercicios disminuye progresivamente con la edad. Especial mención merece el Programa de Revitalización Geriátrica para personas mayores, elaborado por Calvo Arenillas, que desde hace varios años viene generando resultados muy positivos en las residencias de mayores en España<sup>42</sup>. Desde el año 1994, el área de Fisioterapia de la Universidad de Salamanca, en coordinación con el ayuntamiento de la localidad, viene desarrollando dicho programa de Revitalización. Esta intervención ha demostrado resultados muy favorables en la función cognitiva de los adultos mayores<sup>43</sup>, así como también en la prevención de las caídas, todo lo cual incide directamente en la calidad de vida de estas personas<sup>44</sup>.

La calidad de vida en los adultos mayores posee diferentes aristas y factores que la condicionan. Muchos de esos factores se vinculan a las limitaciones que las enfermedades asociadas le imponen, así como a las pérdidas propias de esta etapa de la vida. Sin embargo, la felicidad continúa siendo un objetivo a alcanzar, un deseo consciente o inconsciente que existe, tal y como ocurre en cualquier etapa anterior. Importante resulta el estado cognitivo de la persona, su memoria y habilidades, así como el nivel de actividad, (en una fase donde la actividad laboral ya no ocupa el mayor espacio y tiempo) y el apoyo social percibido<sup>45</sup>. Así, las personas con un mayor status social suelen mostrar mayor satisfacción con la vida, componente fundamental de la calidad de vida. Otros autores destacan que el funcionamiento físico es un excelente asociado a la percepción de apoyo social y que este apoyo incide en la satisfacción con la vida<sup>46</sup>.

Guerrero-Martelo y colaboradores estudiando personas mayores institucionalizadas encontraron que la autoestima de ellos se vinculaba significativamente a la autonomía funcional, principalmente a la posibilidad de desplazamiento autónomo<sup>47</sup>. Según refieren estos autores, este factor tuvo más peso que el apoyo social percibido.

De esta manera, el bienestar físico ha demostrado ser el componente o dimensión más importante de la calidad de vida en los adultos mayores. El “envejecimiento activo” propugnado por la OMS fundamenta la implementación de programas de promoción de salud y prevención de las discapacidades, dentro de los cuales la actividad física en particular juega un rol fundamental. Es necesario promover el movimiento y la independencia mediante ejercicios, masajes, relajación, ejercicios cardiorrespiratorios, concebidos como un programa de atención organizado, para mejorar la capacidad funcional de todo el organismo<sup>48</sup>. En este empeño juega un rol fundamental el especialista en fisioterapia que tenga a su cargo la atención geriátrica, particularmente en el marco de las residencias de mayores.

La literatura acerca de los efectos de la fisioterapia en diferentes tipos de discapacidades en los adultos mayores es amplia. Se reportan beneficios notables en su aplicación a discapacidades producidas por enfermedades tales como el Alzheimer<sup>49</sup>, la osteoartrosis<sup>50</sup>, los problemas cardiorrespiratorios<sup>51</sup>, fibromialgia<sup>52</sup>, las caídas y fracturas<sup>53</sup>, entre otras.



Según Bayarre<sup>54</sup> la calidad de vida en esta etapa se vincula fuertemente con el estado de salud y las discapacidades (autonomía, capacidad funcional), las condiciones económicas y materiales de vida, el apoyo social y familiar, así como el reconocimiento social y el bienestar en general en las diferentes esferas de la vida. Particularmente las discapacidades pueden producir poca accesibilidad al entorno y constituir un obstáculo para la satisfacción de las necesidades<sup>55</sup>.

Una visión holística ha llevado a plantear el término de “envejecimiento activo”, muy relacionado con la práctica de la actividad física<sup>56</sup>. Además, se destaca la importancia de la vida activa e independiente, con una adecuada integración y participación social, incluido el disfrute de actividades culturales y de las relaciones sociales. Más allá de la ausencia de enfermedad y el mantenimiento de la funcionalidad, lo determinante de la calidad de vida (envejecimiento activo y satisfactorio) es el compromiso activo con la vida<sup>41</sup>.

El hecho de que las personas puedan envejecer en un entorno activo y productivo tiene un condicionamiento socio histórico, que determinará que la vejez pueda estar libre de discriminaciones<sup>17</sup>.

También es importante optimizar el empleo de las actividades de ocio en esta etapa de la vida, lo cual está influenciado por lo aprendido y por las experiencias de ocio vividas en etapas más tempranas del ciclo vital<sup>57</sup>.

Como se puede apreciar, esta perspectiva psicosocial ha sido destacada por muchos autores.

Se ha planteado una fuerte asociación entre el apoyo social, dado por la percepción de apoyo proveniente de la familia y la pareja, y el bienestar psicológico. El apoyo social al adulto mayor implica no solamente la manifestación de afecto hacia ellos, sino un reconocimiento positivo de sus comportamientos, y el apoyo material. Cuando este apoyo está deficiente el adulto mayor suele deprimirse, sentirse solo, percibirse inútil, volverse más dependiente y agudizar los síntomas de las enfermedades que padece<sup>58</sup>.

En particular se señala un mal afrontamiento a las dificultades del medio en aquellos mayores con pobre apoyo social<sup>59</sup>.

En la literatura acerca del tema de los indicadores de salud en los adultos mayores aparecen términos asociados tales como, estado físico, actividades de la vida diaria, enfermedad, dolor e independencia. La dependencia funcional ha sido asociada directamente con el bienestar emocional. Se ha comprobado que esta dependencia se asocia significativamente a los síntomas depresivos y a una percepción negativa de la propia salud, peor cumplimiento en el autocuidado y baja función social. La dependencia funcional se acompaña de un deterioro de las funciones cognitivas, peor función física y social y peor autoestima<sup>60</sup>.

El ejercicio físico en la tercera edad ha demostrado estar muy vinculado a la calidad de vida. En particular aquellos programas dirigidos a los mayores, que incluyan el ejercicio terapéutico han demostrado su utilidad tanto para corregir un deterioro de las funciones, como para aliviar el dolor músculo-esquelético acompañante.

Es bien conocido que el dolor posee un impacto negativo sobre la calidad de vida de las personas mayores ya que se asocia a estados de fatiga y a limitaciones en las actividades de la vida diaria<sup>48, 61, 62</sup>.

Así también, el ejercicio físico terapéutico es avalado por los resultados de Puente González, quien aplicó un programa de revitalización geriátrica sobre la densidad mineral ósea y el riesgo de caídas en enfermos con Alzheimer, lo cual incide directamente sobre la calidad de vida de estos pacientes<sup>63</sup>.

También, se manejan exhaustivamente indicadores vinculados a las condiciones de vida (economía, espacio vital) y al apoyo social<sup>64</sup>.

Además, se ha señalado la influencia que tiene la representación social de la ancianidad que puede provocar una discriminación por motivos de edad. Esa representación contiene la idea de un aislamiento social, deterioro cognitivo, falta de actividad física e incapacidad para aportar económicamente a la sociedad y a la familia es lo que se conoce como el paradigma de la decadencia y la pérdida, el cual debe ser resuelto para lograr

un envejecimiento productivo, mediante la promoción de la participación social y comunitaria de los adultos mayores en programas intergeneracionales, tanto al interior de la familia como de la sociedad<sup>65</sup>. Otros autores también destacan la importancia de la implicación social de los mayores, así como la necesidad de modificar los estereotipos negativos en torno a la vejez, facilitando la participación de los mismos en programas comunitarios<sup>66</sup>.

Otra propuesta para fomentar el envejecimiento activo ha sido la creación de programas universitarios para el adulto mayor. Una evaluación muy positiva de un programa de este tipo, se reporta en la Universidad Autónoma de Madrid, dirigida por la destacada investigadora de este tema Fernández-Ballesteros<sup>17</sup>.

Un elemento de vital importancia es la percepción que tienen los adultos mayores de los profesionales sanitarios con los que se vinculan. Para Schalock y Verdugo<sup>24</sup>, este hecho constituye un indicador para monitorear la prestación de servicios sanitarios y sociales a las personas mayores y a las personas con discapacidad.

La presente investigación se justifica sobre la necesidad de describir los niveles de calidad de vida en una población institucionalizada e identificar algunos de sus componentes fundamentales.

## **HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DE TRABAJO**

### **2.3. HIPÓTESIS**

La calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados, en sus diferentes dimensiones, guarda relación con variables sociodemográficas, tales como la edad, el sexo, el nivel de escolaridad y el tiempo de institucionalización, así como con sus condiciones de salud (enfermedades y limitaciones que confrontan) y con sus experiencias de cara a la fisioterapia recibida.

### **2.4. OBJETIVOS**

#### **GENERAL**

Evaluar la Calidad de Vida en los adultos mayores institucionalizados en la residencia de Personas Mayores "Los Tres Árboles", de Zamora.

#### **ESPECÍFICOS**

1. Estimar el nivel de calidad de vida de los mayores residentes en la institución geriátrica.
2. Evaluar las dimensiones o componentes de la calidad de vida, según la escala FUMAT: Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos, en adultos institucionalizados.
3. Identificar las dimensiones más importantes en la determinación de la calidad de vida de estas personas.
4. Hallar la relación existente entre las dimensiones estudiadas y algunas variables sociodemográficas y de salud.
5. Comprobar la relación existente entre las dimensiones estudiadas, en particular el Bienestar Físico, con la aplicación de técnicas de fisioterapia en estos adultos mayores.

### **III. MATERIAL Y MÉTODO**

Se realiza un estudio descriptivo-explicativo, no experimental, con un diseño transversal y metodología cuanti-cualitativa, tomando como unidad de estudio los adultos mayores institucionalizados en la residencia de Personas Mayores "Los Tres Árboles", de Zamora, perteneciente a la Junta de Castilla y León.

#### **3.1. PARTICIPANTES**

Los participantes han sido todos los residentes pertenecientes a la institución antes mencionada, y que desearan participar voluntariamente, a quienes se les explicó el carácter confidencial de los datos recogidos, respetando la Ley de Protección de Datos.

Dicha institución es una institución pública, propiedad de la Gerencia de Servicios Sociales, Consejería de Bienestar Social, Junta de Castilla y León. Su expediente de registro es: 49173 C.

El centro residencial para personas mayores 'Los Tres Árboles' tiene una capacidad de 173 plazas, de las que 140 son para válidos, 28 asistidas, 2 temporales y 3 sociosanitarias. La plantilla del centro está compuesta por 118 trabajadores. Por su parte, el Centro de Día cuenta con más de 4.500 socios.

Las habitaciones son individuales o dobles, todas con terraza y baño. Se brindan servicios de actividades recreativas, actividades socioculturales, excursiones, fiestas, petanca, gimnasio, capilla, servicio religioso. Cuenta con un trabajador social, enfermería, biblioteca, cafetería, jardín, sala de lectura, sala de televisión, servicio médico permanente, centro de día, peluquería, podología, fisioterapia, rehabilitación y terapia ocupacional. El centro cuenta con pista de baile en los jardines. No tiene barreras arquitectónicas.



La residencia cuenta con un programa de actividades mensual que tiene como fin animar e integrar a los residentes y fomentar la vida activa de los mayores. Los residentes disfrutan cada semana con un bingo, bailes, cine, un programa comunitario de paseos, gerontogimnasia, entrenamiento de la memoria, estimulación funcional y con talleres de cocina, estimulación cognitiva, ocupacional, de psicomotricidad y de actualidad, entre otros.

En el Centro de Día se llevan a cabo actividades lúdicas y baile todas las semanas, además los usuarios pueden participar en cursos de gimnasia, baile tradicional, bordado, pintura o prevención de la dependencia.

### 3.2. INSTRUMENTOS

El instrumento básico para la recogida de datos fue la escala FUMAT, basada en el modelo heurístico de Schalock y Verdugo<sup>67</sup>, la cual se diseñó para adultos mayores con discapacidad, que son tributarios de servicios sociales, con vistas a apoyar la realización de programas de intervención, controlando sus resultados sobre la calidad de vida de los mismos.

Esta escala se propone la evaluación de la Calidad de Vida en usuarios de los servicios sociales. La información es recogida a través de un informador, que ha de ser un profesional que conozca al paciente con una antelación de al menos 3 meses. La técnica en cuestión ofrece una puntuación de cada una de las dimensiones (Bienestar emocional, Bienestar físico, Bienestar material, Relaciones interpersonales, Inclusión social, Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos) así como un índice general de calidad de vida. Esta escala se fundamenta en el modelo heurístico de calidad de vida<sup>68</sup>.

Estas escalas y otras más relativas a situaciones de discapacidad intelectual o motora, en niños o en adulto, han sido inspiradas en el modelo teórico de Schalock y Verdugo, muchas de las cuales han sido desarrolladas en España<sup>69</sup>.

La escala FUMAT ha sido escogida para la presente investigación ya que El modelo de Sharlock y Verdugo es un modelo teórico heurístico sólido, formado por dimensiones e indicadores de calidad de vida, tomando en cuenta una perspectiva de sistemas sociales. Esta escala fue diseñada sobre la base de una amplia revisión del tema de la calidad de vida en general y en adultos mayores en particular. Acorde con la concepción amplia de lo que es la calidad de vida, dicha escala toma en consideración todas las áreas de la vida (las 8 dimensiones contempladas), y no solamente la calidad de vida relacionada con la salud. Los autores contemplan factores propios de la situación personal y social de los adultos mayores. Toma en cuenta el contexto, pues ha sido construida específicamente para ambientes institucionales.

Además de sus buenas propiedades psicométricas, posee la ventaja de que no se requiere la cooperación expresa de la persona evaluada, pues es cumplimentada por el personal que se relaciona con ella

Además, se aplica la técnica de grupos focales, como técnica cualitativa, que permite profundizar en las características y determinantes de las dimensiones más importantes identificadas, en particular la dimensión de Bienestar Físico, así como explorar las opiniones de los usuarios en relación con los beneficios sobre su Calidad de Vida, vinculados a la fisioterapia recibida durante su estancia en la institución. Los grupos focales son realizados por el fisioterapeuta, autor de esta investigación.



### **3.3. PROCEDIMIENTO**

Se aplica una entrevista inicial a fin de crear un adecuado informe del paciente. A fin de cumplir con los principios éticos, al momento de dicha entrevista inicial, los participantes son informados acerca de los fines del estudio, explicando que su participación será voluntaria, previo consentimiento informado acerca de los fines y métodos de la investigación (anexo 1). En dicha entrevista se toman los datos generales y sociodemográficos (anexo 2), los que son corroborados consultando las historias clínicas de los casos. Posteriormente se cumplimenta la escala FUMAT<sup>16</sup> para la evaluación de la Calidad de Vida, cuyos autores son Miguel A. Verdugo Alonso, Laura E. Gómez Sánchez y Benito Arias Martínez, del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), de la Universidad de Salamanca.

Los datos son recogidos por el fisioterapeuta de la Residencia, autor de la presente investigación, tanto en lo que se refiere a la entrevista inicial, como a la toma de información mediante la escala FUMAT (anexo 3) y realización de los grupos focales (anexo 4). La aplicación la entrevista y de la escala se realizan de forma individual. Los resultados de la aplicación de esta escala son analizados por el autor de la investigación de acuerdo a las normas establecidas por los autores de la escala (anexo 5).

Los criterios de inclusión están dados la voluntariedad a participar y la capacidad cognitiva para responder a las preguntas formuladas y a participar de manera coherente en la discusión de los grupos focales.

Los criterios de exclusión consideran a aquellas personas incapacitadas legalmente, o con un deterioro cognitivo vinculado a una enfermedad medicamente diagnosticada, como pueda ser un Alzheimer, demencia avanzada, o cualquier otra condición que pudiera afectar los resultados obtenidos por déficit de asimilación o su capacidad de elección para decidir si participar o no en el estudio.

Los resultados son procesados mediante el paquete estadístico SPSS versión 20 para Windows, utilizando medidas de estadística descriptiva y medidas de asociación como la prueba de chi cuadrado.

La presente investigación pretende identificar los determinantes de la calidad de vida en los adultos mayores y comprobar la importancia que desempeña el área física en su determinación, así como la utilidad de la fisioterapia en este ámbito, lo cual permitirá mejorar la atención sanitaria y social brindada en las instituciones geriátricas.

Esta investigación cuenta con la aprobación de la gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, todo con vistas al beneficio de la calidad asistencial en las instituciones geriátricas de la localidad. Se adjunta carta enviada para solicitar dicha aprobación (anexo 6).

### 3.4.VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	FUENTE	ESCALA DE VALORES
Edad	Cuantitativa ordinal	Años de edad	Entrevista	De 60 a 69 / De 70 a 79 / Más de 80
Sexo	Cualitativa nominal	Según sexo biológico	Entrevista	Masculino/femenino
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	Último grado escolar aprobado	Entrevista	Primario / Medio / Superior
Años en la institución	Cualitativa ordinal	Años desde su ingreso en la Residencia	Historia clínica	Menos de 1 año / De 1 a 5 años / Más de 5 años
Pensionista	Cualitativa nominal	Tipo de pensión percibida	Entrevista	Ninguna / Contributiva / No contributiva / Orfandad / Hijo a cargo / RAI / Viudedad / Otra
Experiencia laboral previa	Cualitativa nominal	Si trabajó anteriormente	Entrevista	Si / No
Enfermedad crónica	Cualitativa nominal	Según diagnóstico plasmado en Historia Clínica	Historia Clínica	Diabetes, HTA, Cáncer, Demencia, Osteoartrosis, Alzheimer, otras
Discapacidad	Cualitativa nominal	Si presenta discapacidad moderada o severa	Historia clínica	Motora / Auditiva / Visual / Mixta / No
Experiencia fisioterapia	Cualitativa ordinal	Experiencia anterior en tratamiento fisioterápico	Historia Clínica	Buena / Regular / Mala

Bienestar emocional	Cuantitativa	Indicadores de Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés	Escala FUMAT	Del 1 al 20 en puntuaciones estándar O en valores percentiles
Relaciones interpersonales	Cuantitativa	Interacciones, relaciones, apoyos		
Bienestar material	Cuantitativa	Estatus económico, empleo, vivienda		
Desarrollo personal	Cuantitativa	Educación, competencia personal, desempeño		
Bienestar físico	Cuantitativa	Indicadores de Salud, actividades de vida diaria, atención sanitaria, ocio		
Autodeterminación	Cuantitativa	Autonomía, metas/valores personales, elecciones		
Inclusión social	Cuantitativa	Integración, participación en la comunidad, roles comunitarios		
Derechos	Cuantitativa	Derechos humanos, legales		
Índice CALIDAD DE VIDA	Cuantitativa	A partir de las dimensiones		Sumatoria de las puntuaciones estándar de las dimensiones O en valores percentiles

## 5. RESULTADOS

### 5.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS VARIABLES ESTUDIADAS

El grupo de adultos mayores estudiado estuvo compuesto en similares proporciones en cuanto a hombres y mujeres (tabla 1).

**Tabla 1. Sexo**

	Frecuencia	Porcentaje
F	54	48,2
M	58	51,8
Total	112	100,0

Fuente: Entrevista individual

La distribución según la edad muestra la presencia de personas muy mayores ya que casi un 20% tenía más de 90 años. Un 30,4 % tenía edades entre 86 y 90 años, un 21,4 % entre 81 y 85, mientras un 28,6 % tenía 80 años o menos (tabla 2). El rango de edad estuvo comprendido entre 61 y 105 años, con una media de 84,37 años.

**Tabla 2. Grupos de edad**

	Frecuencia	Porcentaje
61-80	32	28,6
81-85	24	21,4
86-90	34	30,4
Mayor de 90	22	19,6
Total	112	100,0

Fuente: Entrevista individual

En cuanto al nivel de escolaridad, la gran mayoría tenía un nivel primario.

**Tabla 3. Escolaridad**

	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	104	92,9
MEDIA	7	6,3
SUPERIOR	1	,9
Total	112	100,0

Fuente: Entrevista individual

La mayoría de los pacientes estudiados eran pensionistas (94,6 %).

Una gran parte de ellos (66,1%) llevaban menos de 6 años en la institución (tabla 4).

**Tabla 4. Período de tiempo en la institución**

	Frecuencia	Porcentaje
1-5 años	74	66,1
6-10 años	27	24,1
Más de 10 años	11	9,8
Total	112	100,0

Fuente: Entrevista individual

La discapacidad predominante en el grupo fue la visual presentándose esta limitación sola o acompañada de otras limitaciones en el 69,6 % (tabla 5).

**Tabla 5. Discapacidad**

	Frecuencia	Porcentaje
VISUAL O MIXTA*	78	69,6
SOLO AUDITIVA	8	7,1
SOLO FÍSICA	3	2,7
NO	23	20,5
Total	112	100,0

\*Mixta, incluyendo siempre la visual

Fuente: Entrevista individual

La osteoartrosis fue la enfermedad más frecuentemente encontrada en el grupo estudiado, con un 82,1 % (tabla 6). La segunda enfermedad más frecuentemente identificada en el presente estudio es la hipertensión arterial, la cual se constató en un 69,9 % de los pacientes. También la diabetes aparece con alta frecuencia en el grupo estudiado, seguida de la insuficiencia cardíaca y la renal.

**Tabla 6. Enfermedades referidas por los pacientes**

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Osteoartrosis</b>	<b>92</b>	<b>82,1</b>
<b>Hipertensión</b>	<b>78</b>	<b>69,6</b>
<b>Diabetes</b>	<b>40</b>	<b>35,7</b>
<b>Insuficiencia cardíaca</b>	<b>26</b>	<b>23,2</b>
Insuficiencia renal	13	11,6
Cáncer	11	9,8
Insuficiencia respiratoria	9	8
Demencia	5	4,5
Alzheimer	4	3,6

Fuente: Entrevista individual

Por otra parte, en cuanto a la experiencia anterior con tratamientos de fisioterapia, ésta fue referida como buena en el 96,4% de los casos, mientras solamente un 3,6 opinaron haber tenido una experiencia regular.

## 5.2. RESULTADOS DE LA ESCALA FUMAT

En la siguiente tabla se puede observar las medidas de resumen de las anotaciones (puntaje estándar) de cada sub-escala.

**Tabla 7. Medias y desviaciones de las sub-escalas (en puntuaciones estándar)**

SUBESCALAS	Medias	Desviaciones
BIENESTAR EMOCIONAL (BE)	12,04	1,41
RELACIONES INTERPERSONALES (RI)	10,99	1,57
BIENESTAR MATERIAL (BM)	8,83	2,05
DESARROLLO PERSONAL (DP)	13,31	1,31
BIENESTAR FÍSICO (BF)	11,41	1,77
AUTODETERMINACIÓN (AU)	13,1	0,77
INCLUSIÓN SOCIAL (IS)	11,6	1,31
DERECHOS (DE)	13,88	0,5

A continuación, se presentan las frecuencias de los resultados de cada una de las escalas o dimensiones de la Escala FUMAT, expresados en valores percentiles, que es la forma habitual de presentar los resultados de esta prueba (tablas 8.1 a la 8.8).



**Tabla 8.1. Escala Bienestar emocional**

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
16	2	1,8
25	2	1,8
37	5	4,5
<b>50</b>	<b>6</b>	<b>5,4</b>
<b>63</b>	<b>12</b>	<b>10,7</b>
<b>75</b>	<b>44</b>	<b>39,3</b>
<b>84</b>	<b>28</b>	<b>25,0</b>
<b>91</b>	<b>13</b>	<b>11,6</b>
Total	112	100,0

**Tabla 8.2. Escala de Relaciones interpersonales**

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
25	10	8,9
37	11	9,8
<b>50</b>	<b>25</b>	<b>22,3</b>
<b>63</b>	<b>16</b>	<b>14,3</b>
<b>75</b>	<b>27</b>	<b>24,1</b>
<b>84</b>	<b>23</b>	<b>20,5</b>
Total	112	100,0

**Tabla 8.3. Escala de Bienestar material**

	Frecuencia	Porcentaje
2	1	,9
5	3	2,7
9	6	5,4
16	30	26,8
25	7	6,3
37	9	8,0
<b>50</b>	<b>33</b>	<b>29,5</b>
<b>55</b>	<b>1</b>	<b>,9</b>
<b>63</b>	<b>6</b>	<b>5,4</b>
<b>75</b>	<b>15</b>	<b>13,4</b>
<b>84</b>	<b>1</b>	<b>,9</b>
Total	112	100,0

**Tabla 8.4. Escala de Desarrollo personal**

	Frecuencia	Porcentaje
25	1	,9
37	1	,9
<b>50</b>	<b>1</b>	<b>,9</b>
<b>75</b>	<b>16</b>	<b>14,3</b>
<b>84</b>	<b>48</b>	<b>42,9</b>
<b>91</b>	<b>28</b>	<b>25,0</b>
<b>95</b>	<b>17</b>	<b>15,2</b>
Total	112	100,0

**Tabla 8.5. Escala de Bienestar físico**

	Frecuencia	Porcentaje
16	1	,9
25	6	5,4
37	15	13,4
<b>50</b>	<b>9</b>	<b>8,0</b>
<b>63</b>	<b>25</b>	<b>22,3</b>
<b>75</b>	<b>14</b>	<b>12,5</b>
<b>84</b>	<b>33</b>	<b>29,5</b>
<b>91</b>	<b>9</b>	<b>8,0</b>
Total	112	100,0

**Tabla 8.6. Escala de Autoderminación**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>50</b>	<b>1</b>	<b>,9</b>
<b>63</b>	<b>2</b>	<b>1,8</b>
<b>75</b>	<b>19</b>	<b>17,0</b>
<b>84</b>	<b>56</b>	<b>50,0</b>
<b>91</b>	<b>34</b>	<b>30,4</b>
Total	112	100,0

**Tabla 8.7. Escala de Inclusión social**

	Frecuencia	Porcentaje
37	1	,9
<b>50</b>	<b>20</b>	<b>17,9</b>
<b>63</b>	<b>43</b>	<b>38,4</b>
<b>65</b>	<b>1</b>	<b>,9</b>
<b>75</b>	<b>19</b>	<b>17,0</b>
<b>84</b>	<b>17</b>	<b>15,2</b>
<b>91</b>	<b>8</b>	<b>7,1</b>
<b>95</b>	<b>3</b>	<b>2,7</b>
Total	112	100,0

**Tabla 8.8. Escala de Derechos**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>63</b>	<b>2</b>	<b>1,8</b>
<b>75</b>	<b>2</b>	<b>1,8</b>
<b>84</b>	<b>4</b>	<b>3,6</b>
<b>91</b>	<b>104</b>	<b>92,9</b>
Total	112	100,0

Fuente: Escala Fumat

Las casillas que aparecen en negrita corresponden a las frecuencias de casos con percentiles mayores de 50. Quiere decir, altas anotaciones en la escala en cuestión.

Se puede observar la existencia de altas frecuencias de valores percentiles por encima del percentil 50 en casi todas las escalas, lo que equivale a decir altos niveles de calidad de vida en el aspecto particular evaluado por la escala.

La escala que ofrece resultados más favorables es la escala DE. Se puede observar que en esta escala todos los valores están por encima del percentil 63. Le sigue la escala de AU, con todos los casos por encima del valor percentil 50. También la escala de IS ofrece una muy baja frecuencia de casos (solo un caso) cuyo percentil es menor de 50. Algo similar ocurre con la escala DE, en la cual solamente 2 casos se encuentran con anotaciones por debajo del percentil 50. Bienestar material presenta frecuencias relativamente más altas en valores percentiles por debajo de 50, con 56 casos con tales valores. La escala de BF y RI presentan cierta frecuencia de anotaciones percentiles bajas.

La frecuencia en cada una de las anotaciones obtenidas en la puntuación standard total se observa a continuación.

**Tabla 9. Puntuación standard TOTAL**

	Frecuencia	Porcentaje
81	1	,9
82	1	,9
83	1	,9
84	1	,9
85	3	2,7
86	1	,9
87	6	5,4
88	1	,9
89	5	4,5
90	4	3,6
91	5	4,5
92	10	8,9
93	6	5,4
94	5	4,5
95	8	7,1
96	4	3,6
97	9	8,0
98	7	6,3
99	8	7,1
100	2	1,8
101	8	7,1
102	6	5,4
103	4	3,6
104	2	1,8
105	3	2,7
108	1	,9
Total	112	100,0

Fuente: Escala Fumat

El rango de puntuaciones obtenidas fue entre 81 y 108, de un máximo posible de 109 de puntuación total.

Al expresar estos resultados generales de Calidad de Vida, en sus valores percentiles, se observó lo siguiente:

**Tabla 10. Índice de Calidad de Vida. Frecuencia según valores percentiles**

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
52	1	,9
54	1	,9
56	1	,9
58	1	,9
60	3	2,7
63	2	1,8
65	6	5,4
66	1	,9
68	5	4,5
70	4	3,6
72	5	4,5
74	9	8,0
76	7	6,3
77	6	5,4
79	7	6,3
80	4	3,6
82	9	8,0
83	7	6,3
84	8	7,1
86	2	1,8
87	8	7,1
88	6	5,4
89	4	3,6
90	2	1,8
91	2	1,8
93	1	,9
Total	112	100,0

Fuente: Escala Fumat

Rango entre las puntuaciones: Entre 52 y 93, siendo el percentil máximo posible de 99.

Para facilitar su comprensión y posterior cruce con las variables estudiadas se llevaron estas anotaciones a sus valores cuartiles, lo cual ofrece una clara presentación en cuanto a nivel de calidad de vida, que pueden ser considerados de la siguiente forma:

<b>CUARTIL</b>	<b>CALIDAD DE VIDA</b>
25	BAJA
50	MEDIA
75	ALTA
99	MUY ALTA

Se observa con claridad que la mayor parte de los adultos mayores estudiados presentan un índice alto de calidad de vida, pues con la anotación de 99 cuartil aparecen 73 casos, de los 112 estudiados (tabla 10).

**Tabla 11. PUNTUACIONES EN CADA UNA DE LAS SUB-ESCALAS**

Cuartil	Calidad de vida	BE	RI	BM	DP	
25	BAJA	4	10	47	1	
50	MEDIA	11	36	42	2	
75	ALTA	56	43	22	16	
99	MUY ALTA	41	23	1	93	
Total		112	112	112	112	
Cuartil	Calidad de vida	BF	AU	IS	DE	Índice CALIDAD DE VIDA
25	BAJA	7	0	0	0	0
50	MEDIA	24	1	21	0	0
75	ALTA	39	21	63	4	39
99	MUY ALTA	42	90	28	108	73
Total		112	112	112	112	112

Fuente: Escala Fumat

Los niveles bajos de calidad de vida están dados por el cuartil 25. Se puede observar la baja frecuencia de casos en este rango, en todas las sub-escalas.

A continuación, serán analizados los posibles factores asociados a estas escalas que se muestren como responsables de influir en un buen índice de calidad de vida.

### 5.3. RESULTADOS DE LAS DIMENSIONES DE LA ESCALA FUMAT SEGÚN VARIABLES ESTUDIADAS

#### DIMENSIÓN BIENESTAR EMOCIONAL

En el grupo estudiado en la presente investigación los resultados obtenidos en cuanto a BE fueron, en general, buenos, no asociándose a ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas (tablas 11.1, 11.2, 11.3 y 11.5).

**Tabla 11.1. Bienestar emocional según GRUPO DE EDAD**

CALIDAD DE VIDA	GRUPO DE EDAD				Total
	61-80	81-85	86-90	91-110	
BAJA	1	1	0	2	4
MEDIA	1	3	5	2	11
ALTA	21	10	15	10	56
MUY ALTA	9	10	14	8	41
Total	32	24	34	22	112

Diferencias no significativas

También se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson entre la edad en años (ya que es ésta una variable en escala cuantitativa) y los resultados de esta sub-escala de BE en puntuaciones estándar, lo cual resultó no significativo.

**Tabla 11.2. Bienestar emocional según SEXO**

CALIDAD DE VIDA	SEXO		Total
	F	M	
BAJA	1	3	4
MEDIA	6	5	11
ALTA	30	26	56
MUY ALTA	17	24	41
Total	54	58	112

Diferencias no significativas



**Tabla 11.3. Bienestar emocional según ESCOLARIDAD**

CALIDAD DE VIDA	ESCOLARIDAD			Total
	PRIMARIA	MEDIA	SUPERIOR	
BAJA	4	0	0	4
MEDIA	10	1	0	11
ALTA	51	4	1	56
MUY ALTA	39	2	0	41
Total	104	7	1	112

Diferencias no significativas

En la tabla 11.4 se puede observar que predominan los valores altos en esta escala de BE (cuartiles 75 y 99) en aquellos casos que no presentaban limitaciones (aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas).

**Tabla 11.4. Bienestar emocional según LIMITACIONES**

CALIDAD DE VIDA	LIMITACIONES				Total
	VISUAL O MIXTA*	SOLO AUDITIVA	SOLO FÍSICA	NO	
BAJA	4	0	0	0	4
MEDIA	8	1	1	1	11
ALTA	39	6	2	9	56
MUY ALTA	27	1	0	13	41
Total	78	8	3	23	112

\*Mixta, incluyendo siempre la visual

Diferencias no significativas

De igual forma aparece relativamente con mayor frecuencia los casos con baja anotación en aquellos residentes con menos años de estar en la institución (tabla 11.5), aunque tampoco fueron las diferencias significativas al aplicar la prueba estadística.

**Tabla 11.5. Bienestar emocional según PERÍODO DE TIEMPO EN LA INSTITUCIÓN**

CALIDAD DE VIDA	PERÍODO DE TIEMPO EN LA INSTITUCIÓN			Total
	1-5 años	6-10 años	Más de 10 años	
BAJA	4	0	0	4
MEDIA	5	4	2	11
ALTA	39	11	6	56
MUY ALTA	26	12	3	41
Total	74	27	11	112

Diferencias no significativas

## **DIMENSIÓN RELACIONES INTERPERSONALES**

En la presente investigación la dimensión de RI como dimensión de la calidad de vida se asoció de manera significativa con la edad, siendo “los más jóvenes” (entre 61 y 80 años) los que exhibieron con más frecuencia los valores por debajo del cuartil 50 (tabla 12.1).

**Tabla 12. 1. Relaciones interpersonales según GRUPO DE EDAD**

CALIDAD DE VIDA	GRUPO DE EDAD				Total
	61-80	81-85	86-90	91-110	
BAJA	5	4	1	0	10
MEDIA	14	3	8	11	36
ALTA	10	13	13	7	43
MUY ALTA	3	4	12	4	23
Total	32	24	34	22	112

Diferencias significativas

El grupo de edad de 86 a 90 años muestra una mayor frecuencia de casos con anotaciones cuartiles de 75 o más (calidad de vida alta y muy alta) en esta escala. Esta diferencia resultó estadísticamente significativa al aplicar la prueba de chi cuadrado.

Además, se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson entre la edad en años (ya que es ésta una variable en escala cuantitativa) y los resultados de esta sub-escala en puntuaciones estándar, lo cual resultó significativo estadísticamente al nivel de 0,05, al obtenerse un valor de  $r = 0,2$ .

También en cuanto al sexo la dimensión de RI mostró también una relación significativa (tabla 12.2).

**Tabla 12.2. Relaciones interpersonales según SEXO**

CALIDAD DE VIDA	SEXO		Total
	F	M	
BAJA	1	9	10
MEDIA	12	24	36
ALTA	25	18	43
MUY ALTA	16	7	23
Total	54	58	112

Diferencias significativas

Esta dimensión RI de la calidad de vida no mostró asociación significativa con las variables escolaridad, limitaciones y tiempo de permanencia en la institución (tablas 12.3, 12.4 y 12.5).

**Tabla 12.3. Relaciones interpersonales según ESCOLARIDAD**

CALIDAD DE VIDA	ESCOLARIDAD			Total
	PRIMARIA	MEDIA	SUPERIOR	
BAJA	8	1	1	10
MEDIA	34	2	0	36
ALTA	42	1	0	43
MUY ALTA	20	3	0	23
Total	104	7	1	112

Diferencias no significativas

**Tabla 12.4. Relaciones interpersonales según LIMITACIONES**

CALIDAD DE VIDA	LIMITACIONES				Total
	VISUAL O MIXTA*	SOLO AUDITIVA	SOLO FÍSICA	NO	
BAJA	7	0	1	2	10
MEDIA	27	4	1	4	36
ALTA	28	2	1	12	43
MUY ALTA	16	2	0	5	23
Total	78	8	3	23	112

\*Mixta, incluyendo siempre la visual

Diferencias no significativas

**Tabla 12.5. Relaciones interpersonales según PERÍODO DE TIEMPO EN LA INSTITUCIÓN**

CALIDAD DE VIDA	PERÍODO DE TIEMPO EN LA INSTITUCIÓN			Total
	1-5 años	6-10 años	Más de 10 años	
BAJA	7	3	0	10
MEDIA	24	8	4	36
ALTA	28	9	6	43
MUY ALTA	15	7	1	23
Total	74	27	11	112

Diferencias no significativas

## **DIMENSIÓN BIENESTAR MATERIAL**

**Tabla 13. 1. Bienestar Material según GRUPO DE EDAD**

CALIDAD DE VIDA	GRUPO DE EDAD				Total
	61-80	81-85	86-90	91-110	
BAJA	17	6	19	5	47
MEDIA	8	11	10	13	42
ALTA	6	7	5	4	22
MUY ALTA	1	0	0	0	1
Total	32	24	34	22	112

Diferencias no significativas

Esta dimensión es la que menos ha contribuido de manera general, a los altos niveles de calidad de vida encontrados de estos adultos mayores, pues 89 de los 112 casos estudiados (79,5%) obtuvieron anotaciones de cuartil 50 o menos (tabla 13.1). Solamente un caso alcanzó el valor de muy alta calidad de vida en cuanto a BM, correspondiendo este caso al grupo menos envejecido (61-80).

También se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson entre la edad en años y los resultados de esta sub-escala en puntuaciones estándar, lo cual resultó no significativo.

Al asociar esta dimensión con el sexo vemos que las frecuencias de valores en cada una de las categorías de esta dimensión, se distribuyen de manera similar en ambos sexos (Tabla 13.2).

**Tabla 13.2. Bienestar Material según SEXO**

CALIDAD DE VIDA	SEXO		Total
	F	M	
BAJA	20	27	47
MEDIA	23	19	42
ALTA	11	11	22
MUY ALTA	0	1	1
Total	54	58	112

Diferencias no significativas

Esta dimensión de la calidad de vida (BM) tampoco mostró asociación significativa con las variables escolaridad, limitaciones y tiempo de permanencia en la institución (tablas 13.3, 13.4 y 13.5).

**Tabla 13.3. Bienestar Material según ESCOLARIDAD**

CALIDAD DE VIDA	Total			
	PRIMARIA	MEDIA	SUPERIOR	
BAJA	43	4	0	47
MEDIA	39	3	0	42
ALTA	21	0	1	22
MUY ALTA	1	0	0	1
Total	104	7	1	112

Diferencias no significativas

**Tabla 13.4. Bienestar Material según LIMITACIONES**

CALIDAD DE VIDA	LIMITACIONES				Total
	VISUAL O MIXTA*	SOLO AUDITIVA	SOLO FÍSICA	NO	
BAJA	32	3	2	10	47
MEDIA	31	4	1	6	42
ALTA	14	1	0	7	22
MUY ALTA	1	0	0	0	1
Total	78	8	3	23	112

\*Mixta, incluyendo siempre la visual

Diferencias no significativas

**Tabla 13.5. Bienestar Material según PERÍODO DE TIEMPO EN LA INSTITUCIÓN**

CALIDAD DE VIDA	PERÍODO DE TIEMPO EN LA INSTITUCIÓN			Total
	1-5 años	6-10 años	Más de 10 años	
BAJA	28	16	3	47
MEDIA	28	9	5	42
ALTA	17	2	3	22
MUY ALTA	1	0	0	1
Total	74	27	11	112

Diferencias no significativas



## **DIMENSIÓN DESARROLLO PERSONAL**

La dimensión DP de la Calidad de Vida no mostró diferencias significativas según las variables estudiadas, como se muestra en las tablas 14.1 al 14.5.

**Tabla 14.1. Desarrollo Personal según GRUPO DE EDAD**

CALIDAD DE VIDA	GRUPO DE EDAD				Total
	61-80	81-85	86-90	91-110	
BAJA	0	1	0	0	1
MEDIA	0	0	1	1	2
ALTA	6	1	4	5	16
MUY ALTA	26	22	29	16	93
Total	32	24	34	22	112

Diferencias no significativas

También se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson entre la edad en años (ya que es ésta una variable en escala cuantitativa) y los resultados de esta sub-escala en puntuaciones estándar, lo cual resultó no significativo.

**Tabla 14.2. Desarrollo Personal según SEXO**

CALIDAD DE VIDA	SEXO		Total
	F	M	
BAJA	1	0	1
MEDIA	2	0	2
ALTA	9	7	16
MUY ALTA	42	51	93
Total	54	58	112

Diferencias no significativas

**Tabla 14.3. Desarrollo Personal según ESCOLARIDAD**

CALIDAD DE VIDA	ESCOLARIDAD			
	PRIMARIA	MEDIA	SUPERIOR	Total
BAJA	1	0	0	1
MEDIA	2	0	0	2
ALTA	16	0	0	16
MUY ALTA	85	7	1	93
Total	104	7	1	112

Diferencias no significativas

**Tabla 14.4. Desarrollo Personal según LIMITACIONES**

CALIDAD DE VIDA	LIMITACIONES				Total
	VISUAL O MIXTA*	SOLO AUDITIVA	SOLO FÍSICA	NO	
BAJA	1	0	0	0	1
MEDIA	2	0	0	0	2
ALTA	7	2	1	6	16
MUY ALTA	68	6	2	17	93
Total	78	8	3	23	112

\*Mixta, incluyendo siempre la visual

Diferencias no significativas

**Tabla 14.5. Desarrollo Personal según PERÍODO DE TIEMPO EN LA INSTITUCIÓN**

CALIDAD DE VIDA	PERÍODO DE TIEMPO EN LA INSTITUCIÓN			Total
	1-5 años	6-10 años	Más de 10 años	
BAJA	1	0	0	1
MEDIA	2	0	0	2
ALTA	10	6	0	16
MUY ALTA	61	21	11	93
Total	74	27	11	112

Diferencias no significativas

## **DIMENSIÓN BIENESTAR FÍSICO**

En el grupo estudiado en el presente trabajo predominan los valores altos de calidad de vida atendiendo a esta dimensión (39 clasificados como calidad de vida ALTA, y 42 como calidad de vida MUY ALTA). Esta dimensión no se mostró asociada a ninguna de las variables estudiadas (tablas 15.1 a 15.5), excepto a la edad, observándose que, a más edad, menor bienestar físico. Así se observa en la siguiente tabla que 9 de los 22 casos de más de 90 años tienen bajos niveles de calidad de vida en esta sub-escala, mientras esta frecuencia es relativamente menos en los grupos de edad menos envejecidos.

Así también la correlación de Pearson hallada entre la edad y las puntuaciones estándar de bienestar físico alcanzó un valor de -0,31, el cual fue significativo estadísticamente al nivel de 0,01.

**Tabla 15.1. Bienestar Físico según GRUPO DE EDAD**

CALIDAD DE VIDA	GRUPO DE EDAD				Total
	61-80	81-85	86-90	91-110	
BAJA	1	1	2	3	7
MEDIA	3	3	12	6	24
ALTA	16	8	8	7	39
MUY ALTA	12	12	12	6	42
Total	32	24	34	22	112

Diferencias significativas

**Tabla 15.2. Bienestar Físico según SEXO**

CALIDAD DE VIDA	SEXO		Total
	F	M	
BAJA	3	4	7
MEDIA	13	11	24
ALTA	16	23	39
MUY ALTA	22	20	42
Total	54	58	112

Diferencias no significativas

**Tabla 15.3. Bienestar Físico según ESCOLARIDAD**

CALIDAD DE VIDA	ESCOLARIDAD			
	PRIMARIA	MEDIA	SUPERIOR	Total
BAJA	6	1	0	7
MEDIA	23	1	0	24
ALTA	36	2	1	39
MUY ALTA	39	3	0	42
Total	104	7	1	112

Diferencias no significativas

La dimensión BF se mostró asociada de manera significativa con las limitaciones, existiendo, proporcionalmente, un amplio predominio de valores altos en los pacientes que no presentan dichas limitaciones (tabla 15.4).

**Tabla 15.4. Bienestar Físico según LIMITACIONES**

CALIDAD DE VIDA	LIMITACIONES				Total
	VISUAL O MIXTA*	SOLO AUDITIVA	SOLO FÍSICA	NO	
BAJA	7	0	0	0	7
MEDIA	18	4	2	0	24
ALTA	27	2	1	9	39
MUY ALTA	26	2	0	14	42
Total	78	8	3	23	112

\*Mixta, incluyendo siempre la visual

Diferencias significativas

**Tabla 15.5. Bienestar Físico según PERÍODO DE TIEMPO EN LA INSTITUCIÓN**

CALIDAD DE VIDA	PERÍODO DE TIEMPO EN LA INSTITUCIÓN			Total
	1-5 años	6-10 años	Más de 10 años	
BAJA	4	3	0	7
MEDIA	16	6	2	24
ALTA	29	7	3	39
MUY ALTA	25	11	6	42
Total	74	27	11	112

Diferencias no significativas

## **DIMENSIÓN AUTODETERMINACIÓN**

En el presente estudio la dimensión AU como dimensión de la calidad de vida aparece asociada a la edad, siendo los más viejos, los que obtienen con mayor frecuencia bajas calificaciones en esta sub-escala (tabla 16.1).

Así también se demuestra mediante en el coeficiente de correlación obtenido entre estas variables, cuyo valor de -0,26 resulto ser estadísticamente significativo a nivel de 0,01.

**Tabla 16.1. Autodeterminación según GRUPO DE EDAD**

CALIDAD DE VIDA	GRUPO DE EDAD				Total
	61-80	81-85	86-90	91-110	
MEDIA	1	0	0	0	1
ALTA	2	3	10	6	21
MUY ALTA	29	21	24	16	90
Total	32	24	34	22	112

Diferencias significativas

En cuanto al sexo se encontraron diferencias significativas que hablan a favor de que una alta proporción de hombres (53 de 58) se encuentra en los niveles más altos de calidad de vida atendiendo a esta dimensión de AU.

**Tabla 16.2. Autodeterminación según SEXO**

CALIDAD DE VIDA	SEXO		Total
	F	M	
MEDIA	1	0	1
ALTA	16	5	21
MUY ALTA	37	53	90
Total	54	58	112

Diferencias significativas

No se halló asociación, ni con la escolaridad, ni con el tiempo en la institución (tablas 16.3 y 16.5).

**Tabla 16.3. Autodeterminación según ESCOLARIDAD**

CALIDAD DE VIDA		ESCOLARIDAD			
		PRIMARIA	MEDIA	SUPERIOR	Total
	MEDIA	1	0	0	1
	ALTA	18	3	0	21
	MUY ALTA	85	4	1	90
Total		104	7	1	112

Diferencias no significativas

Las limitaciones sufridas por estas personas se encontraron asociadas a la AU (tabla 16.4).

**Tabla 16.4. Autodeterminación según LIMITACIONES**

CALIDAD DE VIDA		LIMITACIONES				Total
		VISUAL O MIXTA*	SOLO AUDITIVA	SOLO FÍSICA	NO	
	MEDIA	0	0	0	1	1
	ALTA	12	5	0	4	21
	MUY ALTA	66	3	3	18	90
Total		78	8	3	23	112

\*Mixta, incluyendo siempre la visual

Diferencias significativas

**Tabla 16.5. Autodeterminación según PERÍODO DE TIEMPO EN LA INSTITUCIÓN**

CALIDAD DE VIDA		PERÍODO DE TIEMPO EN LA INSTITUCIÓN			Total
		1-5 años	6-10 años	Más de 10 años	
	MEDIA	0	0	1	1
	ALTA	14	6	1	21
	MUY ALTA	60	21	9	90
Total		74	27	11	112

Diferencias no significativas

## **DIMENSIÓN INCLUSIÓN SOCIAL**

En el presente estudio la IS no mostró diferencias significativas atendiendo a las variables estudiadas (tablas 17.1 a 17.5).

**Tabla 17.1. Inclusión Social según GRUPO DE EDAD**

CALIDAD DE VIDA	GRUPO DE EDAD				Total
	61-80	81-85	86-90	91-110	
MEDIA	4	5	2	10	21
ALTA	20	13	21	9	63
MUY ALTA	8	6	11	3	28
Total	32	24	34	22	112

Diferencias no significativas

**Tabla 17.2. Inclusión Social según SEXO**

CALIDAD DE VIDA	SEXO		Total
	F	M	
MEDIA	10	11	21
ALTA	28	35	63
MUY ALTA	16	12	28
Total	54	58	112

Diferencias no significativas

**Tabla 17.3. Inclusión Social según ESCOLARIDAD**

CALIDAD DE VIDA	ESCOLARIDAD			Total
	PRIMARIA	MEDIA	SUPERIOR	
MEDIA	19	2	0	21
ALTA	61	1	1	63
MUY ALTA	24	4	0	28
Total	104	7	1	112

Diferencias no significativas

**Tabla 17.4. Inclusión Social según LIMITACIONES**

CALIDAD DE VIDA	LIMITACIONES				Total
	VISUAL O MIXTA*	SOLO AUDITIVA	SOLO FÍSICA	NO	
MEDIA	16	1	1	3	21
ALTA	43	6	2	12	63
MUY ALTA	19	1	0	8	28
Total	78	8	3	23	112

\*Mixta, incluyendo siempre la visual

Diferencias no significativas

**Tabla 17.5. Inclusión Social según PERÍODO DE TIEMPO EN LA INSTITUCIÓN**

CALIDAD DE VIDA	PERÍODO DE TIEMPO EN LA INSTITUCIÓN			Total
	1-5 años	6-10 años	Más de 10 años	
MEDIA	15	2	4	21
ALTA	38	19	6	63
MUY ALTA	21	6	1	28
Total	74	27	11	112

Diferencias no significativas



## **DIMENSIÓN DERECHOS**

En la presente investigación la calidad de vida vinculada a los derechos se mostró asociada al sexo, siendo las mujeres (la totalidad de ellas) las que mostraron con mayor frecuencia valores altos en la sub-escala (tabla 18.2).

El resto de las variables estudiadas no se asociaron significativamente a esta dimensión (tablas 18.1; 18.3 a la 18.5).

**Tabla 18.1. Derechos según GRUPO DE EDAD**

CALIDAD DE VIDA	GRUPO DE EDAD				Total
	61-80	81-85	86-90	91-110	
ALTA	3	1	0	0	4
MUY ALTA	29	23	34	22	108
Total	32	24	34	22	112

Diferencias no significativas

**Tabla 18.2. Derechos según SEXO**

CALIDAD DE VIDA	SEXO		Total
	F	M	
ALTA	0	4	4
MUY ALTA	54	54	108
Total	54	58	112

Diferencias significativas

**Tabla 18.3. Derechos según ESCOLARIDAD**

CALIDAD DE VIDA	ESCOLARIDAD			Total
	PRIMARIA	MEDIA	SUPERIOR	
ALTA	3	1	0	4
MUY ALTA	101	6	1	108
Total	104	7	1	112

Diferencias no significativas

**Tabla 18.4. Derechos según LIMITACIONES**

CALIDAD DE VIDA	LIMITACIONES				Total
	SOLO VISUAL O MIXTA*	SOLO AUDITIVA	SOLO FÍSICA	NO	
ALTA	4	0	0	0	4
MUY ALTA	74	8	3	23	108
Total	78	8	3	23	112

\*Mixta, incluyendo siempre la visual

Diferencias no significativas

**Tabla 18.5. Derechos según PERÍODO DE TIEMPO EN LA INSTITUCIÓN**

CALIDAD DE VIDA	PERÍODO DE TIEMPO EN LA INSTITUCIÓN			Total
	1-5 años	6-10 años	Más de 10 años	
ALTA	3	1	0	4
MUY ALTA	71	26	11	108
Total	74	27	11	112

Diferencias no significativas

RESUMEN DE LAS RELACIONES ENCONTRADAS ENTRE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESCALA FUMAT Y LAS VARIABLES ESTUDIADAS

<b>DIMENSIÓN</b>	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DE
EDAD	NS	<b>SIGN</b>	NS	NS	<b>SIGN</b>	<b>SIGN</b>	NS	NS
SEXO	NS	<b>SIGN</b>	NS	NS	NS	<b>SIGN</b>	NS	<b>SIGN</b>
ESCOLARIDAD	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
LIMITACIONES	NS	NS	NS	NS	<b>SIGN</b>	<b>SIGN</b>	NS	NS
TIEMPO EN INST	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

NS Diferencias no significativas

SIGN Diferencias significativas

## 5.4. RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES

El grupo focal fue realizado durante una semana, siempre al finalizar la sesión de ejercicios habituales practicados por el especialista en fisioterapia con los residentes.

Se iniciaba con una breve explicación sobre el objetivo de esta reunión (grupo focal), exponiendo su intención de interactuar entre todos los miembros del grupo a fin de comentar sus opiniones y conocimientos acerca de su calidad de vida al interior de la institución. Se procuró la interacción dentro del grupo de tal manera que permitiera la expresión del conocimiento de los participantes, exhortándoles a hablar y comentar sus pensamientos de forma libre y espontánea. Inicialmente se le explicó a cada uno de los participantes que es necesario que compartan sus pensamientos y opiniones, sin despreciar ninguna opinión, aunque no esté de acuerdo con la suya propia, pues se considera que todas las opiniones son importantes.

El fisioterapeuta, conductor del grupo, explica las características de lo que se va a realizar. Se destaca que los resultados obtenidos van dirigidos a conocer la Calidad de Vida de los residentes y a mejorar el servicio de fisioterapia que se brinda en la institución.

A continuación, se detallan algunas respuestas y comentarios a las preguntas utilizadas como estímulo para la discusión grupal.

### a. ¿Qué entiendes por Calidad de Vida?

Los contenidos fundamentales expresados a partir de esta pregunta fueron los siguientes:

- *La calidad de vida se refiere a vivir bien, que se respeten los derechos de uno, que uno no esté demasiado limitado por los achaques, que me pueda valer por mí mismo, no ser una carga para los demás. Aquí en la residencia tenemos esto de los derechos bien asegurado.*
- *La calidad de vida tiene que ver mucho con la salud y poderse valer uno mismo, sin que las enfermedades impliquen limitaciones.*

- *Es poder hacer las cosas por uno mismo, sin depender de los demás para todo.*
- *La calidad de vida es poderse relacionar bien con los demás y que los demás te respeten.*
- *La calidad de vida es poder desarrollarse uno mismo, tener oportunidades en la vida, aunque estemos viejos, pero que siempre sintamos una oportunidad de desarrollarnos.*
- *Es poder determinar uno mismo sus cosas, y no que otras personas decidan por uno, como si uno no tuviera opinión propia.*
- *Es tener derecho a opinar y a participar en las decisiones que a uno le atañen.*
- *Es muy importante valerse por uno mismo, sentirse bien, poder hacer las cosas del día a día.*
- *Lo más importante es poder moverse y hacer las cosas que uno necesita.*
- *Para mí lo fundamental es poder valerme por mí misma.*

b. *¿Crees que actualmente tu vida es una vida con calidad?*

- *Sinceramente, creo que aquí en la residencia me ayuda mucho los ejercicios y la atención del fisio.*
- *Mi vida tiene calidad actualmente y pido a Dios mantenerme con vitalidad para poder hacer mis cosas.*
- *Es muy importante mantenerme actualmente con movilidad física.*
- *He ganado mucha calidad con esto de los ejercicios de revitalización. El chico que nos enseña es muy majo y conoce su especialidad.*
- *Me encanta poder decir que soy capaz de hacer mis cosas.*

- *Pues actualmente vivo con más calidad que antes de entrar aquí.*
  - *Lo más importante es poder valerse y aquí me ayudan a lograrlo.*
- c. ¿Has tenido buenas experiencias con el servicio de fisioterapia?
- *Pues mis experiencias con la fisioterapia han sido estupendas.*
  - *Nunca en mi vida me he sentido mejor, más dispuesta y muy bien atendida.*
  - *Los ejercicios me han devuelto la vida.*
  - *El servicio de fisioterapia es estupendo, me ha hecho sentir más joven y con más vitalidad.*
  - *Mis experiencias son muy buenas.*
  - *Esto de hacer ejercicios es lo principal para sentirse bien.*
  - *Me encanta el trato humano del especialista y además los ejercicios repercuten en mi calidad de vida.*
  - *Es lo mejor que me pueden hacer aquí, más importante que la alimentación.*
  - *Me siento más vital desde que hago esos ejercicios.*
- d. ¿Qué crees que se puede hacer para mejorar tu condición física, tus relaciones sociales y tu bienestar actualmente?
- *Pues hacer más ejercicios, buscar ejercicios nuevos, hacer actividades sociales, más de las que hacemos actualmente.*
  - *Los ejercicios son muy saludables y ayudan a nuestra felicidad.*
  - *Invitar a nuestros familiares para que compartan actividades recreativas con nosotros.*

- *Enseñarnos las nuevas tecnologías como el uso de móviles, tablets y ordenadores.*
- *Organizar más excursiones con nuestros familiares.*
- *Explicar a todas las demás personas de la residencia que se lleven bien y que conversemos unos con otros.*
- *Hacer más ejercicios. Los ejercicios nos mejoran física y espiritualmente y nos relacionamos con los demás que viven en esta residencia.*
- *El clima que se crea durante la realización de dichos ejercicios, es "mágico". Refieren que antes de empezar el programa de ejercicios, la interacción con sus iguales en la residencia, se reducía a paseos esporádicos, relaciones de amistad que pudiesen surgir al ser compañeros de mesa para desayunar/comer/cenar, participar en alguna excursión programada, o coincidir en algún taller de Terapia Ocupacional.*
- *Los ejercicios nos permiten tener menos barreras a la hora de desenvolvernos con otras personas, tanto con los propios trabajadores del centro residencial, como interactuando con los demás residentes.*
- *Los ejercicios físicos nos permiten conseguir mayor seguridad, y mejorar las capacidades, tanto motrices como motoras, y también humanas, quitando miedos e inseguridades.*
- *La actividad física diaria nos permite mayor calidad de vida. Hemos podido retomar determinados movimientos que antes considerábamos imposibles. Muchos dolores articulares se han reducido o incluso desaparecido al hacer trabajar determinadas partes del cuerpo que desde hace muchísimo tiempo no se movían.*
- *Los ejercicios que hacemos ayudan a la concentración para la ejecución de las actividades de la vida diaria, dado que antes no se percibían determinados detalles al realizar algunos. Ahora tenemos mayor fluidez.*

## 6. DISCUSIÓN

Los estudios psicosociales realizados con adultos mayores institucionalizados reportan el predominio de edades avanzadas. Jiménez y Gómez<sup>70</sup> reportaron una edad media de 80 años, mientras Imaginario y colaboradores<sup>71</sup> encontraron una media de 81,8 años. Esto ocurre así, en primer lugar, porque se trata, precisamente, de instituciones geriátricas. Además, los mayores que ingresan en tales centros lo hacen a partir de que sus condiciones de vida no les permiten continuar llevando su día a día en solitario, lo cual ocurre después de varios años intentando poder sobrellevar su situación.

La escolaridad, predominantemente de nivel primario, coincide con lo reportado por Imaginario<sup>71</sup> y por Dos Reis y colaboradores<sup>72</sup>. Según algunos autores, este predominio de bajos niveles de escolaridad es propio en la población de mayores, institucionalizados o no, lo cual obedece al período sociopolítico que les tocó vivir en su juventud, durante el cual era relativamente escasa la accesibilidad a los estudios superiores.

Por otra parte, debido a las edades en que suele ocurrir el ingreso en la institución, la expectativa de vida de estas personas una vez institucionalizadas no suele ser muy elevada. Es por esta razón que los que llevan más de 10 años en el centro son, relativamente, pocos (9,8 %). Pudiera plantearse que al ingresar ya muy viejos, el tiempo que les queda por vivir no es mucho.

Al analizar las discapacidades, se observa que la alta frecuencia de discapacidad visual encontrada en este estudio coincide con lo señalado por otros autores en población de adultos mayores, siendo ésta una expresión de su estado de fragilidad<sup>4</sup>. Este hecho cobra una especial relevancia ya que la discapacidad visual ha sido identificada como un factor de alto riesgo de caídas en esta población<sup>73</sup>.

Con relación a las enfermedades, no hay duda de que la incidencia de éstas suele aumentar con la edad. Así, la osteoartrosis se presenta con alta frecuencia, especialmente en las mujeres a partir de los 50 años. Se ha demostrado que existe una alta prevalencia de osteoartrosis de rodilla a partir de los 60 años, principalmente en el sexo femenino<sup>74</sup>. Sin embargo, otros estudios difieren al



reportar un 50,8 % de casos con este padecimiento en adultos mayores institucionalizados<sup>75</sup>.

Con relación a la segunda enfermedad más frecuentemente encontrada en el presente estudio, la hipertensión arterial, estos resultados coinciden con lo reportado por Sierra<sup>76</sup>, quien plantea que la elevación de la presión arterial es muy frecuente en la población anciana, considerando que casi un 70 % de dicha población es hipertensa. Esto se explica por el endurecimiento de las arterias que tiene lugar con el avance de los años. También otros autores la reconocen como la enfermedad crónica no transmisible más frecuente en el adulto mayor<sup>77</sup>.

La alta frecuencia también con relación a la diabetes, coincide con lo planteado por otros investigadores quienes apuntan que la diabetes Mellitus tipo II se incrementa marcadamente con la edad<sup>78</sup>. Algunos autores señalan que la diabetes mellitus es la quinta enfermedad más frecuente entre los adultos mayores, destacando su acción como promotora de discapacidades, lo que incide directamente en una pérdida de su calidad de vida<sup>79</sup>.

La presencia de insuficiencia cardíaca constituye un problema de salud que va en aumento en la población geriátrica. Esta enfermedad suele ser altamente invalidante cuando se acompaña de fragilidad psicológica y social. Según Chivite y colaboradores la insuficiencia cardíaca de vincula a otros síndromes geriátricos frecuentemente encontrados en esta población<sup>80</sup>.

La insuficiencia renal aparece en un bajo porcentaje de casos, lo cual difiere con lo encontrado en la literatura donde se plantea que cerca de la mitad de los pacientes mayores de 75 años padecen enfermedad renal crónica<sup>81</sup>.

En cuanto a los resultados de la escala FUMAT, se puede afirmar que el grupo estudiado posee altos niveles de Calidad de Vida, en casi todas las sub-escalas, especialmente en las de DE, AU, IS y DP. Lo contrario ocurre en las de BM, BF y RI. Sin embargo, la dimensión de BF, que no está entre las que más aportan en este estudio a estos altos niveles de calidad de vida evidenciados, fue reconocida por los residentes estudiados como la más importante para determinar su bienestar general. Es decir, para ellos el BF condiciona todos los demás aspectos y consideran que este bienestar es fundamental para su

felicidad. En un estudio realizado en Perú<sup>82</sup>, se encontró que los residentes geriátricos mostraban también altos niveles de calidad de vida evaluada mediante la escala FUMAT, en relación con esta dimensión de BF, así como en RI y AU.

Otros autores al aplicar esta escala en adultos mayores institucionalizados han reportado niveles medios de calidad de vida<sup>83,84</sup>. Otros han identificado mediante esta escala resultados favorables en cuanto a calidad de vida en general, en residentes geriátricos<sup>85, 86, 87</sup>.

En cuanto al BE se ha planteado que está relacionado con el estado general de salud, en particular, con aquellos procesos que cursan con dolor como la osteoartritis<sup>88</sup>. Sin embargo, en este grupo de estudio predominaron los casos con valores altos en esta dimensión, a pesar de existir un 82 % de casos con este padecimiento.

El BE es uno de los indicadores con mayor frecuencia referidos en la literatura como componente de la calidad de vida en la vejez<sup>16</sup>. Varios autores destacan que es importante considerar no solamente las necesidades básicas, sino que, además, debe atenderse a lograr en los adultos mayores, un nivel más alto de autonomía y una mejora de sus estados emocionales y relacionales<sup>89, 90, 91, 92</sup>.

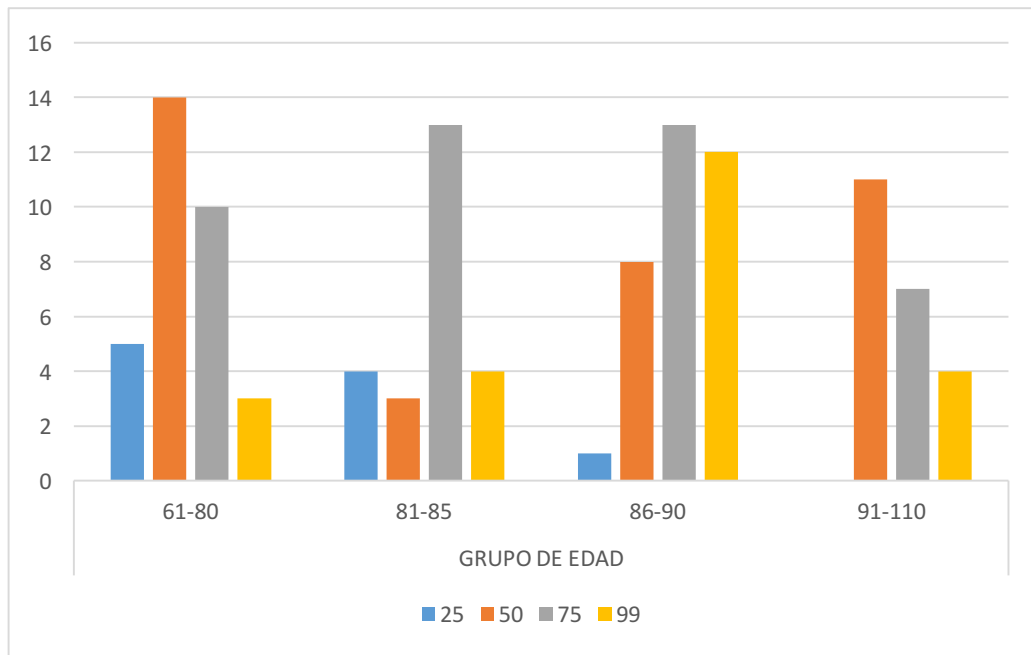
Por otra parte, las escalas de DE, AU y DP son las que exhiben mayor frecuencia de valores altos en el presente estudio. Sin embargo, otros autores reportan afectaciones del bienestar en los mayores principalmente en las áreas de DP y AU<sup>93</sup>. No se reporta en la literatura revisada, el papel de la percepción de los derechos en relación con la calidad de vida en este grupo poblacional.

Las RI, que en la presente investigación muestran niveles relativamente más bajos, sí son un punto de acuerdo en cuanto a su deterioro en la calidad de vida de los adultos mayores<sup>94, 95</sup>. Algunos autores han asociado la percepción de unas pobres RI con la mala calidad de vida, refiriendo que esta percepción es mayor en los adultos institucionalizados<sup>96</sup>.

Analizando las posibles asociaciones con las variables estudiadas se encontró que los valores altos en la escala de BE (cuartiles 75 y 99) predominan en aquellos casos que no presentaban limitaciones (aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas). Sin embargo, puede esperarse que las limitaciones propias de las edades avanzadas guarden relación con el BE de las personas que las padecen, aunque en la literatura consultada no se encontraron reportes específicos de esta relación.

En cuanto al tiempo de permanencia en la institución, los 4 casos con anotación en el cuartil 25, llevaban menos de 5 años, mientras de los 11 casos con percentil 50, 9 de ellos llevaban 10 años o menos. Esto pudiera interpretarse como que a medida que pasan los años las personas se adaptan mejor a su condición de vivir en una institución. Tampoco aparecieron reportes en la literatura acerca de la posible relación entre calidad de vida y tiempo de permanencia en la institución geriátrica.

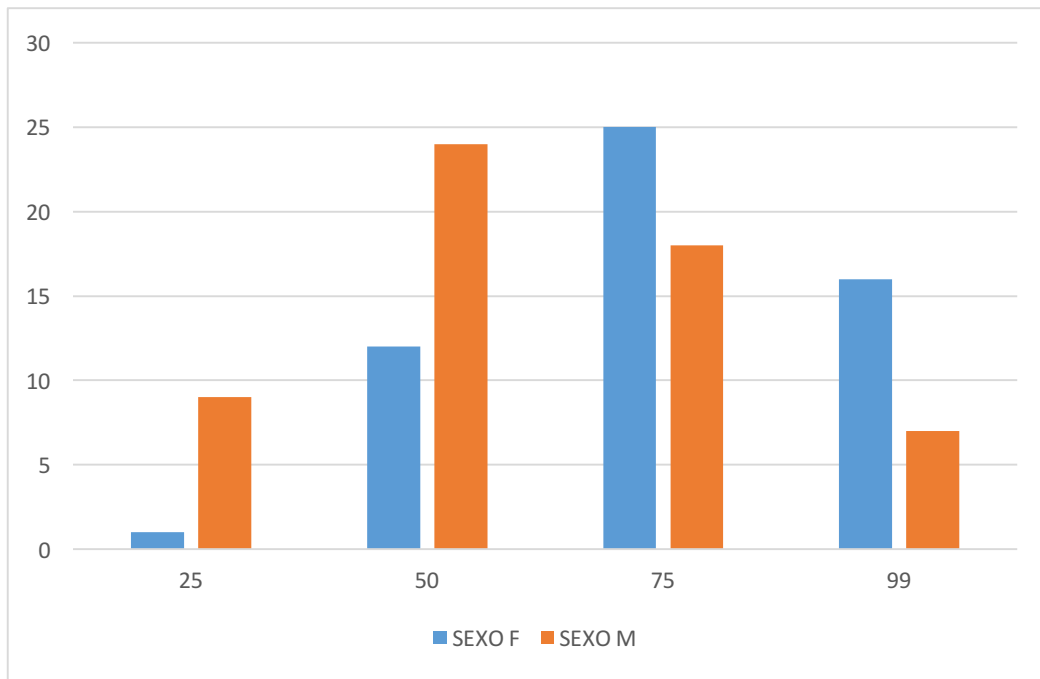
En la presente investigación la dimensión de RI como determinante de la calidad de vida fue altamente valorada, lo cual se evidencia reiteradamente en los grupos focales realizados. Esta dimensión se asoció de manera significativa con la edad. Se observa que la mayor frecuencia de calidad de vida “muy alta” en esta dimensión se obtiene en el grupo de 86 a 90 años, en el cual 25 de los 34 casos clasificaron en los cuartiles 75 y 99 (gráfico 1). Esto pudiera ser interpretado como una aún pobre adaptación de los que llevan menos tiempo institucionalizados, al hecho de haber perdido sus contactos sociales luego de la jubilación o disminución de su vida social activa.



**Gráfico 1. Relaciones interpersonales según GRUPO DE EDAD**

Es conocido que las relaciones sociales, especialmente aquellas relaciones con significación personal para el individuo, constituyen un pilar importante en la determinación de la calidad de vida. Uno de los factores que con más frecuencia aparece en la literatura como determinante de la calidad de vida y el bienestar en las edades avanzadas es el apoyo social, especialmente debido a su papel como amortiguador de los efectos negativos del estrés<sup>97</sup>. También se plantea que, entre las redes de apoyo social, lo fundamental es la familia, debiendo constituir para el individuo mayor una fuente de satisfacción y bienestar<sup>98</sup>.

En esta investigación, cuyos resultados se presentan, en el sexo femenino existió un predominio de altos valores en la escala de RI en comparación con los casos con este puntaje en el sexo masculino (gráfico 2).



**Gráfico 2. Relaciones interpersonales según SEXO**

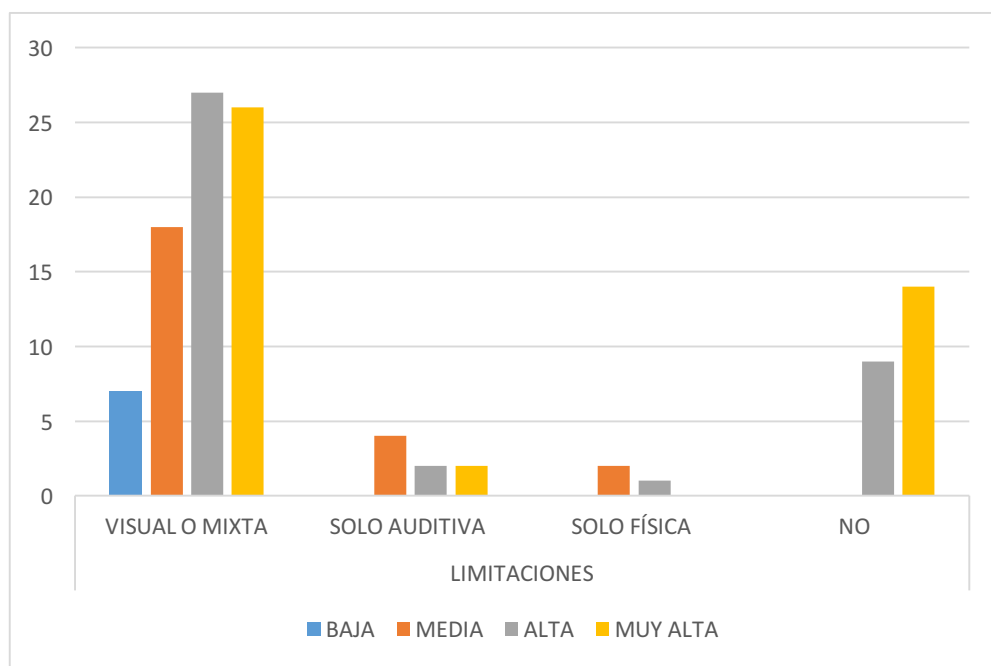
Las mujeres presentaron con mayor frecuencia valores altos en esta dimensión de RI, lo cual se explica por la mayor propensión que existe en las féminas de nuestra cultura, de manera general, a relacionarse con otras personas, en cualquier medio social, en este caso en la convivencia dentro de la institución geriátrica<sup>99</sup>.

Otra dimensión cuya asociación con variables sociodemográficas fue estudiada en los adultos mayores fue la de BM. En no pocas ocasiones las condiciones materiales de vida en la ancianidad son precarias, hecho vinculado a la carencia de recursos o al abandono familiar o a ambas cosas. En nuestro estudio esta dimensión no aporta mucho peso a los altos valores de calidad de vida, en general, encontrados. Es posible que, a pesar de las condiciones materiales de vida óptimas de la institución, los residentes no perciban que éstas sean precisamente su fuente de calidad de vida, y vinculen su satisfacción a otras dimensiones, como se ha señalado (DE, AU y DP).

Todo lo relacionado con el DP fue debatido en los grupos focales, donde los participantes expresaron sus necesidades de desarrollo, las cuales consideraron satisfechas en su entorno vital actual. No se encontraron asociaciones significativas de esta dimensión de la escala FUMAT con las variables

estudiadas. Sin embargo, las diferencias al cruzar la dimensión DP con las limitaciones, muestra que los casos con más bajos puntajes en la dimensión (cuartiles 25 y 50) presentaron limitaciones visuales, solas o combinadas con otras. Este resultado apunta al hecho de la gran importancia que tiene la capacidad visual con la calidad de vida de estas personas.

Otra dimensión estudiada fue el BF, el cual cobra una especial relevancia como determinante de la calidad de vida en los adultos mayores, ya que esta es una etapa en la cual las limitaciones físicas se hacen sentir<sup>100</sup>. En el presente estudio la edad correlacionó de manera negativa y muy significativa con el BF, es decir que, a mayor edad menor calidad de vida vinculada al BF. En los grupos focales el tema del BF, la independencia de movimientos y la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, fueron temas reiterativos como determinantes de la calidad de vida. Para estos adultos mayores la calidad de vida está directamente relacionada con la salud y el BF. Es posible afirmar que esta dimensión fue la más destacada en los grupos focales, como principal componente de la calidad de vida. En el presente estudio se obtuvo una asociación significativa del bienestar físico con la edad y con la variable limitaciones, cuya relación es entendible ya que las limitaciones físicas influyen de manera objetiva en el bienestar. Actividades que antes la persona podría realizar, con la presencia de limitaciones visuales o motoras ya no puede lograrlo (gráfico 3).



**Gráfico 3. Bienestar Físico según Limitaciones**

Resultados diferentes fueron encontrados en un estudio llevado a cabo por Aranda Ayala aplicando la escala FUMAT, en el cual no se encontró asociación significativa entre la calidad de vida y las limitaciones o discapacidades de los mayores estudiados<sup>101</sup>.

En general, los resultados en cuanto a BF son buenos (39 clasificados con alta y 42 como muy alta calidad de vida en la dimensión), lo cual puede vincularse al hecho de que las personas estudiadas reciben una muy buena y sistemática atención fisioterápica, que tiene como objetivo fundamental mantener la capacidad vital en ellas. La actividad física en la vejez preserva la fuerza muscular y la función cognitiva, reduce los niveles de ansiedad y depresión y mejora notablemente los sentimientos de autoestima.

El BF fue tema dominante en los grupos focales, a instancia del propio moderador, ya que se pretendió vincular dicho bienestar con la aplicación de las técnicas de fisioterapia habitualmente realizadas en la residencia, en particular con los ejercicios de revitalización. En efecto, los participantes consideran que los ejercicios físicos son fundamentales para su bienestar y para su salud general, que los hacen más activos y felices, que les permiten compartir experiencias y estrechar vínculos sociales dentro del grupo de residentes. También les reporta una mayor seguridad de movimientos y mejorar los dolores asociados a la osteoartritis.

Es conocido que el ejercicio aumenta la producción de serotonina en el cerebro, con lo cual se agudizan las capacidades intelectuales, mejora el estado de ánimo, y aumenta la fuerza de voluntad ante la dificultad de realización de determinados ejercicios<sup>100</sup>. De esta manera se crea una disciplina, disminuye el estrés, la ansiedad, la agresividad e incluso hasta la depresión<sup>102</sup>.

Acerca de la salud mental y el ejercicio físico ellos mismos mencionan encontrarse más "equilibrados", y trasladan la percepción de un estado de bienestar más generalizado. El simple hecho de levantarse del sofá donde pasan algunas veces incluso horas en su habitación, y practicar 30 minutos de ejercicios diariamente, supone un cambio importante en el estilo de vida. La mejora del equilibrio o salud mental a raíz de iniciar un proceso de ejercicios

diarios, no es solamente una sensación subjetiva sino un proceso fisiológico objetivo.

Respecto a la influencia del ejercicio físico sobre la capacidad intelectual, los adultos mayores manifiestan encontrarse más ágiles mentalmente, y lo asocian a las repeticiones y ejecuciones de ejercicios que desarrollan.

Por otra parte, la dimensión AU, que, de manera general, mostró valores altos en el grupo estudiado, no se relacionó significativamente con las variables escolaridad y tiempo en la institución. Esta dimensión se asocia significativamente a la edad, siendo los más viejos, los que obtienen con mayor frecuencia bajas calificaciones en esta sub-escala, lo cual se podría explicar por una menor capacidad de autodeterminación mientras más viejo son estos adultos mayores. Es propio de nuestra cultura que los viejos muy viejos ya no participen en las decisiones familiares o sociales, estando su autodeterminación muy limitada.

La relación significativa de esta dimensión con el sexo podría explicarse por la mayor resolutividad que generalmente se atribuye a los hombres en nuestra cultura (tabla 16.2).

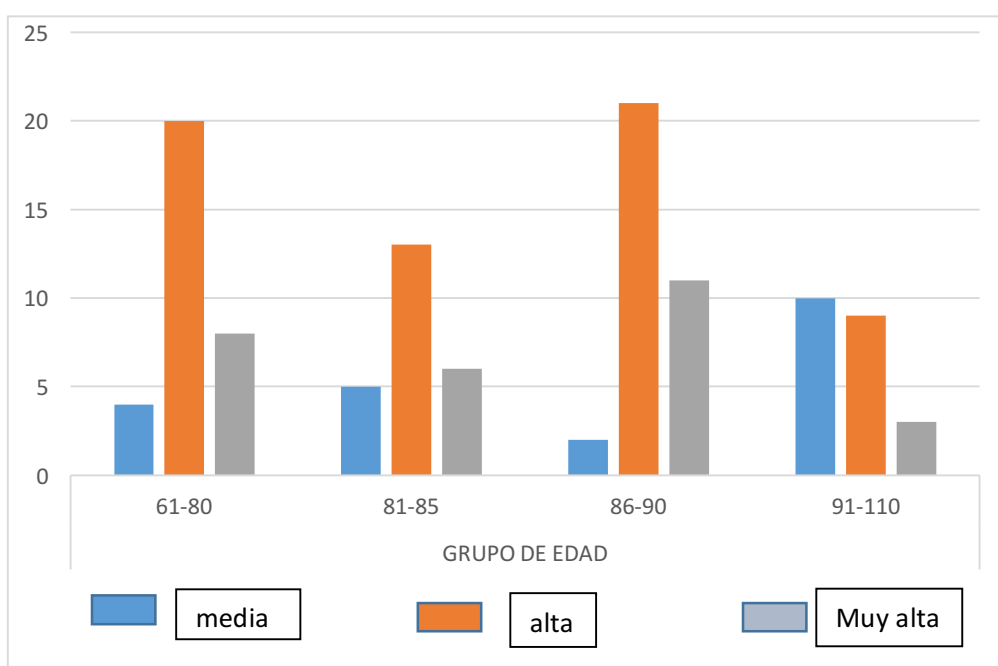
La AU fue positivamente considerada por los participantes en los grupos focales como un factor que influye en su bienestar y su calidad de vida. Se constató su deseo de determinar las cosas por sí mismos y no que lo hicieran los demás por ellos. La AU implica una libertad de decisión que está estrechamente relacionada con la autonomía de las personas y sus derechos. Lo anterior es parte de lo que determina un estado de bienestar y calidad de vida<sup>66</sup>. La AU se considera dentro de los derechos como ciudadanos y se orienta a favorecer la calidad de vida en la etapa de la vejez. También es entendida como principio de autonomía, vinculándola a la libertad de decidir sobre sus rutinas<sup>103</sup>.

Además, se relacionó de manera significativa esta dimensión (AU) con las limitaciones, lo cual se explica ya que, lógicamente, dichas limitaciones inciden de forma negativa en su capacidad para decidir libremente las actividades de la vida diaria a realizar.



También la dimensión IS es considerada una dimensión importante de la calidad de vida en la vejez<sup>104, 105</sup>.

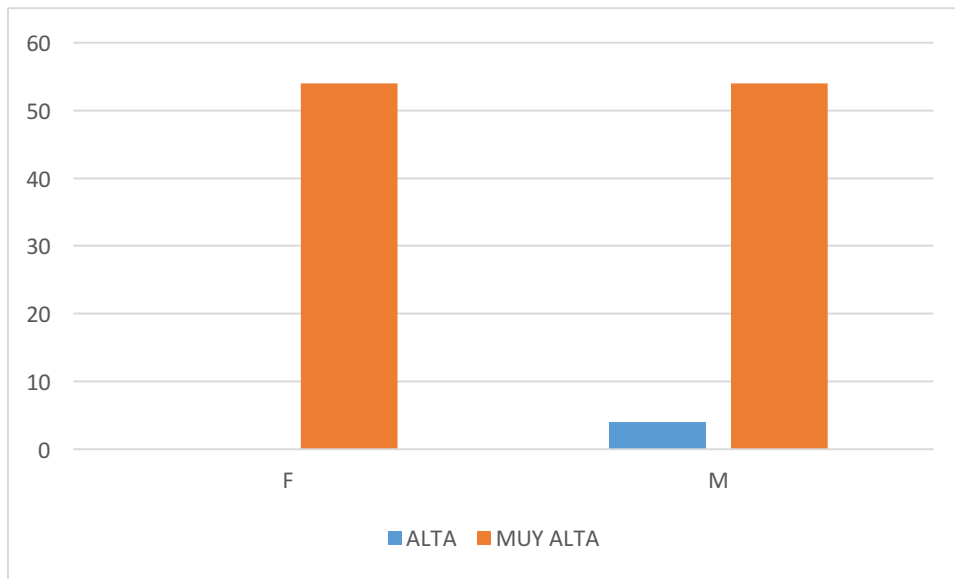
Según los resultados del presente estudio la IS no se asoció de manera significativa a las variables estudiadas. Sin embargo, en el caso de la edad, existió un predominio los valores más bajos en la dimensión, entre los residentes más viejos (gráfico 4).



**Gráfico 4. Inclusión social según grupo de edad**

Este resultado puede estar relacionado con la imagen social dominada por prejuicios negativos para la vejez. Cuanto más viejo el individuo más “deficiente” es considerado socialmente. Se trata de falsas concepciones y estereotipos sobre la vejez y el envejecimiento, como sinónimos de deficiencias múltiples, sin capacidad de independencia o de cierta autonomía<sup>106</sup>.

Por otra parte, la dimensión denominada derechos (DE), abarca la posibilidad de la persona de conocer sus condiciones en la institución geriátrica, el derecho a conservar su vida social y cultural, así como libertad para expresar sus ideas, el derecho de ser atendido y a que se valoren adecuadamente sus necesidades<sup>107</sup>. En nuestro estudio la totalidad de las mujeres arrojaron mayores valores en esta dimensión (gráfico 5).



**Gráfico 5. Derechos según sexo**

En todos los casos estudiados, esta dimensión mostró valores elevados, pero en el grupo de las mujeres existió un predominio significativo de los valores más altos. Esto puede deberse a que las mujeres suelen mostrarse satisfechas con las necesidades antes señaladas (conservar su vida social, expresar sus ideas, lograr que se valore sus necesidades) con más facilidad que los hombres. En nuestra cultura los hombres son menos propensos a conservar su vida social en la vejez, así como a expresar sus ideas y necesidades.

En el desarrollo de los grupos focales también emergió con frecuencia el tema de los derechos. Los participantes expresan claramente que desean ser respetados, que se respeten sus derechos. En este sentido consideran que en la residencia se cumple con este respeto a los derechos, por lo cual su calidad de vida en este sentido está garantizada. Se trata del derecho a opinar a expresarse con toda libertad y a que se tengan en cuenta sus opiniones, a la hora de tomar decisiones, todo lo cual se sustenta en la protección de los derechos humanos de las personas mayores.

## 7. CONCLUSIONES

1. Los adultos mayores de la residencia “Los Tres Árboles” de Zamora presentan, en general, altos niveles de calidad de vida.
2. La dimensión que ellos consideran más relevante para una buena calidad de vida, según su propia percepción y valoración, es la de BF, vinculada directamente, según ellos con la independencia funcional, la autodeterminación y la inclusión social.
3. Las dimensiones de la escala FUMAT que arrojaron valores más altos en este grupo fueron DE, AU, IS y DP. A pesar de que, según ellos manifiestan, el BF es lo primordial para ellos, al igual que las RI, los residentes no obtuvieron los valores más altos en esta dimensión de BF comparadas con otras. Es diferente considerar el BF como lo más relevante en la determinación de su calidad de vida y el hecho de que en ellos esté elevado o no este bienestar, según su percepción. En nuestro caso, la dimensión BF es de las que menos contribuye a los altos niveles de calidad de vida general encontrados. Por tanto, siendo valorada como importante por ellos, es necesario trabajar por elevar dicho bienestar.
4. Las RI como dimensión de la calidad de vida estuvieron relacionadas con la edad y el sexo, de forma tal que las personas más longevas, así como las del sexo femenino, exhiben mayor calidad de vida atendiendo a este aspecto.
5. El BF se mostró influenciado por la edad y las limitaciones.
6. La dimensión de AU también estuvo relacionada con la edad y el sexo, así como con las limitaciones presentadas por estos adultos mayores.
7. Las mujeres son más propensas a determinar su calidad de vida alta debido a la influencia de la dimensión DE.
8. El BF, la vitalidad y la independencia son, a juicio de los participantes, los principales beneficios que ellos derivan de la práctica de ejercicios físicos, en particular de los ejercicios de revitalización, así como de la fisioterapia en general que reciben.

## **8.CONSIDERACIONES FINALES**

El presente trabajo ha sido motivado por el deseo de profundizar en la situación vital de los adultos mayores institucionalizados y de mejorar la atención brindada en las Residencias de Mayores.

Hemos realizado una aproximación rigurosa y necesaria al estudio de la calidad de vida en los adultos mayores de la residencia Tres Árboles de Zamora. Considerando la no existencia de estudios anteriores acerca del tema en este ámbito, se ha pretendido evaluar los niveles generales de la calidad de vida de estas personas, y de cada una de las dimensiones consideradas dentro del modelo teórico de Schalock y Verdugo, así como de algunos factores que pueden influir en estos niveles. A pesar de existir numerosos marcos conceptuales, este modelo heurístico fue escogido al considerarlo como especialmente satisfactorio pues toma en cuenta las principales dimensiones reflejadas como importantes para los propios adultos mayores.

Los resultados han de servir para orientar el trabajo socio sanitario inherente a la institución con vistas a, no solamente cumplir el objetivo de sumar años a la vida sino, de manera especial, agregar vida a los años. También pueden servir para ser tomados en cuenta por el resto de las instituciones geriátricas, sirviendo de guía para desarrollar estudios propios o para incorporar los hallazgos del presente estudio, de manera general.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Banco Mundial. Datos (2017). Población de 65 años y más. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/sp.pop.65up.to>
2. Romero Cabrera A J. Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2008; 24: 288-294.
3. Herazo-Beltrán Y, Quintero Cruz M V, Pinillos Patiño Y, García Puello F, Núñez Bravo N, Suárez Palacio D. Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 2017; 12 (5): 174-181.
4. Martínez Reig M, Ruano T F, Sánchez M F, García A N, Rizos L R, Soler P A. Fragilidad como predictor de mortalidad, discapacidad incidente y hospitalización a largo plazo en ancianos españoles. Estudio FRADEA. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 2016; 51 (5): 254-259.
5. Del Mar Molero M, Pérez-Fuentes M, Gázquez J, Mercader I. Construcción y validación inicial de un cuestionario para evaluar la Calidad de Vida en mayores institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 2015; 2 (2): 53-65.
6. MORAL-GARCÍA, José E., et al. Influencia de la actividad física en la autoestima y riesgo de dependencia en personas mayores activas y sedentarias. *Anales de Psicología*, 2018; 34 (1): 162-166.
7. Victoria Maldonado J A. El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 2013; 46 (138): 1093-1109.

8. Etxeberria Mauleon X. Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad. Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores. Santiago: CEPAL, 2014. LC/L. 3942. p. 61-70, 2014.
9. De la Fuente Sanz M, Martínez León M, Romero García M, Fernández de Santiago F, Navas Cámara F. Perfil del anciano institucionalizado en residencias privadas de la ciudad de Soria. Fisioterapia, 2012; 34 (6), 239-244.
10. Urzúa A, Caqueo Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica, 2012; 30 (1): 61-71.
11. Grau Abalo J A, Hernández Meléndez E. Psicología de la Salud: Aspectos Históricos e Conceptuales. En: E. Hernández Meléndez, Grau Abalo J (Comps) Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones. Guadalajara, México: Editorial del Centro Universitario de Ciencias de la Salud; 2005. P. 33-84.
12. Victoria García-Viniegras C R. Calidad de Vida. Aspectos teóricos y metodológicos. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2008.
13. S/A. Calidad. En: Significados.com. Disponible en: <https://www.significados.com/calidad/> Febrero, 2017
14. ISO (Organización Internacional de Normalización) Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario, 2015. Disponible en: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9000:ed-4:v1:es>
15. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM. Facultad de Medicina, 2007: 284-290.
16. Verdugo M A, Gómez Sánchez L E, Arias Martínez B. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Salamanca, España, 2009.

17. Fernández Ballesteros R, Caprara M, Schettini R, Bustillos A, Mendoza-Núñez V, Orosa T et al. Effects of university programs for older adults: changes in cultural and group stereotype, self-perception of aging, and emotional balance. *Educational Gerontology*, 2013; 39 (2): 119-131.
18. Hughes C, Hwang B, Kim J H, Eisenman L T, Killian, J. Quality of life in applied research: A review and analysis of empirical measures. *American Journal on Mental Retardation*, 1995; 99 (6): 623-641.
19. WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* Vol. 41, N° 10, pp. 1.403-1.409.
20. Hughes C, Hwang B. Attempts to conceptualize and measure quality of life. *Quality of life*, 1996; 1: 51-61.
21. Felce D, Perry J. Exploring current conceptions of quality of life: A model for people with and without disabilities. In R. Renwick, I. Brown, & M. Nagler (Eds.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications*, Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc., 1996 p. 51-62.
22. Cummins R A. Self-rated quality of life scales for people with an intellectual disability: a review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 1997; 10 (3): 199-216.
23. Raphael D, Brown I, Renwick R, Rootman I. Assessing the quality of life of persons with developmental disabilities: Description of a new model, measuring instruments, and initial findings. *International Journal of Disability, Development and Education*, 1996; 43 (1), 25-42.
24. Schalock R, Verdugo A, Braddock D L. *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 2002.
25. Ardila R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de psicología*, 35 (2): 161-164.

26. Grewal I, Lewis J, Flynn T, Brown J, Bond J, Coast J. Developing attributes for a generic quality of life measure for older people: preferences or capabilities? *Social science & medicine*, 2006; 62 (8): 1891-1901.
27. McLaughlin S J, Jette A M, Connell C M. An examination of healthy aging across a conceptual continuum: Prevalence estimates, demographic patterns, and validity. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 2012; 67 (7): 783-789.
28. Victoria García Viniegras C R. Construcción y validación de un instrumento para evaluar calidad de vida. Tesis doctoral. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, 2004.
29. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer G, Quintana J M et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria*, 2005; 19 (2): 135-150.
30. Oteo Álvaro Á, Marín M T, Matas J A, Vaquero J. Validación al castellano de la escala Boston Carpal Tunnel Questionnaire. *Medicina clínica*, 2016; 146 (6): 247-253.
31. Acosta Quiroz C O, Tánori Quintana J, García Flores R, Echeverría Castro S B, Vales García J J, Rubio Rubio L. Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 2017; 27 (2): 179-188.
32. Germán Borda M, Acevedo González J C, Gabriel David D, Morros González E, Alberto Cano C. Dolor en el anciano: calidad de vida, funcionalidad y factores asociados. Estudio SABE, Bogotá, Colombia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 2016; 51 (3): 140-145.
33. De Mol M, Visser S, Aerts J G, Lodder P, de Vries J, den Ouden B L. Satisfactory results of a psychometric analysis and calculation of minimal clinically important differences of the World Health Organization quality of life-BREF questionnaire in an observational cohort study with lung cancer and mesothelioma patients. *BMC cancer*, 2018; 18 (1): 1173-1186.



34. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF. World Health Organization, 2004. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77773/WHO\\_HIS\\_HSI\\_Rev.2012.02\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77773/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.02_eng.pdf)
35. Schalock R L, Verdugo M A. The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and program planning*, 2008; 31 (2), 181-190.
36. Montaña Portillo M E, Irigoyen Coria A. Reflexiones sobre el anciano y la cultura del envejecimiento. *Archivos en Medicina Familiar*, 2017; 19 (2): 27-30.
37. De Alba González M. Representaciones sociales y experiencias de vida cotidiana de los ancianos en la Ciudad de México. *Estudios demográficos y urbanos*, 2017; 32 (1): 9-36.
38. Fernández López J A, Fernández Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista española de salud pública*, 2010; 84 (2): 169-184.
39. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre envejecimiento 2015. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
40. Organización Mundial de la Salud. Active Ageing: A policy Framework. Ginebra, 2002. Disponible en: [http://www.who.int/ageing/publications/active\\_ageing/en/](http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/)
41. Aponte Daza V. Calidad de vida en la tercera edad. Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo", 2015; 13 (2): 152-182.

42. Calvo Arenillas J I, Orejuela Rodríguez J, Barbero Iglesias F, Martín Noguerras A M, Sánchez Sánchez C, Hernández Criado T. Seguimiento de un programa de revitalización para personas mayores desde el ámbito universitario. *Fisioterapia*, 1999; 21 (1): 44-52.
43. Sánchez González J L, Calvo-Arenillas, José I.; Sánchez-Rodríguez, Juan L. Efectos del ejercicio físico moderado sobre la cognición en adultos mayores de 60 años. *Revista de Neurología*, 2018, vol. 66, no 7, p. 230-236.
44. Martín Noguerras A M, Calvo Arenillas J I, Sánchez Sánchez M C, Méndez Sánchez R, Barbero Iglesias F J. Incidencia de caídas en mujeres que participan periódicamente en un programa de revitalización geriátrica. Estudio con seguimiento de 5 años. *Fisioterapia*, 2013; 35 (4): 139-145.
45. Vázquez Palacios F R. Vázquez. Retos y perspectivas de las ciencias sociales en el envejecimiento y la vejez: hacia la construcción y comprensión de la cultura de la vejez plena y feliz. *Perspectivas Sociales*, 2018; 17 (2).
46. Cerquera Córdoba A M, Quintero Mantilla M S. Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 2015; 45: 173-180.
47. Guerrero Martelo M, Galván G, Vázquez de la Hoz F J, Lázaro G, Morales D. Relación entre autoestima y autonomía funcional en función del apoyo social en adultos institucionalizados de la tercera edad. *Psicogente*, 2015; 18 (34): 303-310.
48. Landinez Parra N S, Contreras Valencia K, Castro Villamil Á. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2012; 38 (4), 562-580.
49. Nascimento, C. M. C., Varela, S., Ayan, C., & Cancela, J. M. (2016). Efectos del ejercicio físico y pautas básicas para su prescripción en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 9(1), 32-40.

50. de Baños Tapia A M. Terapias complementarias para mejorar la calidad de vida del anciano frágil. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología), 2016; 8 (1): 385-416.
51. Corazón Armijo C V. Efecto de un programa de fisioterapia cardiorespiratoria sobre la capacidad física en el adulto mayor. Universidad Nacional Federico Villareal, Facultad de Tecnología Médica. Tesis de Especialidad, Lima 2018.
52. Porro Novo J, Estévez Pereira A, Rodríguez García A, Suárez Martín R, González Méndez B. Guía para la rehabilitación de la fibromialgia. Revista Cubana de Reumatología, 2015; 17 (S1): 147-156.
53. Salvà A, Rojano X, Coll-Planas L, Domènech S, Figuls M R. Ensayo clínico aleatorizado de una estrategia de prevención de caídas en ancianos institucionalizados basada en el Mini Falls Assessment Instrument. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 2016; 51 (1), 18-24.
54. Bayarre Vea H. Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana. Rev Cubana Salud Pública, 2009; 35 (4): 110-116.
55. Sánchez González D, Chávez Alvarado R. Personas mayores con discapacidad afectadas por inundaciones en la ciudad de Monterrey, México. Análisis de su entorno físico-social. Cuadernos Geográficos [Internet]. 2016; 55 (2): 85-106. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17149048004>
56. Ladero Aguilera J A, Carmona Torres J M, Mota Cátedra G. El envejecimiento activo: La importancia de la actividad física en las personas mayores. Estudio de revisión narrativa. TRANCES. 2017; 2: 142-166.
57. Cuenca Amigo M, San Salvador del Valle Doistua R. La importancia del ocio como base para un envejecimiento activo y satisfactorio. Revista de psicología del deporte, 2016; 25 (4): 79-84.

58. Castaño Vergara D M, Cardona Arango D. Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. *Revista de Salud Pública*, 2015; 17, 171-183.
59. Antelo P, Espinosa P. La influencia del apoyo social en usuarios institucionalizados socialmente vulnerables. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, 2015; 2 (1): 54-59.
60. Runzer Colmenares F M, Castro G, Merino A, Torres Mallma C, Diaz G, Pérez C, Parodi J F. Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Horizonte Médico*, 2017; 17 (3), 50-57.
61. Piedras Jorge C, Meléndez Moral J C, Tomás Miguel J M. Beneficios del ejercicio físico en población mayor institucionalizada. *Revista española de Geriátría y Gerontología*, 2010; 45 (3), 131-135.
62. Cerquera Córdoba A M, Uribe Rodríguez A F, Matajira Camacho Y J, Correa Gómez H V. Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor. *Psicogente*, 2017; 20 (38): 398-409.
63. Puente González A S. Influencia de un programa de revitalización geriátrica como actividad física sobre la densidad mineral ósea y el riesgo de caídas en personas con enfermedad de Alzheimer. [Tesis Doctoral]. Salamanca: Departamento de Medicina, Universidad de Salamanca, 2014
64. Gutiérrez Robledo L M, Kershenobich Stalnikowitz D. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. UNAM, Coordinación de Investigación Científica: Dirección General de Publicaciones y fomento Editorial; Academia Nacional de Medicina de México: Academia Mexicana de Cirugía: Instituto Nacional de Geriátría, 2018.
65. De la Villa Moral Jiménez M. Programas intergeneracionales y participación social: la integración de los adultos mayores españoles y latinoamericanos en la comunidad. *Universitas Psychologica*, 2017; 16 (1): 157-175.

66. De Juanas Oliva A, Limón *Mendizábal* M R; Navarro Asencio E. Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 2013; (22): 153-168.
67. Schalock R L, Verdugo M A. *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*, 2003. Disponible en: <http://hdl.handle.net/1822.1/264>
68. Verdugo M A. *Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo*. Imsero. Madrid, 2011.
69. Gómez L E, Verdugo M A, Arias B, Navas, P. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala FUMAT. *Psychosocial Intervention*, 2008; 17 (2): 189-199.
70. Jiménez M M, Gómez G S. Valoración de la fragilidad en ancianos institucionalizados y abordaje a través del hospital de día de geriatría. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 2018; 53, 130.
71. Imaginario C, Machado P, Antunes C, Martins T. Perfil funcional de los ancianos institucionalizados en residencias: estudio piloto. *Gerokomos*, 2018; 29 (2): 59-64.
72. dos Reis, K. M. C., & de Jesus, C. A. C. (2015). Cohorte de ancianos institucionalizados: factores de riesgo para caída a partir del diagnóstico de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23 (6), 1130-8.
73. Carballo-Rodríguez A, Gómez-Salgado J, Casado-Verdejo I, Ordás B, Fernández D. Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 2018; 29 (3), 110-116.
74. Mendoza C, Isrrael J. *Artrosis de rodilla factores de riesgo y grado de lesión articular en pacientes de 55 a 80 años*. Hospital Luis Vernaza. Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina, 2016.

75. Fernández S, Gianenlla N. Independencia Funcional, del Adulto Mayor de 60 a 99 Años, en los Hogares de Ancianos, de la Ciudad de Tacna. Tesis de grado. Universidad de Tacna, 2018.
76. Sierra C. La hipertensión arterial en el anciano. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 2017; 34: 26-29.
77. González Popa M I, González Rodríguez M R, Toirac Castellano Y, Milanés Pérez J J. Caracterización de hipertensión arterial en adultos mayores. *El Polígono. Policlínico Jimmy Hirzel*. 2014 MULTIMED Revista Médica Granma, 2018; 19 (4: 0-0).
78. Huelga R G, Peralta F G, Mañas L R, Doming, M P, Bravo J J, Miranda C. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente anciano. *Revista española de geriatría y gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, 2018; 53 (2): 89-99.
79. Carmona Denis Y, Peña M, Enrique L, Méndez Fleitas L, Escalona Robaina C R, Ortega Peñate J A. Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes ancianos diabéticos con discapacidad funcional. *Revista Médica Electrónica*, 2018; 40 (4), 1032-1044.
80. Chivite D, Franco J, Formiga F. Insuficiencia cardíaca crónica en el paciente anciano. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 2015; 50 (5): 237-246.
81. Mora Gutiérrez J M, Robler, M F S, Bilbao I C, Bautista D I, Coloma J A, Velilla N M. Enfermedad renal crónica en el paciente anciano. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 2017; 52 (3), 152-158.
82. López Cervantes K D. Factores que influyen en la calidad de vida del adulto mayor del Asilo Hermanitas de los Ancianos Desamparados. Universidad Alas Peruanas. Repositorio institucional, 2015. Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/2613>

83. Bar Ibarra Y, Silva Santos M M. Calidad de vida de los beneficiarios del programa pensión 65 Municipalidad Distrital, Hualmay 2017. Registro Nacional de Trabajos de Investigación. Tesis de Grado. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, 2018.
84. Brito Morales T R. Calidad de vida de los beneficiarios internos de la Casa del Adulto Mayor Francisca Navarrete de Carranza. Registro Nacional de Trabajos de Investigación. Tesis de Grado. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, 2016.
85. Ramírez Reyes R D. Calidad de vida de los adultos mayores autovalentes en el Cantón Chone, Revista Caribeña de Ciencias Sociales (marzo 2019). Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/03/adultos-mayores-autovalentes.html>
86. Pinto Fernández N. Calidad de Vida en las Residencias de Ancianos. Universidad de Valladolid. Tesis de grado de Enfermería, 2015.
87. Levis Alfaro J, Castillo Curi, F, Villa Casapino E. Perfil de calidad de vida del adulto mayor de los Centros del Adulto Mayor en los distritos de Chaclacayo y Chosica, Lima, Perú, 2014. Revista de Investigación Universitaria, 2015; 4 (2): 57-63.
88. Pérez Díaz R, Iglesias Figueroa D, Cerquera A M, Martín Carbonell M, Riquelme Marín A. Caracterización del dolor y las emocionales en ancianos cubanos comunitarios con dolor osteoarticular. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana 2017; 14 (1): 0-0.
89. Muñoz Pérez M J. Dependencia y personas mayores: Bienestar y Calidad de Vida en mayores institucionalizados. Tesis de máster. Universidad de Jaén, 2017.
90. González Tovar J, Garza Sánchez R I. Primera revisión del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores en Comunidad CCVAMC-62. CIENCIA ergo-sum, 2016; 23 (1): 17-25.

91. Hierro Zorrilla I, Verdugo Alonso M A, Gómez Sánchez L E, Fernández Ezquerro S, Cisneros Fernández P. Evaluación de la calidad de vida en personas con discapacidades significativas: aplicación de la Escala San Martín en la Fundación Obra San Martín. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 2015; 3 (1), 93-105.
92. Báez W C. Calidad de vida. *Rev. enferm. vanguard.* 2016; 4 (2): 56-75
93. Salgado Escalona M, Noa Legrá M, Matos Laffita D, Cardero Leyva D, Castillo Pérez Y. Influencia de algunos factores biopsicosociales en el bienestar subjetivo de adultos mayores. *Medisan*, 2016; 20 (10), 4045-4051.
94. Looz López C L, Rodríguez Álava J B. El abandono del adulto mayor y su incidencia en su estado emocional en el Centro Gerontológico Casa Hogar Caleb de la ciudad de Portoviejo en la provincia de Manabí. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, (diciembre). 2018. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/12/abandono-adulto-mayor.html>  
[//hdl.handle.net/20.500.11763/caribe1812abandono-adulto-mayor](https://hdl.handle.net/20.500.11763/caribe1812abandono-adulto-mayor)
95. Betegón Blanca, E. Relaciones interpersonales y calidad de vida. Programa en competencia social y comunicación en personas mayores de 60 años. Tesis de Maestría. Universidad de Valladolid, 2018.
96. Quintero Echeverri Á., Villamil Gallego M M, Henao Villa E, Cardona Jiménez J L. Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*; 2018; 36 (2), 49-57.
97. Hernández D S. Riesgo de síndrome de estrés del traslado en el anciano institucionalizado. *REDUCA Enfermería, Fisioterapia y Podología*, 2016; 7 (1): 298-334.
98. Fusté Bruzain M, Pérez Ineráritu M, Enrique P, Ernesto L. Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. *Revista Novedades en Población*, 2018; 14 (27): 1-12.



99. De Haro A E, de Miguel López S M, Aroca J A S. La percepción de la calidad de vida en las mujeres mayores y su envejecimiento activo a través de actividades socioeducativas en los centros sociales. *Revista de Investigación Educativa*, 2015; 33 (2), 471-488.
100. Chaves Rodríguez M P, Da Silva Barbosa M, López Fernández J. La vitalidad y la vejez. *IGT na Rede*, 2016; 13 (24), 115-133.
101. Ayala Aranda P E. Estudio de la capacidad de disfrute y la calidad de vida en personas con discapacidad física. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis de Grado. Psicología, Perú, 2015.
102. Guerra Santiesteban J R, Gutiérrez Cruz M, Zavala Plaza M, Singre Álvarez J, Goosdenovich Campoverde D, Romero Frómata, E. Relación entre ansiedad y ejercicio físico. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 2017; 36 (2): 169-177.
103. Silva Arenas P C. Ocio y Autodeterminación en Personas Mayores que viven en Residencias. Tesis de Master en investigación en salud y Calidad de Vida. Universidad de Islas Baleares, 2018.
104. Limón Mendizábal M R. Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula abierta*, 2018; 47 (1): 45-54.
105. Carrizo R, Fitzsimons M, Gálvez S, Hurtado, M C, Slame M L, del Socorro Sylvester M. Con los ojos de la vejez. *Investigación cualitativa. Archivos de Medicina Familiar y General*, 2018; 10 (2).
106. Valarezo García, C. L. Adulto mayor: Desde una vejez biológica-social hacia un nuevo envejecimiento productivo. *Maskana*, 2016; 7 (2): 29-41.
107. Tardón del Cura S. Calidad de vida de las personas mayores en los centros residenciales. Trabajo de fin de grado. Universidad de Valladolid, 2016. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/18040>

# **ANEXOS**

## ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Por este medio declaro que he sido convenientemente informado acerca de mi participación en la investigación: “Determinantes de la Calidad de Vida en adultos mayores institucionalizados”, a cargo de Roberto Martín Aranda, fisioterapeuta de mi residencia.

Conozco que esta participación no implica riesgos para mi salud, ni ningún tipo de molestia, y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento que así lo desee. También me han informado de que el investigador está comprometido a responder cualquier pregunta que yo le realice en el curso de la investigación. Así pues, doy mi consentimiento informado para participar en dicho estudio, respondiendo a preguntas o permitiendo la grabación de mis expresiones, ya que me han garantizado que toda la información recogida será anónima, es decir, que no aparecerá en ningún momento mi identidad.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2. GUÍA DE ENTREVISTA INICIAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nivel de escolaridad: Primario \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_ Superior \_\_\_\_\_

Tiempo en la institución: \_\_\_\_\_

Pensionista:

Ninguna \_\_\_\_\_ pensión contributiva \_\_\_\_\_ pensión no contributiva \_\_\_\_\_ orfandad \_\_\_\_\_  
hijo a cargo \_\_\_\_\_ Renta Activa de Inserción \_\_\_\_\_ viudedad \_\_\_\_\_ otra \_\_\_\_\_

Experiencia laboral previa: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### DATOS CLÍNICOS

Enfermedad crónica	Compensada	Medianamente compensada	Descompensada
Diabetes			
HTA			
Alzheimer			
Demencia			
Osteoartrosis			
Cáncer			
Insuficiencia respiratoria			
Insuficiencia cardíaca			
Otra ¿cuál?			
Otra ¿cuál?			
Otra ¿cuál?			
Otra ¿cuál?			

DISCAPACIDAD:

Motora \_\_\_\_\_ Auditiva \_\_\_\_\_ Visual \_\_\_\_\_ Mixta \_\_\_\_\_ Ninguna \_\_\_\_\_

Experiencia en tratamiento fisioterápico Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

	Buena	Regular	Mala
ACTUAL			
ANTERIOR			

### ANEXO 3. ESCALA FUMAT

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

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

Puntuación directa TOTAL \_\_\_\_\_

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

Puntuación directa TOTAL \_\_\_\_\_

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

Puntuación directa TOTAL \_\_\_\_\_

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

Puntuación directa TOTAL \_\_\_\_\_

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

Puntuación directa TOTAL \_\_\_\_\_

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

Puntuación directa TOTAL \_\_\_\_\_

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

Puntuación directa TOTAL \_\_\_\_\_

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

Puntuación directa TOTAL \_\_\_\_\_



#### ANEXO 4. GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DEL GRUPO FOCAL.

1. Introducción. Se explica que esta reunión es parte de la investigación: “Determinantes de la Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados”.

El objetivo de esta reunión (grupo focal) es propiciar la interacción dentro del grupo de tal manera que genere la expresión del conocimiento que tienen los participantes, los cuales pueden hablar y comentar sus pensamientos de forma libre y espontánea. Inicialmente se le explica a cada uno de los participantes que es necesario que compartan sus pensamientos y opiniones, sin despreciar ninguna opinión aunque no esté de acuerdo con la suya propia. Se parte del principio de que todos deben opinar y de que todas las opiniones son importantes.

2. La persona que guía el grupo se presenta y se explica las características de lo que se va a realizar. Se destaca que los resultados obtenidos van dirigidos a conocer la Calidad de Vida de los residentes y a mejorar el servicio de fisioterapia que se brinda en la institución.
3. Desarrollo de la discusión grupal. Se lanzan algunas preguntas que sirvan de “disparador” a las participaciones, aunque se explica que pueden hablar libremente.
  - e. ¿Qué entiendes por Calidad de Vida?
  - f. ¿Crees que actualmente tu vida es una vida con calidad?
  - g. ¿Has tenido buenas experiencias con el servicio de fisioterapia?
  - h. ¿Qué crees que se puede hacer para mejorar tu condición física, tus relaciones sociales y tu bienestar actualmente?
4. Cierre de la sesión. El moderador agradece la participación de todos los presentes. Se indaga si queda algo que deseen expresar y se refuerza la idea de la confidencialidad de la información recogida.

## ANEXO 5. CALIFICACIÓN ESCALA FUMAT

Nombre \_\_\_\_\_ No. De orden \_\_\_\_\_

### DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

DIMENSIÓN	Puntuación directa	Puntuación estándar	Percentil
Bienestar emocional			
Relaciones interpersonales			
Bienestar material			
Desarrollo personal			
Bienestar físico			
Autodeterminación			
Inclusión social			
Derechos			

Puntuación estándar total (suma) \_\_\_\_\_

Índice de Calidad de Vida \_\_\_\_\_ Percentil del índice de Calidad de Vida \_\_\_\_\_

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

## BAREMOS

### Puntuaciones directas

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

*Nota:* BE= Bienestar emocional; RI= Relaciones interpersonales; BM= Bienestar

TABLA PARA OBTENER EL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA Y EL PERCENTIL DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

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

## ANEXO 6. SOLICITUD DE APROBACIÓN

Da. Ruth Medina Caballero  
Servicio de Gestión de Centros  
Gerencia de Servicios Sociales  
Consejería de Familia e Igualdad de oportunidades

Estimada señora:

Por la presente estamos solicitando su autorización para efectuar una recogida de información vinculada a temas de salud, entre los residentes de la residencia “Tres Árboles”. En días pasados hemos comentado el asunto a la directora del centro, la Sra. Isabel Antón y ella nos indicó dirigirnos a usted con vistas a dicha autorización.

El estudio para el cual recabamos la información de los residentes, constituye una tesis doctoral acerca de los determinantes de la Calidad de Vida en ancianos institucionalizados. Será aplicada una escala de calidad de vida y una entrevista de datos generales y clínicos. Cumpliendo con los principios éticos de la investigación, previa a la recogida de la información, se brindarán explicaciones y se pedirá el consentimiento a los participantes, firmando un documento que les será entregado y explicado a cada uno de ellos y que plantea así:

*Consentimiento informado.*

*Por este medio declaro que he sido convenientemente informado acerca de mi participación en la investigación: “Determinantes de la Calidad de Vida en ancianos institucionalizados”, a cargo de Roberto Martín Aranda, fisioterapeuta de mi residencia.*

*Conozco que esta participación no implica riesgos para mi salud, ni ningún tipo de molestia, y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento que así lo desee. También me han informado de que el investigador está comprometido a responder cualquier pregunta que yo le realice en el curso de la investigación.*

*Así pues, doy mi consentimiento informado para participar en dicho estudio, respondiendo a preguntas o permitiendo la grabación de mis expresiones, ya que me han garantizado que toda la información recogida será anónima, es decir, que no aparecerá en ningún momento mi identidad.*

Los datos serán utilizados exclusivamente con fines investigativos, cumpliendo el principio ético de protección de datos. La recogida de información será realizada por el propio fisioterapeuta del centro en horario que no interfiera las actividades programadas, y además concertado con el propio residente. Las fechas previstas son entre los meses de mayo o julio.

En espera de su gentil atención.

Fdo. Roberto Martín Aranda (doctorante)  
Dr. José Ignacio Calvo Arenillas (director de tesis)