



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE ADULTO Y ANCIANO**

**LA AUTODETERMINACIÓN DE LA
CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS
MAYORES QUE RESIDEN EN
COMPLEJOS HABITACIONALES DE
BPS
Montevideo - Uruguay**

Autores:

Br. Álvarez Olivera, Sofía
Br. Belsterli Robert, Nadia
Br. Olivera Benítez, Sofía
Br. Rodríguez Cambeiro, Andrea
Br. Rodríguez Correa, Andrea

Tutores:

Prof. Agdo. Lic. Virginia Aquino
Prof. Adj. Lic. Marisa Machado

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

Montevideo, 2018

AGRADECIMIENTOS

La presente tesis está dedicada a nuestras familias ya que gracias a ellas hemos podido concluir nuestra carrera. En nuestras memorias tenemos el día en que ingresamos a la Facultad de Enfermería llenas de ilusiones, curiosidades, nerviosismo, sueños y también llenas de miedos, que fuimos dejando en el camino para crecer y superarnos como profesionales de la salud. Entramos y comenzamos sin saber que íbamos a transitar este camino juntas por muchos años. No fue nada fácil para ninguna de nosotras, tuvimos que seguir adelante cuando muchas veces quisimos salir corriendo, pero fuimos valientes supimos luchar por nuestros sueños, aprendimos a no rendirnos, a no bajar los brazos a pesar de las circunstancias. Provenimos las cinco de departamentos diferentes y al ser del interior todo es contra la corriente. Es por todo esto que queremos agradecer muy especialmente a nuestros pilares fundamentales en esta vida a nuestros padres y madres por incentivarnos a estudiar, aunque hoy algunos de ellos nos aplaudan de pie desde el cielo, seguramente orgullosos de nosotras por haber seguido y no haber aflojado nunca. También a nuestras parejas por apoyarnos en esta carrera. Agradecer a nuestros hijos, las que los tenemos, ya que ellos son el motivo y motor de nuestra vida. A las tutoras por guiarnos, por día a día transmitirnos sus conocimientos y ayudarnos a finalizar nuestro trabajo final de investigación. A los adultos mayores de los complejos de BPS que colaboraron con la realización de nuestra tarea de investigación.

Y por supuesto agradecer a todas nosotras con quienes hicimos un buen equipo de trabajo, que con nuestro sentido de compromiso facilitamos las tareas cumplidas y se hizo posible la consolidación del trabajo que nos hemos trazado.

CAPÍTULO I

1.1 Glosario	Pág.4
1.2 Resumen	Pág. 5
1.3 Palabras claves	Pág. 7
1.4 Introducción	Pág. 8
1.5 Pregunta problema	Pág. 10
1.6 Antecedentes bibliográficos	Pág. 11

CAPÍTULO II

2.1 Justificación	Pág.13
2.2 Objetivo general y específicos	Pág. 15
2.4 Marco teórico y referencial	Pág. 16
2.5 Metodología	Pág. 20
2.6 Operacionalización de las variables	Pág. 24

CAPÍTULO III

3.1 Consideración ética	Pág. 29
3.2 Resultados	Pág. 31
3.3 Análisis de los resultados	Pág. 51
3.4 Conclusiones	Pág. 55
3.4 Sugerencias	Pág. 57
3.5 Diagrama de Gantt	Pág.58
3.6 Presupuestos	Pág.59
3.7 Referencias bibliográficas	Pág. 60
Anexos	Pág. 66

CAPÍTULO I

1.1 GLOSARIO

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria

AM: Adulto mayor

APS: Atención Primaria de Salud

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado

BPS: Banco de Previsión Social

BVS: Biblioteca Virtual en Salud

CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud

ICV: Índice de Calidad de Vida

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PRONAM: Programa Nacional del Adulto mayor

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

1.2 RESUMEN

El siguiente Trabajo Final de Investigación se llevó a cabo por cinco estudiantes bachilleres de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República.

El objetivo fue conocer la autodeterminación de los adultos mayores de dos complejos del Banco de Previsión Social (BPS), aplicando las escalas de FUMAT y Barthel. Se llevó a cabo desde noviembre de 2017 hasta julio de 2018. El estudio es cuantitativo, descriptivo y de corte transversal.

Para la obtención de los resultados, se empleó la estadística descriptiva y el test estadístico "Chi Cuadrado (χ^2)".

De la escala de FUMAT se seleccionó "autodeterminación", entendiéndose como tal a la independencia como una acción causada por la propia persona, en relación a otro, lo que implica una actuación voluntaria, basado en su propio deseo; que surge a lo largo de la vida, a partir del desarrollo que niños y adolescentes aprenden en base a sus habilidades, conjuntamente con las actitudes y creencias que les permitirán ser agentes causales de sus vidas; además es una dimensión del adulto mayor (AM) parcialmente explorada por investigadores, y se escogió la escala de Barthel porque valora las actividades básicas de la vida diaria, conociéndose finalmente el nivel de dependencia del usuario.

Luego de procesar los datos se obtuvo que un 75% de los adultos mayores encuestados presentaron un nivel de dependencia ligero y un 25% un nivel de dependencia moderado, quedando demostrado que es el contexto de cómo viven los adultos mayores.

Tomando el modelo de Schalock y Verdugo como referencia, podemos entender el concepto de calidad de vida individual como un estado deseado de bienestar personal y está influido por características personales.

Finalmente, se concluye que el nivel de dependencia influye en un 50% de los ítems que conforman dicha dimensión. Determinando también que el 44% eligió el lugar donde vive actualmente, no obstante, un 21% de adultos mayores no tuvieron oportunidad de escoger su vivienda.

Según datos recabados del BPS, estos resultados se relacionan con la cantidad de usuarios que viven en los complejos. En el 47% de los adultos mayores encuestados, sus familias han respetado sus decisiones, contrastando con un 9% de adultos mayores en las cuales sus familias no lo

respetaron; refiriéndose a la “Protección de los Derechos Humanos”, las personas mayores tienen derecho a la vida, dignidad y a la participación comunitaria.

1.3 PALABRAS CLAVES

Buscadas en el buscador DECS:

Adulto mayor

Autodeterminación

Calidad de vida

Envejecimiento

1.4 INTRODUCCIÓN

El Trabajo Final de Investigación fue realizado por cinco estudiantes pertenecientes a la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, que se encuentran cursando el primer módulo del cuarto ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería, Plan de Estudios '93.

Se llevó a cabo en el departamento de Salud del Adulto y Anciano, bajo la tutoría la Prof. Agdo. Lic. Virginia Aquino y la Prof. Adj. Lic. Marisa Machado.

El tema a investigar fue qué nivel de autodeterminación de la calidad de vida presentan los adultos mayores residentes en dos complejos del Banco de Previsión Social (BPS), en marzo del 2018 en Montevideo, Uruguay.

Una vez conocida la autodeterminación en la calidad de vida de los adultos mayores, se conocerá otra dimensión en el proceso normal de envejecimiento, más allá de lo biológico. Como manifestaron Rowe y Kahn¹, el envejecimiento exitoso es aquel que abarca una baja probabilidad de enfermar y presentar discapacidad, alto funcionamiento físico y cognitivo y un alto compromiso con la vida.

Se aplicó la escala FUMAT², que tiene como objetivo la evaluación de la calidad de vida de personas mayores y con discapacidad; dentro de la misma se consideró una de las 8 dimensiones, la autodeterminación.

Se relacionó la autodeterminación con los niveles de dependencia que presentó el adulto mayor, y además cómo influyó la autonomía para realizar sus actividades básicas de la vida diaria con la motivación y capacidad de llevar adelante su propia vida.

En base, a lo referido por Cerquera A, Uribe F, Jhair Y y Correa H³, los adultos mayores han valorado mejor su calidad de vida más por la presencia de la capacidad funcional, que por la prevalencia de enfermedades. Es por esto, que se evaluó la capacidad funcional mediante la escala de Barthel⁴.

En el modelo de Virginia Henderson se ve reflejado el rol de enfermería, ya que al aplicar la escala FUMAT vimos que la misma tiene ítems que se ven relacionados en cada una de las necesidades y contemplan aspectos en común.

.5 PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuál es la autodeterminación de la calidad vida que presentan los adultos mayores, residentes en dos complejos de BPS en el periodo marzo del 2018 en Montevideo - Uruguay?

1.6 ANTECEDENTES

Previamente, se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en diferentes portales como “Biblioteca Virtual en Salud” (BVS), “Timbó”, “SciELO”, “LILACS”. Se encontró numerosas investigaciones en diferentes países sobre la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado y en las cuales fueron mencionadas diferentes escalas para medir dicha calidad de vida (GENCAT, Yesavage, Escala Integral, etc.). Una investigación realizada en Lima - Perú, en 2007, consistió en el significado de la calidad de vida del Adulto Mayor para sí mismo y para su familia⁵. Su población objetivo fue de 16 Adultos Mayores y 16 grupos familiares. De esto, se destacó que para ellos la calidad de vida es “tener paz, tranquilidad en su vida cotidiana; ser cuidado y protegido por la familia, con dignidad, afecto, respeto por su persona y por sus bienes materiales, ayudándole a lograr sus metas, permitiéndole ejercer su derecho de libre expresión, comunicación, de decisión en todo lo que se le relacione a él”. Para la familia, es proporcionarle dentro de lo posible, alimentación, vestido, vivienda e higiene. Aquí las familias no han percibido el afecto, el respeto y el cariño como componente fundamental de la calidad de vida del adulto mayor.

Algo a destacar, según lo que ha nombrado la autora González A., en su artículo científico denominado “Calidad de Vida en el Adulto Mayor”⁶ en 2009, fue investigar el impacto de algunas variables en la calidad de vida de adultos mayores en México, que resultó que la espiritualidad es un elemento fundamental, los adultos que se encontraban en actividad laboral obtuvieron una mejor puntuación de calidad de vida de los que eran jubilados. También se halló una correlación positiva entre el bienestar subjetivo y la calidad de vida, cuanto mayor sea una actitud positiva a su propio envejecimiento mayor será su calidad de vida.

En un artículo de investigación realizado por Loredó, Gallegos, Xequé, Palomé y Juárez⁷ en México, en 2015, su objetivo planteado fue establecer la relación entre calidad de vida del Adulto Mayor y su nivel de dependencia y autocuidado. Entrevistaron 116 Adultos Mayores, resultando que un 24% percibieron su calidad de vida en dimensión física como “buena” y el 56% como “regular”. Se encontró mínima relación entre las variables de autocuidado y dependencia, correlación positiva entre la dependencia y la calidad de vida, así como la calidad de vida y la edad.

En ese mismo año surgió una investigación denominada “Perfil de calidad de vida del AM de los Centros del Adulto Mayor en los distritos de Chaclacayo y Chosica, Lima, Perú”, realizado por Levis J, Castillo F, Villa E⁸, de la investigación concluyó en que la población de estudio presentó un nivel de calidad de vida promedio en siete dimensiones, en las dimensiones de “derecho” se obtuvo un resultado mayor al promedio y en la “autodeterminación” menor al promedio.

En el año 2017 una tesis realizada en la Universidad de Arequipa, Perú, trató sobre calidad de vida en el Adulto Mayor⁹. Su objetivo fue determinar la relación de calidad de vida de 117 adultos mayores con la percepción de su estado de salud.

Resultó que había una correlación positiva entre la calidad de vida y el estado de salud del adulto mayor. Es decir, se determinó que si el puntaje de calidad de vida tenía un nivel moderado o bueno, el estado de salud clínico era percibido también como bueno o regular.

Otra investigación se refirió a la calidad de vida en pacientes ecuatorianos con artritis reumatoide llevada a cabo en Quito¹⁰, su objetivo era evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y los factores clínicos, demográficos y socioeconómicos asociados en una cohorte de pacientes ecuatorianos con artritis reumatoide, resultando los 163 adultos mayores que conformaban la población objetivo tuvieron una CVRS de buena a moderada. Los factores “funcionalidad”, “duración” y “actividad de la enfermedad” estuvieron estadísticamente asociados a la calidad de vida de la población objetivo.

CAPÍTULO II

2.1 JUSTIFICACIÓN

La finalidad de esta investigación, fue la autodeterminación de la calidad de vida que presentan los adultos mayores residentes en dos complejos del Banco de Previsión Social (BPS).

Así mismo las diferentes formas que existen para medirla; ya que el adulto mayor es el grupo etario que más predomina en el Uruguay, siendo estos los que se encuentran entre los grupos más vulnerables de la sociedad.

Según la epidemiología existen 370 millones de personas mayores de 60 años; más del 80% tiene pensiones o jubilación, pero éstas no siempre alcanzan a satisfacer las necesidades de atención y cuidados que requieren¹¹, siendo Uruguay actualmente uno de los países más envejecidos del contexto latinoamericano¹².

Para medir la calidad de vida del Adulto Mayor se encontraron numerosas investigaciones en diferentes países, en la cual mencionan diferentes escalas (GENCAT, Yesavage, Escala Integral, otras). Estas escalas estaban dirigidas específicamente a personas adultas con discapacidad intelectual y a usuarios de servicios sociales en general¹³.

La escala FUMAT que se utilizó en el trabajo de investigación vislumbra diversas dimensiones de la calidad de vida. Además de que no existe una escala que contemple objetivamente la misma en personas con discapacidad o Adultos Mayores. Se trata generalmente de manera global por lo que esta investigación se abocó específicamente a la autodeterminación. Es una dimensión no explorada en los AM y resultó relevante conocer qué pensamientos presenta el mismo con respecto a su propia vida.

Como manifiesta Verdugo en el año 2008¹⁴, actualmente los estudios de calidad de vida están abocados a conocer y trabajar los indicadores de los individuos que influyen en su bienestar, y que junto a este tipo de investigaciones se desarrollan muchas más para examinar los servicios prestadores y el apoyo social que se recibe.

Se aplicó la escala de Barthel que calcula el nivel de dependencia, por ende, puede influir en el nivel de autodeterminación que presente el adulto mayor, brindándonos datos esenciales para el desarrollo de nuestra investigación.

El modelo teórico en el cual nos identificamos fue el de Virginia Henderson; haciendo referencia a que la enfermera tiene la función de ayudar a sanos y enfermos, formada en ciencias biológicas y sociales y que puede apreciar las necesidades básicas fundamentales¹⁵.

2.2 OBJETIVO GENERAL

- Analizar la autodeterminación de la calidad vida que presentan los adultos mayores, residentes en dos complejos de BPS en el periodo marzo del 2018 en Montevideo - Uruguay.

2.3 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Definir la población de estudio según sexo y edad a través de un instrumento de elaboración propia.
- Determinar los indicadores de la autodeterminación de la población adulta mayor que se encuentra residiendo en dos complejos del BPS.
- Calcular los niveles de dependencia de los Adultos Mayores relacionando con los indicadores de la autodeterminación.

2.4 MARCO TEÓRICO

Para lograr comprender mejor el tema de estudio se abordó conceptos básicos que delimitan el marco teórico, con definiciones como: que es el Hombre, el cual es un ser bio-sico-social, en relación dialéctica con el medio. Por su que hacer transformador de la realidad objetiva es un ser histórico que elabora conocimientos acerca de sí mismo y de la realidad. Es imprescindible en el hombre el proceso Salud - Enfermedad, éste constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. Logró tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud-enfermedad en que se encuentre¹⁶.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁷ define la salud como: "un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". El rol de enfermería es fundamental para fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona-familia, grupo poblacional). Este mismo se centra en la atención a través de un proceso integral, humano, continuo interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria.

En el Uruguay el grupo etario que más predomina es el adulto mayor. Se define éste como la persona adulta en plenitud de su tercera edad, toda persona de 65 años o mayor de cualquier sexo, raza, religión, color, posición económica y social. Se considera que los adultos mayores se encuentran entre los grupos vulnerables de la sociedad¹⁸.

El adulto mayor transcurre una etapa de envejecimiento, entendiéndose como tal al proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva¹⁹. El anciano sano tiene características físicas, funcionales, mentales y sociales que están de acuerdo con su edad cronológica. En cambio, el anciano enfermo presenta alguna afección aguda o crónica de diferente gravedad, habitualmente no inválida. Otra clasificación es el anciano frágil mayor de 75 años, presenta pluripatologías (presencia de 2 o más enfermedades crónicas en una persona)²⁰ o incapacidad funcional, también polifarmacia.

Según la epidemiología, Uruguay es uno de los países más envejecidos de América, con el 14.11% de Adultos Mayores, el 52.61% de ellos tienen entre 65 y 74 años y el 27.19%

tienen 80 años o más.

Los AM > a 65 años el 60.28% son de sexo femenino y el 48.01% son de sexo masculino (feminización envejecida).

El 47.65 % de los AM residen en Montevideo. De ellos, el 97% que viven en residencias, lo hacen en privadas. La mayor parte de esta población son personas autoválidas y socialmente integradas.

El 86.35% de los Adultos Mayores son jubilados o pensionistas, mientras que el 13.07% de estos son activos (se encuentran trabajando o en busca de trabajo), de los cuales el 19.89% son de sexo masculino y el 8.53% son de sexo femenino²¹.

Según cita el MSP²² “la ancianidad se presenta como un fenómeno social que avanza en forma silenciosa, constante e irreversible, invadiendo todos los campos de la estructura global de la sociedad. El Adulto Mayor es un actor social, al igual que las personas de otros grupos etarios, con capacidades para aportar y con necesidades propias. Es necesario reforzar las capacidades de las personas adultas mayores como un recurso para el desarrollo de ambientes sanos, favorecer la creación de una infraestructura para el apoyo de los miembros de la familia de las personas de edad, el desarrollo de alternativas comunitarias para las prestaciones institucionales y la promoción de programas intergeneracionales”.

El 30% de los adultos mayores padece tres o más enfermedades crónicas, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar dependencia y el riesgo de efectos adversos a medicamentos. Los estilos de vida no saludables tienen alta prevalencia y entre los adultos mayores, el 83% refiere sedentarismo y más del 50% padece diversos grados de sobrepeso y obesidad. La prevalencia e incidencia de enfermedades mentales aumenta con la edad y en ello confluyen aquellos con patología mental previa que envejecen y quienes instalan enfermedades mentales en esta etapa de la vida.

Se entiende por autodeterminación la capacidad de una persona para decidir por sí misma algo²³, o bien, según lo definen Carlos Ossa y Jaime Aedo²⁴ a la independencia como una acción causada por la propia persona, en relación a otro, lo que implica una actuación voluntaria, basado en su propio deseo; que surge a lo largo de la vida, a partir del desarrollo que niños y adolescentes aprenden en base a sus habilidades, conjuntamente con las actitudes y creencias que les permitirán ser agentes causales de sus vidas. La investigación logró señalar que una mayor autodeterminación genera resultados positivos en la edad adulta, en el empleo y en la vida independiente para las

personas con necesidades educativas especiales, ya que es el campo donde más se ha estudiado este concepto. En cambio, la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, normas e inquietudes²⁵.

Así mismo, el índice de Barthel es una medida genérica que valora el nivel de independencia del usuario con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que son: vestirse; deambular; asearse, control de esfínteres, etc. (Anexo 5). Refiriéndose al marco legal en Uruguay, existen leyes que amparan al adulto mayor. La ley N° 18.340²⁶ que hace referencia a la “Administración de las Viviendas para Jubilados y Pensionistas Beneficiarios del Banco de Previsión Social”, la ley N° 18.241²⁷ al “Subsidio otorgado por el Banco de Previsión Social a personas carenciadas entre 65 y 70 años”, y la ley N° 18.617²⁸ haciendo referencia a “Instituto Nacional del Adulto Mayor” donde se manifiesta un cuidado integral al adulto mayor con derecho a tener una residencia permanente. En relación a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, a través de su servicio universitario se realizan intervenciones en los complejos habitacionales de Montevideo, mediante distintas actividades en coordinación con el equipo técnico que atiende los complejos²⁹.

2.5 METODOLOGÍA

Tipo de estudio: El diseño de este estudio es transversal, descriptivo y cuantitativo.

Área de estudio: República Oriental del Uruguay, ciudad de Montevideo, en dos complejos del BPS.

Universo de estudio: Adultos mayores residentes en los complejos de BPS en Montevideo-Uruguay.

Población de estudio: Corresponde a la totalidad de 83 usuarios Adultos Mayores que residen en dos complejos de BPS, en el periodo marzo 2018, Montevideo- Uruguay.

Muestra: Conformada por 43 usuarios Adultos Mayores, que cumplan con los criterios de inclusión. La selección fue no probabilística e intencional³⁰.

Criterios de inclusión: Adultos Mayores a partir de los 65 años, de ambos sexos, que residen en los complejos BPS y que accedan a la entrevista en forma voluntaria y que tengan capacidad de respuesta, en marzo de 2018 en la ciudad de Montevideo, Uruguay.

Métodos y técnicas de recolección de datos:

Búsqueda bibliográfica en diferentes portales como “Biblioteca Virtual en Salud” (BVS), “Timbó”, “Scielo”, “LILACS”.

La búsqueda se llevó a cabo atendiendo a la combinación de la terminología clave de este estudio:

1. Cuestionario de elaboración propia a fin de caracterizar la población de estudio. El mismo conformado por las variables de edad y sexo.

2. Aplicación de la escala de Fumat que previamente fue validada por los investigadores Verdugo A, Gómez L y Arias B. En el Uruguay fue validado por la Cátedra de Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería. Se aplicó a un 10 % de la población de estudio, para comprobar la herramienta de la evaluación y planificación, de acuerdo con los indicadores de calidad de vida más relevantes según la investigación.

Descripción de la escala FUMAT:

Contempla 8 dimensiones de la calidad de vida: Bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Se trata de un cuestionario autoadministrado, de 57 preguntas de respuesta tipo Likert (desde el 1 totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 acuerdo hasta el 4 totalmente de acuerdo), distribuidas en 8 subescalas (ítems) que corresponden a cada una de las dimensiones mencionadas anteriormente, en el cual el usuario responde a cuestiones sobre la calidad de vida. Se aplicó la dimensión “autodeterminación” (Anexo 2).

Dimensiones e indicadores de la escala FUMAT (2).

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

Dimensión “Autodeterminación” desarrollada con sus indicadores (2).

Autodeterminación	
Metas y preferencias personales	El servicio al que acude organiza actividades sin contar con sus preferencias
	Hace planes sobre su futuro
Autonomía	Maneja dinero en forma independiente (cheques ,alquiler, facturas, ir al banco)
	Organiza su propia vida
Elecciones	Elige cómo pasar su tiempo libre
	Los servicios y los apoyos que requiere cambian a medida que cambia sus deseos , necesidades y preferencias
	Ha elegido el lugar donde actualmente vive
Decisiones	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas
	Toma decisiones importante para la vida
	Su familia respeta sus decisiones

3 - La otra herramienta utilizada es la escala de Barthel para determinar la capacidad funcional en los Adultos Mayores según las actividades básicas de la vida diaria (Anexo 5).

4 - Análisis estadístico: Para la obtención de los resultados se empleó la estadística descriptiva y el test estadístico “Chi Cuadrado”.

Los datos que se exponen en tablas y gráficos, se obtuvieron a través de la ejecución de Microsoft Excel agrupado en base a las variables.

2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

SEXO:

Definición conceptual. Características biológicas determinadas que hacen posible reconocer como diferentes a hombres y mujeres.

Definición operacional.

-Femenino

-Masculino.

Nivel de medición: Cualitativa nominal dicotómica.

EDAD

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual (medido en años).

Definición operacional: Personas mayores a 65 años.

Nivel de medición: Cuantitativa continúa.

NIVEL DE DEPENDENCIA

Definición conceptual: Capacidad de una persona para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Definición operacional:

- Independiente
- Dependiente leve
- Dependiente moderado
- Dependiente grave
- Dependiente total

Nivel de medición: Cualitativa ordinal

DIMENSIÓN:

Autodeterminación:

Definición conceptual: La capacidad de una persona para decidir por sí misma algo.

INDICADORES:

- Autonomía,

- Metas
- Valores personales
- Elecciones

Tipo de variable:

Cualitativa nominal compleja

INDICADORES:

- Planes a futuro
- Dificultad para manejar el dinero de forma autónoma
- Otras personas organizan su vida
- Elección del tiempo libre
- Elección del lugar donde vive
- Su familia respeta sus decisiones
- Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas.
- Otras personas toman decisiones que son importantes para su vida.

Tipo de variable: cualitativa nominal compleja

PLANES A FUTURO:

Definición conceptual: Proyectos a largo plazo que presenta una persona.

Definición operacional:

- siempre o casi siempre
- frecuentemente
- algunas veces
- nunca o casi nunca

Tipo de variable: cualitativa ordinal compleja.

DIFICULTADES PARA MANEJAR EL DINERO DE FORMA AUTÓNOMA

Definición conceptual: Limitación de una persona para administrar su solvencia.

Definición operacional:

- siempre o casi siempre,
- frecuentemente,
- algunas veces
- nunca o casi nunca

Tipo de variable: cualitativa ordinal.

OTRAS PERSONAS ORGANIZAN SU VIDA

Definición conceptual. Pérdida de autonomía de una persona para toma de decisiones de su vida.

Definición operacional:

- siempre o casi siempre
- frecuentemente
- algunas veces
- nunca o casi nunca

Tipo de variable: cualitativa ordinal compleja

ELECCIÓN DEL TIEMPO LIBRE

Definición conceptual: Selección de actividades a las que se le dedica el tiempo de ocio.

Definición operacional:

- siempre o casi siempre,
- frecuentemente,
- algunas veces
- nunca o casi nunca

Tipo de variable: cualitativa ordinal compleja.

ELECCIÓN DEL LUGAR DONDE VIVE

Definición conceptual: capacidad de una persona para elegir su hábitat.

Definición operacional:

- siempre o casi siempre,
- frecuentemente,
- algunas veces
- nunca o casi nunca

Tipo de variable: cualitativa ordinal compleja.

SU FAMILIA RESPETA SUS DECISIONES

Definición conceptual: autonomía que presenta una persona sobre las decisiones que toma y aceptadas por los miembros de la familia

Definición operacional:

- siempre o casi siempre,
- frecuentemente,

- algunas veces
- nunca o casi nunca

Tipo de variable: cualitativa ordinal compleja

TOMA DECISIONES SOBRE CUESTIONES COTIDIANAS

Definición conceptual: capacidad que tiene una persona para decidir sobre aspectos relevantes de su vida diaria.

Definición operacional:

- siempre o casi siempre
- frecuentemente
- algunas veces
- nunca o casi nunca

Tipo de variable: cualitativa ordinal compleja

OTRAS PERSONAS TOMAN DECISIONES QUE SON IMPORTANTES PARA SU VIDA

Definición conceptual: Capacidad limitada de una persona para la toma de decisiones individualmente.

Definición operacional:

- siempre o casi siempre
- frecuentemente
- algunas veces
- nunca o casi nunca

Tipo de variable: cualitativa ordinal compleja

ESCALA DE BARTHEL:

Definición conceptual: Instrumento que mide el nivel de dependencia según las actividades realizadas en la vida diaria de las personas.

Definición operacional:

- Severa (< 45)
- Grave (45-59)
- Moderada (60-80)
- Ligera (80-100)

Tipo de variable: cuantitativa ordinal

CAPÍTULO III

3.1 CONSIDERACIÓN ÉTICA

Decreto N° 379/008:

En el Consejo de Ministros llevada a cabo en el año 2008 establece que:

“Apruébese el Proyecto elaborado por la Comisión de Bioética y Calidad de Atención, dependiente de la Dirección General de la Salud, del Ministerio de Salud Pública, vinculado a la Investigación en Seres Humanos”.

VISTO: el proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, en virtud del cual las Instituciones de Atención a la Salud, deberán cumplir con una serie de actividades vinculadas a desarrollar Planes de Atención Integrales de Salud regulados por el Ministerio de Salud Pública en el marco de sus competencias;

RESULTANDO: que la investigación con seres humanos es una práctica muy extendida en los sistemas de salud a nivel internacional y nacional, siendo muy necesaria en el desarrollo científico, debiendo desde la Bioética preservarse en todos los casos la dignidad y los derechos humanos de los sujetos;

CONSIDERANDO: que la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud, dependiente de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública, creada por Resolución del Poder Ejecutivo N° 610/005, (Interna N° 68) de 11 de abril de 2005, ha elaborado un Proyecto de Regulación de la Investigación con Seres Humanos que tiene por objeto mejorar el marco regulatorio en nuestro País, incorporando normas y pautas a la atención a la salud;

ATENTO: a lo dispuesto en la Declaración Universal de Derechos Humanos, Declaración de Helsinki y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, lo dispuesto en la Constitución de la República en su Artículo 44° y la Ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934 - Orgánica de Salud

Pública - y Resolución del Poder Ejecutivo N° 610/005, (Interna N° 68) de 11 de abril de 2005.

Se solicitará también una autorización al jefe del servicio.

Se garantiza el anonimato (Ver Anexo 1, 3, 6).

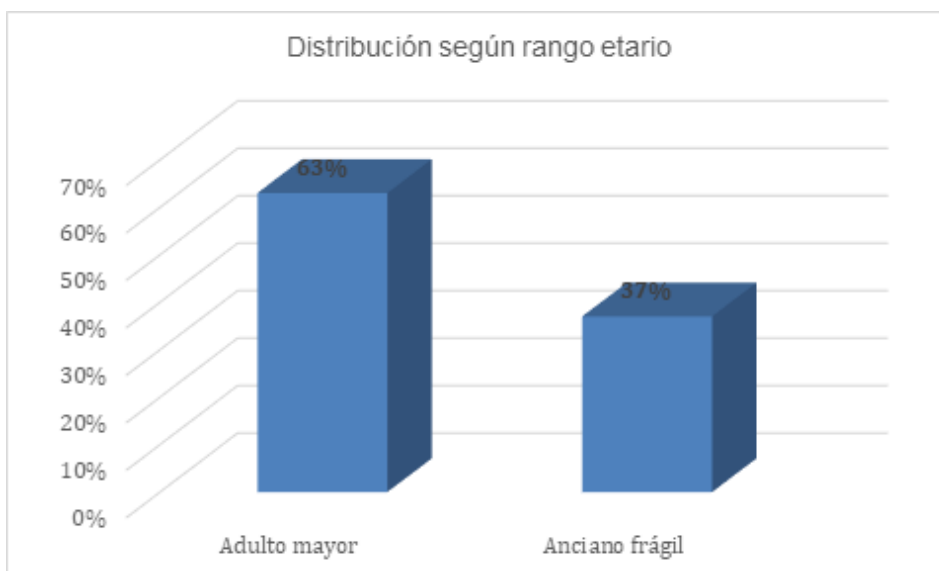
3.2 Resultados

Tabla 1: Distribución según rango etario.

RANGO ETARIO	FA	FAA	FR	FR%
Adulto mayor	27	27	0,63	63,00
Anciano frágil	16	43	0,37	37,00
Total	43	43	1,00	100,00

Fuente: Datos obtenidos de encuestas realizadas marzo 2018, en complejos de BPS, Montevideo Uruguay.

Gráfico 1: Distribución según rango etario.



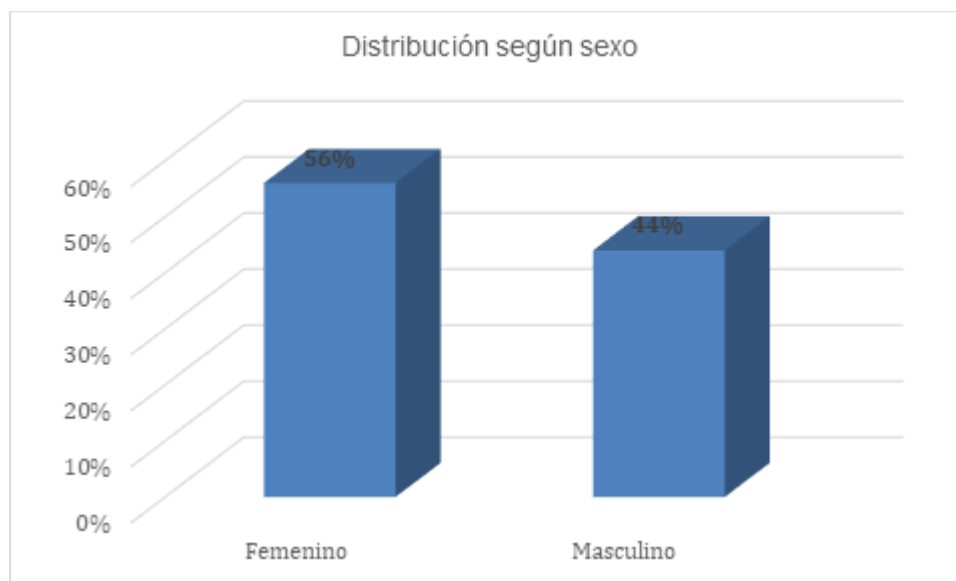
Fuente: Datos obtenidos de encuestas realizadas marzo 2018, en complejos de BPS, Montevideo Uruguay

Tabla 2: Distribución según sexo

SEXO	FA	FAA	FR	FR%
Femenino	24	24	0,56	56,00
Masculino	19	43	0,44	44,00
Total	43	43	1,00	100,00

Fuente: Datos obtenidos de encuestas realizadas marzo 2018, en complejos de BPS, Montevideo Uruguay

Gráfico 2: Distribución según sexo



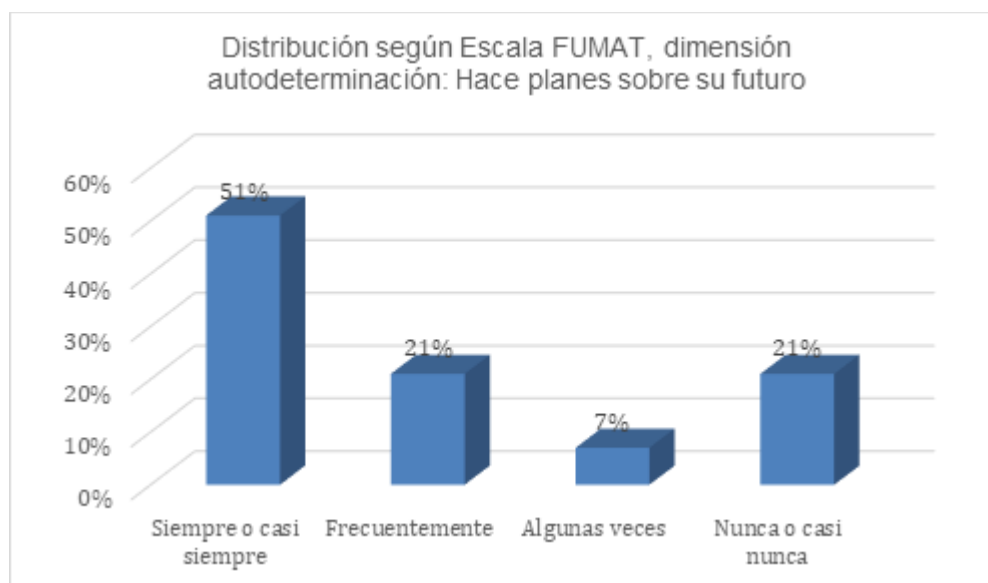
Fuente: Datos obtenidos de encuestas realizadas marzo 2018, en complejos de BPS, Montevideo Uruguay

Tabla 3: Distribución según Escala FUMAT. Dimensión autodeterminación: Hace planes sobre su futuro

Hace planes sobre su futuro	FA	FAA	FR	FR%
Siempre o casi siempre	22	22	0,51	51,00
Frecuentemente	9	31	0,21	21,00
Algunas veces	3	34	0,07	7,00
Nunca o casi nunca	9	43	0,21	21,00
Total	43	43	1,00	100,00

Fuente: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo Uruguay

Gráfico 3: Distribución según Escala FUMAT. Dimensión autodeterminación: Hace planes sobre su futuro



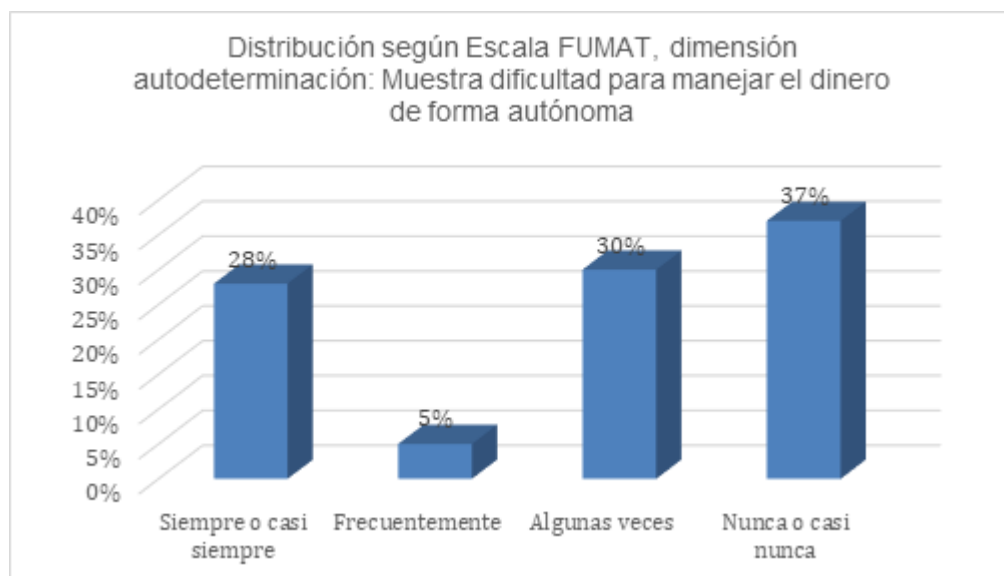
Fuente: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo Uruguay

Tabla 4: Distribución según Escala FUMAT. Dimensión autodeterminación: Muestra dificultad para manejar el dinero de forma autónoma.

Muestra dificultad para manejar el dinero de forma autónoma	FA	FAA	FR	FR%
Siempre o casi siempre	12	12	0,28	28,00
Frecuentemente	2	14	0,05	5,00
Algunas veces	13	27	0,30	30,00
Nunca o casi nunca	16	43	0,37	37,00
Total	43	43	1,00	100,00

Fuente: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo Uruguay

Gráfico 4: Distribución según Escala FUMAT. Dimensión autodeterminación: Muestra dificultad para manejar el dinero de forma autónoma.



Fuente: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo Uruguay

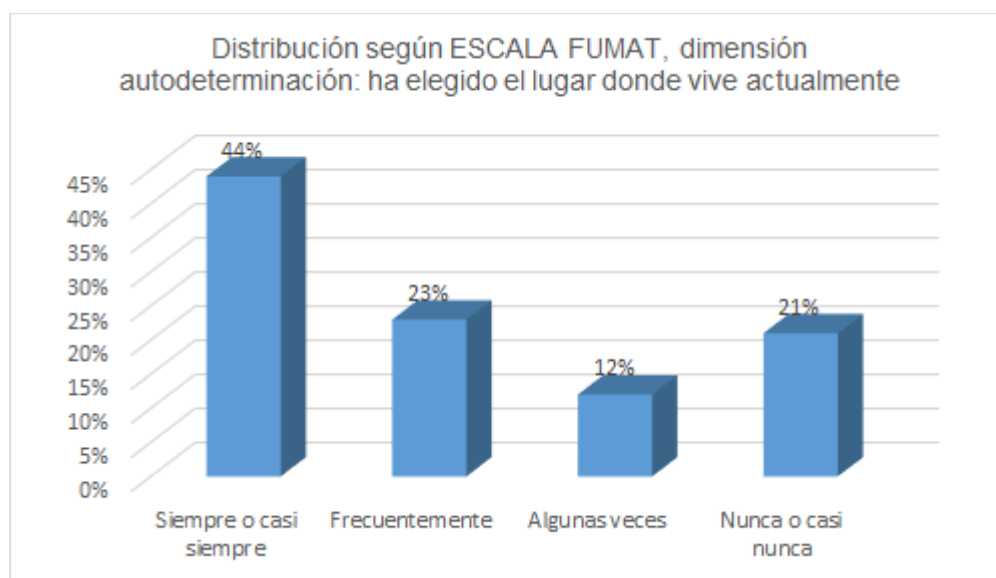
Tabla 5: Distribución según ESCALA FUMAT. Dimensión autodeterminación: Ha elegido el lugar donde vive actualmente.

Ha elegido el lugar donde vive actualmente	FA	FAA	FR	FR%
Siempre o casi siempre	19	19	0,44	44,00
Frecuentemente	10	29	0,23	23,00

Algunas veces	5	34	0,12	12,00
Nunca o casi nunca	9	43	0,21	21,00
Total	43	43	1,00	100,00

Fuente: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo Uruguay

Gráfico 5: Distribución según ESCALA FUMAT. Dimensión autodeterminación: ha elegido el lugar donde vive actualmente.



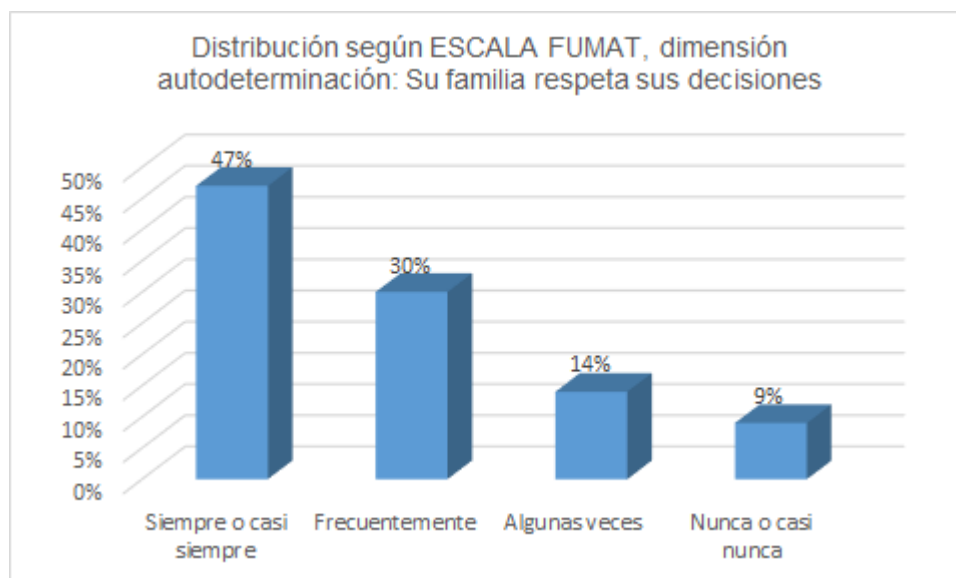
Fuente: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo Uruguay

Tabla 6: Distribución según ESCALA FUMAT. Dimensión autodeterminación: Su familia respeta sus decisiones.

Su familia respeta sus decisiones	FA	FAA	FR	FR%
Siempre o casi siempre	20	20	0,47	47,00
Frecuentemente	13	33	0,30	30,00
Algunas veces	6	39	0,14	14,00
Nunca o casi nunca	4	43	0,09	9,00
Total	43	43	1,00	100,00

Fuente: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo Uruguay

Gráfico 6: Distribución según ESCALA FUMAT. Dimensión autodeterminación: Su familia respeta sus decisiones.



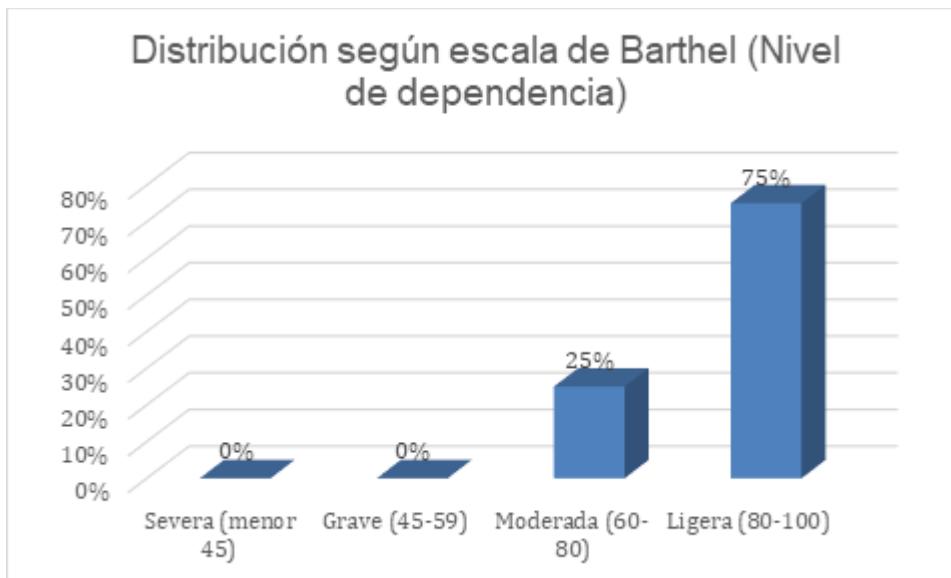
Fuente: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo Uruguay

Tabla 7: Distribución según escala de Barthel (Nivel de dependencia)

NIVEL DEPENDENCIA	DE	FA	FAA	FR	FR%
Severa (menor 45)		0	0	0	0
Grave (45-59)		0	0	0	0
Moderada (60-80)		11	11	0,25	25,00
Ligera (80-100)		32	43	0,75	75,00
Total		43	43	1,00	100,00

Fuente: Datos obtenidos de encuestas realizadas marzo 2018, en complejos de BPS, Montevideo Uruguay

Gráfico 7: Distribución según escala de Barthel (Nivel de dependencia)



Fuente: Datos obtenidos de encuestas BARTHEL realizadas marzo 2018, en complejos de BPS, Montevideo Uruguay

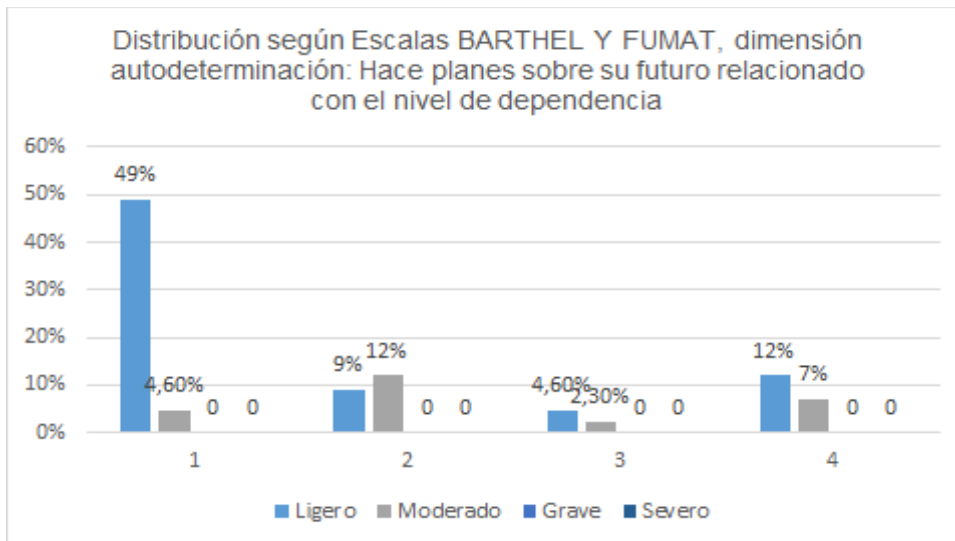
La autodeterminación relacionada con el nivel de dependencia y cálculo estadístico (chi²)

Tabla 8: Distribución según escalas de Barthel y Fumat. Dimensión autodeterminación: “Hace planes sobre su futuro” relacionado con el nivel de dependencia

Nivel de dependencia	Autodeterminación				Total
	Siempre casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca casi nunca	
Ligero	49	9	4,6	12	75
Moderado	4,6	12	2,3	7	25
Grave	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	0
Total	54	21	6,9	19	100

FUENTE: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT y ESCALA BARTHEL, en marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo, Uruguay

Gráfico 8: Distribución según escalas de Barthel y Fumat. Dimensión autodeterminación: “Hace planes sobre su futuro” relacionado con el nivel de dependencia.



FUENTE: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT y ESCALA BARTHEL, en marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo, Uruguay

Cálculos estadísticos (Chi²):

Tabla 8. 1. "Hace planes a su futuro" asociado a nivel de dependencia

Nivel de dependencia	Autodeterminación				Total
	Siempre casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca casi nunca	
Ligero	21	4	2	5	32
Moderado	2	5	1	3	11
Grave	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	0
Total	23	9	3	8	43

Tabla 8. 2. "Hace planes a su futuro" asociado a nivel de dependencia

OBSERVADOS	ESPERADOS	(O - E)	(O - E) ²	(O - E) ² / E
21	17.1	3.9	15.2	0.9
4	6.7	-2.7	7.3	1.8
2	2.2	-0.2	0.04	0.01
5	5.9	-0.9	0.8	0.1
2	5.9	-3.9	15.2	2.6
5	2.3	2.7	7.3	3.2
1	0.8	0.2	0.04	0.05
3	2	1	1	0.5
TOTAL				9.2

$gl = (n^\circ \text{ filas} - 1) \cdot (n^\circ \text{ columnas} - 1)$

$gl = (2 - 1) \cdot (4 - 1)$

$gl = 1 \times 3 = 3$

chi crítico= 7.81

chi tabulado= 9.2

chi tabulado > chi crítico

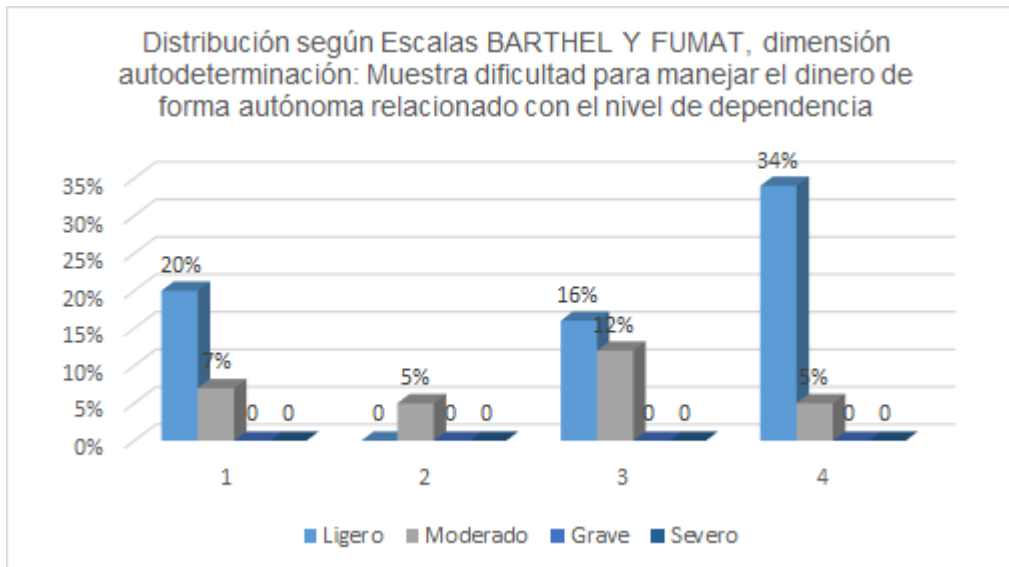
→ **La realización de planes a futuro está asociada con el nivel de dependencia.**

Tabla 9: Distribución según escalas de Barthel y Fumat. Dimensión autodeterminación: “Muestra dificultad para manejar el dinero de forma autónoma” relacionado con el nivel de dependencia

Nivel de dependencia	Autodeterminación				Total
	Siempre casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca casi nunca	
Ligero	20	0	16	34	71
Moderado	8	5	12	5	29
Grave	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	0
Total	28	5	28	39	100

Fuente: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT y ESCALA BARTHEL marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo Uruguay

Gráfico 9: Distribución según escalas de Barthel y Fumat. Dimensión autodeterminación: Muestra dificultad para manejar el dinero de forma autónoma relacionado con el nivel de dependencia



Fuente: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT y BARTHEL marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo Uruguay

Tabla 9. 1. “Muestra dificultad para manejar el dinero en forma autónoma” asociado a nivel de dependencia.

Nivel de dependencia	Autodeterminación				Total
	Siempre casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca	
Ligero	9	0	7	15	31
Moderado	3	2	5	2	12
Grave	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	0
Total	12	2	12	17	43

Tabla 9. 2. “Muestra dificultad para manejar el dinero en forma autónoma” asociado a nivel de dependencia.

OBSERVADOS	ESPERADOS	(O - E)	(O - E) ²	(O - E) ² / E
9	8.7	0.3	0.09	0.01
0	1.4	-1.4	2	1.4
7	8.6	-1.6	2.6	0.3
15	12.3	2.7	7.3	0.6
3	3.3	-0.3	0.09	0.02
2	0.6	1.4	2	3.3
5	3.3	1.7	2.9	0.9
2	4.7	-2.7	7.3	1.6
Total				8.1

$$gl = (n^\circ \text{ filas} - 1) \cdot (n^\circ \text{ columnas} - 1)$$

$$gl = (2 - 1) \cdot (4 - 1)$$

$$gl = 1 \times 3 = 3$$

chi crítico: 7.81

chi tabulado: 8.1

chi tabulado > chi crítico

→ **El manejo del dinero en forma autónoma está asociado con el nivel de dependencia.**

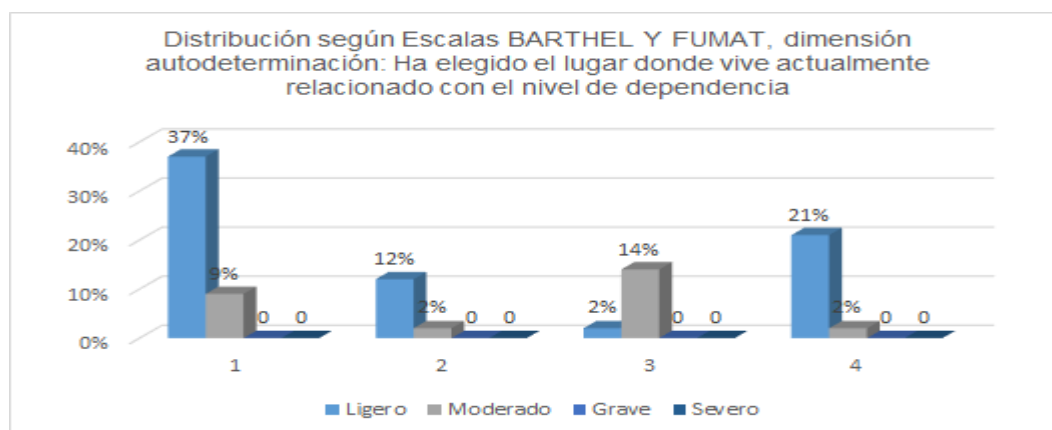
Tabla 10. Distribución según escalas de Barthel y Fumat. Dimensión autodeterminación: Ha elegido el lugar donde vive actualmente relacionado con el nivel de dependencia

Nivel de dependencia	Autodeterminación				Total
	Siempre casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca casi nunca	

Ligero	37	12	2	21	73
Moderado	9	2	14	2	27
Grave	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	0
Total	46	14	16	23	100

Fuente: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT y ESCALA BARTHEL marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo Uruguay

Gráfico 10: Distribución según escalas de Barthel y Fumat. Dimensión autodeterminación: Ha elegido el lugar donde vive actualmente relacionado con el nivel de dependencia



Fuente: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT y ESCALA BARTHEL marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo Uruguay

Tabla 10. 1. “Ha elegido el lugar donde vive actualmente” asociado a nivel de dependencia.

Nivel de dependencia	Autodeterminación				Total
	Siempre casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca casi nunca	
Ligero	16	5	1	9	31
Moderado	4	1	6	1	12

Grave	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	0
Total	20	6	7	10	43

Tabla 10. 2. “Ha elegido el lugar donde vive actualmente” asociado a nivel de dependencia

OBSERVADOS	ESPERADOS	(O - E)	(O - E) ²	(O - E) ² / E
16	14.4	1.6	2.6	0.2
4	5.5	-1.5	2.3	0.4
5	4.3	0.7	0.5	0.1
1	1.6	-0.6	0.4	0.2
1	5	-4	16	3.2
6	1.9	4.1	16.8	8.9
9	7.2	1.8	3.2	0.4
1	2.7	-1.7	2.9	1.1
Total				14.5

$$gl = (n^\circ \text{ filas} - 1) \cdot (n^\circ \text{ columnas} - 1)$$

$$gl = (2 - 1) \cdot (4 - 1)$$

$$gl = 1 \times 3 = 3$$

$$\text{chi crítico} = 7.81$$

$$\text{chi tabulado} = 14.5$$

$$\text{chi tabulado} > \text{chi crítico}$$

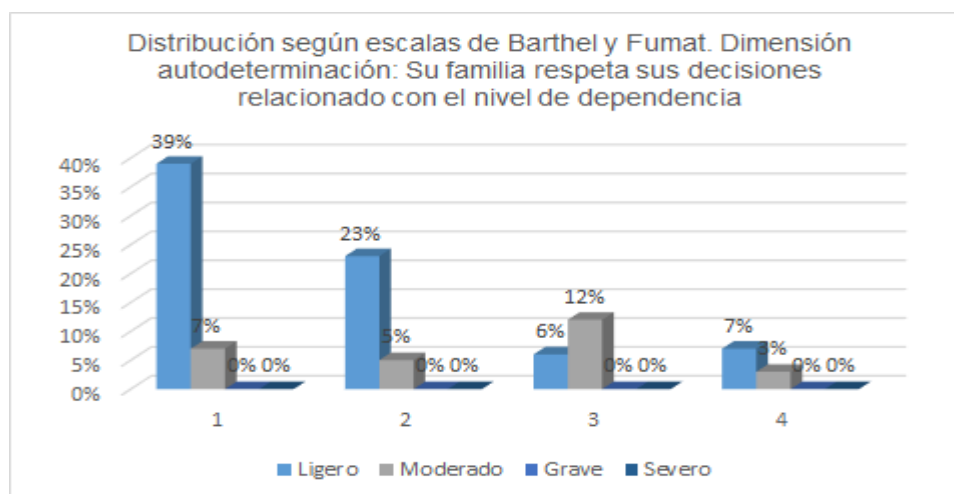
→ **El poder de elección donde vive actualmente está asociado con el nivel de dependencia.**

Tabla 11: Distribución según escalas de Barthel y Fumat. Dimensión autodeterminación: Su familia respeta sus decisiones relacionado con el nivel de dependencia.

Nivel de dependencia	Autodeterminación				Total
	Siempre casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca casi nunca	
Ligero	39	23	6	7	75
Moderado	7	5	12	3	25
Grave	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	0
Total	46	28	8	10	100

Fuente: Datos obtenidos de las ESCALAS BARTHEL Y FUMAT marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo Uruguay

Gráfico 11: Distribución según escalas de Barthel y Fumat. Dimensión autodeterminación: Su familia respeta sus decisiones relacionado con el nivel de dependencia.



Fuente: Datos obtenidos de las ESCALAS BARTHEL Y FUMAT marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo Uruguay

Tabla 11. 1. “Su familia respeta sus decisiones” asociado a nivel de dependencia.

Nivel de dependencia	Autodeterminación				Total
	Siempre casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca	
Ligero	17	10	2	3	32
Moderado	3	2	5	1	11
Grave	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	0
Total	20	12	7	4	43

Tabla 11. 2. "Su familia respeta sus decisiones" asociado a nivel de dependencia

OBSERVADOS	ESPERADOS	(O - E)	(O - E) ²	(O - E) ² / E
17	14.8	2.2	4.8	0.3
10	8.9	1.1	1.2	0.1
2	5.2	-3.2	10.2	2
3	3	0	0	0
3	5.1	-2.1	4.4	0.9
2	3	-1	1	0.3
5	1.8	3.2	10.2	5.7
1	1	0	0	0
TOTAL				9.3

$gl = (n^\circ \text{ filas} - 1) \cdot (n^\circ \text{ columnas} - 1)$

$gl = (2 - 1) \cdot (4 - 1)$

$gl = 3$

chi crítico = 7.81

chi tabulado = 9.3

chi tabulado > chi crítico

→ **El respeto que tiene la familia para respetar sus decisiones está asociado con el nivel de dependencia.**

3.3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Con respecto a la variable rango etario un 63% corresponden a adulto mayor, mientras que un 37% corresponde a anciano frágil. Estos resultados coinciden con los antecedentes bibliográficos de la población de estudio, que, para ser un anciano frágil, es aquel que presenta un mayor riesgo de declive, lo que resulta ser más vulnerable; y por ende necesita de un mayor apoyo familiar. Y esto se refleja a nivel nacional donde epidemiológicamente Uruguay es un país envejecido con un 14,11% de AM y el 52.61% de ellos tienen entre 65 y 74 años y el 27.19% tienen 80 años o más, según lo refirió el MIDES en 2013²¹.

En la presente investigación resultó el 56% de los Adultos Mayores entrevistados son de sexo femenino, mientras el 44% son de sexo masculino; que concierne a la feminización entre la población adulto mayor, según muestra el censo realizado en el año 2011.

En referencia a la variable “hace planes a su futuro” el 51% de los Adultos Mayores siempre o casi siempre presentan proyectos a largo plazo, 21% frecuentemente, 7% algunas veces lo presentan, mientras que 21% nunca o casi nunca hacen planes a futuro. Es un desafío de las personas mayores poder matizar su calidad de vida, planteándose planes a su futuro y viendo lo que manifiesta la epidemiología que la mayor parte de esta población son personas autoválidas y socialmente integradas, y que el 86.35% de los Adultos Mayores son jubilados o pensionistas, mientras que el 13.07% de éstos son activos (se encuentran trabajando o en busca de trabajo). Esto evidencia que realizan planes a futuro, lo que concuerda con nuestra población.

Del ítem “muestra dificultad para manejar el dinero de forma autónoma” un 37% de los AM nunca o casi nunca presenta dificultad, para manejar el dinero, un 30% algunas veces, 28% siempre o casi siempre mientras que un 5% frecuentemente presenta dificultades. Estos últimos datos, reflejan un mayor porcentaje de las personas con una respectiva autonomía; en la cual no presentan dificultades en manejar la propia economía, según lo

menciona FUMAT en la dimensión bienestar material, la cual no fue abordada en esta investigación.

Del ítem "ha elegido el lugar donde vive actualmente" muestra que el 44% siempre o casi siempre lo eligió, el 23% frecuentemente, el 21% de los Adultos Mayores nunca o casi nunca eligieron donde viven actualmente, el 12% algunas veces. El BPS se ha caracterizado por un importante apoyo, que permite a jubilados y pensionistas contar con su vivienda propia y corresponde el porcentaje mayor en la investigación realizada.

Del ítem "su familia respeta sus decisiones", deja ver que un 47% de los adultos refieren que siempre o casi siempre; un 30% frecuentemente; un 14% refiere que algunas veces y el 9% que nunca o casi nunca su familia respeta sus decisiones. Toda persona adulta tiene derecho a la toma de decisiones. La edad, por lo tanto, no es criterio para restringir la autodeterminación o la toma de decisiones.

La autodeterminación en el adulto mayor hace referencia a su capacidad para tomar decisiones personales y así como las expectativas que tiene sobre sí mismo, su presente y su futuro.

La propuesta de medición de la calidad de vida en los adultos mayores derivada de los resultados de esta investigación, está delineada desde la que los adultos tienen sobre su propia vida y de su capacidad para tomar decisiones.

Según el nivel de dependencia, un 75% de de los AM presentan un nivel de dependencia ligero, mientras que un 25% presentan dependencia moderado.

No se obtuvieron usuarios con nivel de dependencia severa ni grave.

Es importante destacar que la población estudiada son residentes que habitan en los complejos y los niveles de dependencia no se localizan dentro de estos últimos rangos mencionados anteriormente, ya que si existieran con niveles graves o severos necesitan de otros cuidados.

De la relación entre las variables de la autodeterminación y sus respectivos indicadores (ítems) de la escala de Fumat y de la escala de Barthel cabe destacar que el ítem "hace planes sobre su futuro" muestra que el 75% de los adultos mayores presentaban nivel de dependencia ligera, el 49% de ellos siempre o casi siempre hacen planes a futuro, el 9%

frecuentemente mientras que el 4,6% algunas veces y el 12% nunca o casi nunca. Del 25% que presentaban nivel de dependencia moderada, el 12% frecuentemente presentan planes a futuro, el 4,6% siempre o casi siempre, mientras el 7% nunca o casi nunca lo presentaban y el 2,3% algunas veces.

Esto relacionado con el marco teórico según lo que ha nombrado la autora González A., en su artículo científico denominado "Calidad de Vida en el Adulto Mayor"⁶ en 2009, investigó el impacto de algunas variables en la calidad de vida de adultos mayores en México, que resultó que los adultos que se hallaban en actividad laboral, obtuvieron una mejor puntuación de calidad de vida de los que eran jubilados; lo cual concuerda que los AM que realizaron planes a futuro presentaron mayor nivel de independencia.

En el ítem "muestra dificultades para manejar el dinero en forma autónoma", muestra que el 71% de los AM presentaron nivel de dependencia ligera, el 34% de ellos nunca o casi nunca presentaron dificultades para manejar su dinero, algunas veces el 16%, mientras que el 20% siempre o casi siempre presentan dificultades. Del 29% de los AM que presentaron nivel de dependencia era moderada, el 12% algunas veces presentaron dificultades, siempre o casi siempre el 7% frecuentemente el 5%, mientras que nunca o casi nunca el 5% de ellos lo presentaron. En base a lo referido por Cerquera A, Uribe F, Jhair Y y Correa H, los adultos mayores han valorado mejor su calidad de vida más por la presencia de la capacidad funcional, por lo que se estableció la relación que a mayor independencia mayor calidad de vida.

El ítem "ha elegido el lugar donde vive actualmente", muestra que el 73% de los AM presentan nivel de dependencia ligera, el 37% de ellos siempre o casi siempre eligieron donde viven actualmente, frecuentemente el 12%, mientras que el 21% nunca o casi nunca había elegido el lugar, el 2% de éstos algunas veces. Del 27% de los AM que presentaban nivel de dependencia moderada el 14% de éstos algunas veces eligieron, nunca o casi nunca el 2%, mientras que el 9% de éstos adultos mayores siempre o casi siempre eligieron el lugar en el que viven, frecuentemente el 2%.

Nuevamente se estableció correlación con el marco teórico que refiere mayor calidad de vida en los AM que son independientes y toman sus propias decisiones como ser el lugar donde vivir.

Del ítem "su familia respeta sus decisiones" muestra que el 75% de los AM presentan nivel de dependencia ligera, el 39% de ellos presentan respeto en sus decisiones por parte de sus familias siempre o casi siempre, frecuentemente el 23%, mientras que el 7% de ellos sus familias no respetan sus decisiones, algunas veces el 6%. Del 25% de los adultos mayores presentaban nivel de dependencia moderada, el 12% de ellos sus decisiones eran respetadas por sus familias algunas veces, el 7% siempre o casi siempre, frecuentemente el 5%, mientras que el 3% nunca o casi nunca sus familias respetaban sus decisiones. En un estudio realizado en Lima - Perú, en 2007, se destacó que para el AM la calidad de vida es "tener paz, tranquilidad en su vida cotidiana; ser cuidado y protegido por la familia, con dignidad, afecto, respeto por su persona y por sus bienes materiales, ayudándole a lograr sus metas, permitiéndole ejercer su derecho de libre expresión, comunicación, de decisión en todo lo que se le relacione a él" siendo que las familias de estos respetan sus decisiones se desprende de este ítems que todo esto está asociado y relacionado con el nivel de dependencia de cada uno de ellos.

3.4 CONCLUSIONES

Como vimos en el marco teórico Uruguay es uno de los países más envejecido de América con el 17% de la población mayor a 60 años y el 13% mayor a 65. El 50% de las personas mayores de 65 años residen en Montevideo, la mayor parte de estas son personas auto válidas y socialmente integradas, es por esto que son ellos nuestra población objetivo.

Se logró conocer el nivel de autodeterminación de estos a través de las encuestas realizadas con las escalas utilizadas.

Como se ha mencionado, la situación de dependencia se presenta cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no puede llevar a cabo las actividades de la vida diaria, sin ayuda de otra persona, no siendo el caso de estos adultos mayores, ya que según los datos obtenidos de los 43 encuestados, la mayoría presentaron nivel de dependencia ligera y moderada y no se obtuvieron AM con nivel de dependencia severa o grave.

El modelo teórico en la que se basó esta investigación corresponde a Virginia Henderson,

la cual proporciona necesidades que son vitales para la vida diaria, y a su vez algunas de ellas permiten ser evaluadas por la escala de Barthel. El rol de enfermería en el cuidado del adulto mayor según lo referido en el marco teórico, es de suma importancia para la promoción y prevención de la calidad de vida de éstos; fomentando la autodeterminación del mismo y además es una instancia relevante donde enfermería puede desempeñar la educación para la salud. En cuanto a la aplicación del rol de enfermería, debe estar sostenido por evidencias y sus principios deben ser la base de intervenciones y apoyos.

Basado en el marco teórico que evidencia que el 20% de los adultos mayores sin quien les cuide ante la probabilidad de discapacidad o enfermedades, hecho más frecuente a mayor edad, sea un 75% de dependencia ligera muestra una calidad de vida elevada pudiendo realizar de manera autónoma las ABVD.

El adulto mayor es un actor social, al igual que las personas de otros grupos etarios, con capacidades para aportar y con necesidades propias por lo cual que un 51% de los AM encuestados siempre o casi siempre tengan metas a largo plazo es un factor importante que muestra autodeterminación.

Dado que mayormente en todos los ítems que se aplicaron de la escala tanto de FUMAT como de Barthel, los AM presentaron autonomía. Se puede concluir que estos presentan nivel de independencia para realizar una vida digna y un envejecimiento seguro.

SUGERENCIAS

A los futuros grupos de investigación, se recomienda la aplicación de las ocho dimensiones abarcadas de la escala de "Fumat".

Para estudios posteriores, es recomendable investigar con muestras similares.

Aplicar la encuesta nuevamente y comparar resultados de acuerdo con la actual situación del país, ya que se debe tener en cuenta que la evaluación de la calidad de vida puede variar no sólo en cuanto a las puntuaciones obtenidas, sino que también sufre variaciones en el transcurso del tiempo y en función de los distintos acontecimientos vitales en la vida de las personas.

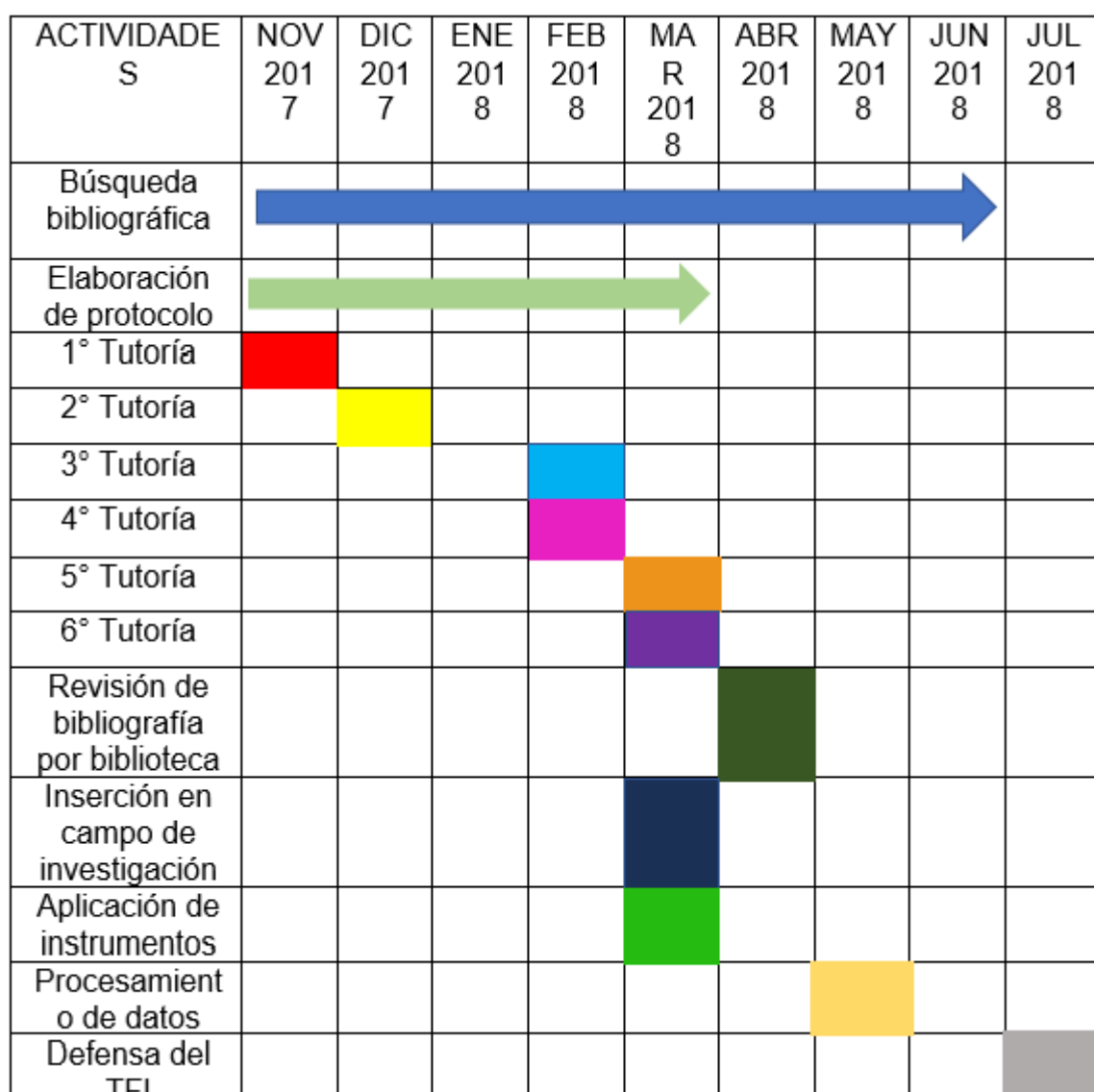
De allí que se recomienda evaluar periódicamente a cada persona con el objetivo de obtener información actualizada sobre su calidad de vida.

Diseñar y desarrollar proyectos que mejoren las condiciones que velen por mantener óptimas condiciones en el mejoramiento de la calidad de vida.

La investigación retroa-limenta los procesos de desarrollo disciplinar de forma continua, favoreciendo la generación de nuevo conocimiento y el mejoramiento de la calidad en el cuidado de enfermería.

3.5 DIAGRAMA DE GANTT

Se prevé comenzar el Trabajo Final de Investigación en noviembre de 2017 y finalizar en julio de 2018.



3.6 PRESUPUESTOS

Recursos Humanos: No se requirió de honorarios, de asesores ni tesisistas para la investigación.

Recursos Económicos:

- Impresiones para encuestas: \$1500
- Lapiceras 10 unidades: \$100
- Calculadora 1 unidad: \$300
- CD 1 unidad: \$50
- 5 Encuadernaciones: \$2000

Logística:

- Computadoras con acceso a Internet: \$3000
- Gastos telefónicos: \$2000
- Transporte: →Ómnibus: \$20000
→Taxi: \$2500

- Cabe destacar que los gastos son reales y aproximados y que están a cargo de los estudiantes que realizan la investigación.

3.7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Petrello D, Pili R, Gaviano L, Matos C, Zuddas C. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. RevEsp de Geriátria y Gerontología [Internet] 2016; 51(4): 229 - 41. Disponible en:<https://www.sciencedirectcom.proxy.timbo.org.uy:88/science/article/pii/S0211139X1500205X>? [consulta: 15 nov 2017]
2. Verdugo Alonso MA, Gómez Sánchez LE, Arias Martínez B. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: escala FUMAT. [Internet] 2009. p. 7 - 74. Disponible en:http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf [consulta: 26 nov 2017].
3. Cerquera Córdoba AM, Uribe Rodríguez AF, Matajira Camacho YJhair, Correa Gómez HV. Dependencia funcional y dolor crónicos asociados a la calidad de vida del adulto mayor. Psicogente [Internet] 2017; 20(38): 398 - 409. Disponible en:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-01372017000200398&lang=pt [consulta: 26 nov 2017].
4. Ruzafa JC, Moreno JD. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev.Esp Salud Pública [Internet] 1997; 71: 177-37. Disponible en:<http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf> [consulta: 26 nov 2017].
5. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia AnFacMed [Internet] 2007; 68 (3): 284-90. Disponible en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832007000300012&script=sci_arttext [consulta: 26 nov 2017].
6. González A. Calidad de vida en el adulto mayor. [Internet]. 2009. Disponible en:http://www.academia.edu/4819735/CALIDAD_DE_VIDA_EN_EL_ADULTO_MAYOR [consulta: 26 nov 2017]
7. Loredó Figueroa MT, Gallegos Torre RM, Xequemoralessb AS, Palomé Vega G, Suárez Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enferm Univ [Internet] 2016; 13(3): 159-65. Disponible en:<http://elsevier.es/es-revista-enfermeria->

[universitaria-400-articulo-nivel-dependencia-autocuidado-calidad-vida-S1665706316300197](#) [consulta: 26 nov 2017].

8. Levis Alfaro JJ, Castillo Curi F, Villa Casapino E. Perfil de Calidad de Vida del Adulto Mayor de los Centro del Adulto Mayor en los distritos de Chaclacayo y Chosica, Lima Perú, 2014. Rev Inv Universitaria [Internet] 2015; 4 (2): 57 - 63. Disponible en:<http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/riu/article/view/686/771> [consulta 9 feb 2018].

9. Velásquez Ledesma CH. Calidad de vida y estado de salud del adulto mayor: centro del adulto mayor de la Municipalidad Provincial de Huancayo 2015 [tesis] [Internet]. 2017. Disponible en:<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2976/ENDvelech.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [consulta: 26 nov 2017].

10. Castillo Cruz Y, Montero N, Salazar Ponce R, Villacís Tamayo R. Calidad de vida en pacientes ecuatorianos con artritis reumatoide: un estudio transversal. Reumatología Clínica [Internet] 2017; (11). Disponible en:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X1730236X?via%3Dihub> [consulta: 26 nov 2017].

11 Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. Datos interesantes acerca del envejecimiento. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en<http://www.who.int/ageing/about/facts/es/> [consulta 27 de jun 2018].

12. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. El proceso de envejecimiento demográfico en el Uruguay y sus desafíos. Naciones Unidas: CEPAL; 2017. Disponible en:<http://www.cepal.org/es/enfoques/proceso-envejecimiento-demografico-uruguay-sus-desafios> [consulta 27 de jun 2018].

13. Calvo Serna E. Programa de mejora de la calidad de vida de un grupo de personas mayores con discapacidad intelectual [tesis de maestría] [Internet]. 2013. Disponible en:<http://uvadoc.uva.es/handle/10324/3808> [consulta: 16 nov 2017].

14. Gómez LE, Verdugo MA, Arias B, Navas P. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la escala FUMAT. Psychosocial Intervention [Internet] 2008; 17 (2): 188-99. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592008000200007&script=sci_arttext&tlng=en [consulta: 27 nov 2017].
15. Barroso Romero Z, Torres Esperón JM. Fuentes teóricas de la enfermería profesional: Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. Rev Cubana Salud Pública [Internet] 2001; 27(1): 11-8. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100002 [consulta: 7 nov 2017].
16. Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Plan de estudios 1993. [Internet]. Disponible en:<https://www.fenf.edu.uy/wp-content/uploads/2017/08/pdee-93-ultimo-compaginado.pdf> [consulta: 4 nov 2017].
17. Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. 2016. Disponible en:<http://www.who.int/suggestions/faq/es/> [consulta: 4 nov 2017].
18. García López MV, Rodríguez Ponce C, Toronjo Gómez AM. Enfermería del anciano. Madrid: DAE; 2001. p. 129-68.
19. Alvarado García AM, Salazar Maya AM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet] 2014; 25(2): 57-62. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002 [consulta: 4 nov 2017].
20. Rivas Costa G, Domínguez Berjón MF, Astray Mochales J, Génova Maleras R, Rodríguez Laso Á, Esteban Vasallo MD. Características epidemiológicas de la pluripatología y su influencia en la utilización de servicios sanitarios a partir de una encuesta de salud. RevEsp Salud Pública [Internet] 2009; 83(6): 835-46. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000600007 [consulta: 27 nov 2017].
21. Uruguay.Ministerio de Desarrollo Social. Asesoría Macro en Políticas Sociales. Cuidados en Personas Adultas Mayores. Montevideo: MIDES; 2013. Disponible:

www.mides.gub.uy/innovaportal/file/23306/1/13.05_-_snc_informe_censo_-_adultos_mayores.pdf [consulta: 23 jun 2018].

22. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa Nacional del Adulto Mayor. [Internet]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Programa_Adulto_Mayor%5B1%5D.pdf [consulta: 7 nov 2017].

23. Diccionario de la Real Academia Española. Autodeterminación. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=autodeterminaci%C3%B3n> [consulta: 5 nov 2017].

24. Ossa Cornejo C, Aedo Saravia J. Enfoques de aprendizaje, autodeterminación y estrategias metacognitivas en estudiantes de pedagogía de una universidad chilena [Internet] 2014; 8(1): 79-88. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212014000100008 [consulta: 3 mar 2018].

25. Galván Bonilla MA. ¿Qué es calidad de vida? [Internet]. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa2/n2/m2.html> [consulta: 5 nov 2017].

26. Administración de las Viviendas para Jubilados y Pensionistas Beneficiarios del Banco de Previsión Social. Ley 18340 de 3 de setiembre de 2008. Uruguay. Disponible en: https://parlamento.gub.uy/documentosleyes/leyes?Ly_Nro=18340&Ly_fechaDePromulgacion%5Bmin%5D%5Bdate%5D=&Ly_fechaDePromulgacion%5Bmax%5D%5Bdate%5D=&Ltemas=&tipoBusqueda=T&Searchtext= [consulta: 30 nov 2017].

27. Subsidio otorgado por el Banco de Previsión Social a personas carenciadas de entre 65 y 70 años. Ley 18241 de 8 de enero de 2008. Uruguay. Disponible en: https://parlamento.gub.uy/documentosleyes/leyes?Ly_Nro=18241&Ly_fechaDePromulgacion%5Bmin%5D%5Bdate

[%5D=&Ly_fechaDePromulgacion%5Bmax%5D%5Bdate](#)

[%5D=&Ltemas=&tipoBusqueda=T&Searchtext=](#) [consulta: 30 nov 2017].

28. Creación del Instituto Nacional del Adulto Mayor en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social. Ley 18.617 de 6 de noviembre de 2009. [Internet]. Uruguay.

Disponible

en:<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes?>

[Ly_Nro=18617&Ly_fechaDePromulgacion%5Bmin%5D%5Bdate](#)

[%5D=&Ly_fechaDePromulgacion%5Bmax%5D%5Bdate](#)

[%5D=&Ltemas=&tipoBusqueda=T&Searchtext=](#) [consulta: 30 nov 2017].

29. Banco de Previsión Social. Calidad de vida. [Internet]. 2016. Disponible

en:<http://www.bps.gub.uy/10278/calidad-de-vida.html> [consulta: 15 feb 2018].

30. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. 4a. ed. México: McGraw Hill; 2006.

ANEXOS

1) Consideración ética:

Decreto N° 379/008 de 4 de agosto de 2008, artículo 1° (Proyecto elaborado por la Comisión de Bioética y Calidad de Atención dependiente de la Dirección General de la Salud, del Ministerio de Salud Pública, artículo 4°, numeral 5 - Anexo) por el cual se regula sobre la investigación con seres humanos.

“Todo acto o conjunto de actos de cualquier naturaleza, que tenga como objeto analizar o determinar resultados de la aplicación o utilización de drogas, dispositivos, procedimientos o sistemas con fines diagnósticos, terapéuticos o de desarrollo, actualización o introducción de nuevos conocimientos científicos, que tengan relación con el ser humano, será considerado como investigación. Los procedimientos referidos incluyen entre otros, los de naturaleza operacional, ambiental, nutricional, educacional, sociológica, antropológica – económica, física, psíquica o biológica. Así mismo, se considerará investigación la recolección y todo tipo de manipulación de datos personales relacionados con la salud de individuos y comunidades. Esta enumeración no es taxativa”.

2) Escala FUMAT

BINESTAR EMOCIONAL		
Estabilidad Emocional (Salud Mental)	i001	El contexto en el que vive le produce estrés
	i002	En el servicio al que acude le proporcionan atención psicológica cuando la necesita
Satisfacción	i006	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe
	i007	Se muestra satisfecho consigo mismo
	i008	En general, se muestra satisfecho con su vida
Autoconcepto	i010	Dice que es un inútil
	i013	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad
Ausencia de estrés, sentimientos negativos	i017	Dice sentirse triste o deprimido
	i018	Tiene problemas de comportamiento
	i019	Se muestra intranquilo o nervioso
Relaciones de pareja	i021	El servicio al que acude dificulta el establecimiento de relaciones de pareja
	i022	Tiene pareja o tiene posibilidades de tenerla si quisiera
RELACIONES INTERPERSONALES		
Tiene amigos claramente identificados	i026	Recibe visitas de sus amigos
	i027	Realiza actividades que le gustan con otras personas
Relaciones Sociales	i031	Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude
	i032	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude

Relaciones familiares	i035	Mantiene una buena relación con su familia
	i038	No tiene ningún familiar cercano
Contactos sociales positivos y gratificantes	i039	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él
	i040	Valora positivamente sus relaciones de amistad
BIENESTAR MATERIAL		
Vivienda	i041	El lugar donde vive es confortable
	i044	El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades
	i045	El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades

Condiciones del servicio	i050	El servicio al que acude cumple con las normas de seguridad
	i051	El servicio al que acude cumple con las normas de higiene
	i052	El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades
Jubilación	i055	Dice no estar satisfecho con su jubilación (por haber dejado de realizar la actividad que desempeñaba)
Posesiones	i056	Dispone de las cosas materiales que necesita
Ingresos	i058	Se queja de su salario (o pensión)
	i060	Sus ingresos le permiten cubrir sus necesidades básicas

DESARROLLO PERSONAL		
Oportunidades de aprendizaje	i063	En el servicio al que acude realiza actividades que le permiten aprender cosas nuevas
	i064	En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan
	i065	El servicio al que acude le proporciona la oportunidad de adquirir nuevas habilidades
Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación)	i070	Es responsable de la toma de su medicación
	i072	Resuelve con eficacia los problemas que se le plantean
	i074	Muestra escasa flexibilidad mental
	i075	Comprende la información que recibe
Habilidades académicas	i076	Expresa información
	i077	Maneja conceptos matemáticos básicos útiles para la vida cotidiana (sumar, restar...)
	i078	Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico...)
BIENESTAR FÍSICO		
Atención Sanitaria	i079	Tiene acceso a la asistencia sanitaria que necesita
Memoria	i082	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, etc.)
Movilidad	i084	Tiene problemas de movilidad
Visión	i085	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales
Sueño	i087	Tiene problemas de sueño

Sueño	i087	Tiene problemas de sueño
Acceso ayudas técnicas	i088	Dispone de ayudas técnicas si las necesita
Actividades de la vida diaria. Continencia	i090	Tiene problemas de continencia
	i093	Se muestra limpio y aseado

Audición	i096	Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal
Salud General	i097	Su salud le impide salir a la calle
AUTODETERMINACIÓN		
Metas y Preferencias Personales	i098	El servicio al que acude organiza actividades sin contar con sus preferencias
	i099	Hace planes sobre su futuro
Autonomía	i103	Maneja el dinero independientemente (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)
	i106	Organiza su propia vida
Elecciones	i110	Elige cómo pasar su tiempo libre
	i111	Los servicios y los apoyos que requiere cambian a medida que cambian sus deseos, necesidades y preferencias
	i113	Ha elegido el lugar donde actualmente vive

Decisiones	i116	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas
	i117	Toma decisiones importantes para su vida
	i118	Su familia respeta sus decisiones

INTEGRACIÓN SOCIAL		
Participación	i120	Tiene dificultades para participar en su comunidad
	i121	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan
	i122	Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude
Integración	i123	No se relaciona con otras personas del centro
	i130	Está integrado en su comunidad
	i132	Está integrado con sus compañeros del servicio al que acude
Apoyos	i126	Su red de apoyos no satisface sus necesidades
	i135	En el servicio al que acude encuentra apoyos cuando lo necesita
	i138	Su familia le da apoyo cuando lo necesita
	i139	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita
General	i140	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos

DERECHOS		
Ejerce derechos	i141	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)
Responsabilidades	i142	Cumple con las normas establecidas en el servicio al que acude
Dignidad	i144	Sufre malos tratos
	i145	Sufre abandono
Derechos legales	i147	Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal
Información	i148	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe
Respeto	i150	En su entorno es tratado con respeto
Defensa de derechos	i154	Defiende sus derechos cuando no son respetados
Intimidad	i155	En el servicio al que acude se respeta su intimidad

3) Formulario de consentimiento informado para TFI:

He leído atentamente la información proporcionada en este formulario de consentimiento, o se me ha leído de manera clara. Todas las preguntas sobre este estudio que pudiera tener, y mi participación en él me han sido contestadas claramente. Libremente doy el consentimiento para participar en este estudio de investigación, manteniéndose en anonimato mi identidad.

Teléfonos de contacto para comunicarse con los investigadores ante cualquier duda:

Tel. Álvarez Olivera Sofía: 092 --- ---

Tel. Belsterli Robert Nadia: 092 --- ---

Tel. Olivera Benítez Sofía: 098 --- ---

Tel. Rodríguez Cambeiro Andrea: 095 --- ---

Tel. Rodríguez Correa Andrea: 098 --- ---

Firma Entrevistado: _____

Firma Entrevistador: _____

CI: _____

CI: _____

4) Virginia Henderson, modelo de valoración según 14 necesidades.

Nacida en 1897, tiene en su haber una larga carrera autora e investigadora, llegó a definir la enfermería en términos funcionales, lo que apareció publicado en 1959: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su recuperación o a una muerte tranquila y que él realizaría sin ayuda si tuviera fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible". Esta teoría hace un estudio cuidadoso de las necesidades básicas del paciente e identifica catorce de ellas que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería en relación a las 14 Necesidades de Virginia Henderson.

5) Escala de Barthel:

ÍNDICE DE BARTHEL			
Comida:			
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, pero es capaz de comer sólo/a	
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	
Lavado (baño)			
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una	

		persona supervise	
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	
Vestido			
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	
Arreglo			
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona	
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda	
Deposición			
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia	
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal	
Micción			
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo/a (botella, sonda, orinal ...).	
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.	
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas	

Ir al retrete			
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona	
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a.	
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	
Transferencia (traslado cama/sillón)			
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	
Deambulaci3n			
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo/a.	
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisi3n	

	0	Dependiente	
Subir y bajar escaleras			
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.	
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones	

La incapacidad funcional se valora como:	* Severa: < 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos. ASISTIDO/A	* Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 80 - 100 puntos. VÁLIDO/A	Puntuación Total:
--	--	---	-------------------

6) Autorización del Banco de Previsión Social:

Convenio de BPS con la Facultad de Enfermería: "Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, a través de su Servicio de Extensión Universitaria. Se realizarán intervenciones en los complejos habitacionales de Montevideo, a través de distintas actividades en coordinación con el equipo técnico que atiende los complejos:

- Diagnóstico situacional de cada complejo habitacional para la identificación de sus necesidades.
- Talleres informativo-docentes de prevención e intervenciones directas: control de presión arterial, glicemia y consumo de la medicación.

- Atención primaria a domicilio de algunos residentes que transitoriamente requieran apoyo, con lo que se logra evitar su institucionalización.
- Derivación a la psicóloga del equipo de BPS para consultas puntuales de orientación.
- Actividades grupales de recreación y estimulación.
- Actividades físicas y caminatas por el barrio.
- Coordinación de los docentes con los servicios de la salud a efectos de mejorar la atención en domicilio de aquellas personas que no cuentan con redes de apoyo y tienen dificultad para trasladarse.
- Asistente personal: Es una persona que, con su trabajo remunerado, brinda ayuda adaptada a las necesidades de la persona con discapacidad severa. Las tareas a cumplir pueden consistir en el apoyo para levantarse de la cama, facilitar la higiene, alimentación, movilización, trabajo, estudio y recreación, etc. Éstas serán determinadas por el beneficiario y convenidas entre ambas partes. Programa de Asistentes Personales para personas con Discapacidad Severa en el marco de la reglamentación del Capítulo IV del artículo 25 al 30 de la Ley 18.651.¹

Anexo N°2 Ley n° 18.651 protección integral de personas con Discapacidad asistencia personal para personas con discapacidades severas capítulo I objeto de la ley, definiciones y responsabilidad del Estado Artículo 1º: Establece un sistema de protección integral a las personas con discapacidad, tendiente a asegurarles su atención médica, su educación, su rehabilitación física, psíquica, social, económica y profesional y su cobertura de seguridad social, así como otorgarles los beneficios, las prestaciones y estímulos que permitan neutralizar las desventajas que la discapacidad les provoca y les dé oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las demás personas. Artículo 2º: Se considera con discapacidad a toda persona que padezca o presente una alteración funcional permanente o prolongada, física (motriz, sensorial, orgánica, visceral) o mental (intelectual y/o psíquica) que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral. Artículo 3º: Prevención es la aplicación de medidas destinadas a impedir la ocurrencia de discapacidades tal como se describen en el artículo 2º de la presente ley o, si éstas han ocurrido, evitar que tengan consecuencias físicas, psicológicas o sociales negativas. Artículo 4º: Rehabilitación integral es el proceso total, caracterizado por la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, sociales, psicológicas, educativas y laborales, para adaptar o readaptar al individuo, que tiene por

objeto lograr el más alto nivel posible de capacidad y de inclusión social de las personas con discapacidad, así como también las acciones que tiendan a eliminar las desventajas del medio en que se desenvuelven para el desarrollo de dicha capacidad. Se entiende por rehabilitación profesional la parte del proceso de rehabilitación integral en que se suministran los medios, especialmente orientación profesional, formación profesional y colocación selectiva, para que las personas con discapacidad puedan obtener y conservar un empleo adecuado. Artículo 7º: La protección de la persona con discapacidad de cualquier edad se cumplirá mediante acciones y medidas en orden a su salud, educación, seguridad social y trabajo. Artículo 8º: El Estado prestará asistencia coordinada a las personas con discapacidad que carezcan de alguno o todos los beneficios a que refieren los literales siguientes del presente artículo, a fin de que puedan desempeñar en la sociedad un papel equivalente al que ejercen las demás personas.

Capítulo IV Asistencia personal para personas con Discapacidades severas Artículo 25: Facúltase al Poder Ejecutivo a crear en el Banco de Previsión Social el Programa de Asistentes Personales para personas con discapacidades severas, requiriendo para su instrumentación la intervención del Banco de Previsión Social. Artículo 26: A través del programa mencionado en el artículo 25 de la presente ley, facúltase al Poder Ejecutivo a otorgar una prestación para la contratación de asistentes personales a quienes acrediten la necesidad de ser beneficiarios de este servicio para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria. Para ser asistente personal será imprescindible: A. Estar capacitado para desarrollar las tareas de asistencia personal. B. La obtención de certificado habilitante expedido por la entidad o entidades que determine la reglamentación. Artículo 27: A los efectos de la presente ley se entenderá por: A. Actividades básicas de la vida diaria: levantarse de la cama, higiene, vestido, alimentación, movilización y desplazamiento, trabajo, estudio y recreación, entre otras. B. Asistentes personales: personas capacitadas para desarrollar las tareas de asistencia directa y personal a las personas mencionadas en el artículo 25 de la presente ley. Artículo 28: La existencia de la discapacidad a que refiere el presente capítulo, será evaluada por el Ministerio de Salud Pública en acuerdo con la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad como establece el artículo 37 de la presente ley. ²

7) Glosario:

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): Son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana.

Adulto mayor: Persona adulta en plenitud de su tercera edad, toda persona de 65 años o mayor de cualquier sexo, raza, religión, color, posición económica y social.

Anciano: Según la OMS, a las personas de 75 a 90 son consideradas viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos.

Apoyo social: Conjunto de provisiones expresivas o instrumentales proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza y que pueden producirse tanto en situaciones cotidianas como de crisis.

Artículo científico: Informe escrito que comunica por primera vez los resultados de una investigación. Los artículos científicos publicados en revistas científicas componen la literatura primaria de la ciencia.

Atención Primaria en Salud: Asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

Autodeterminación: Acción causada por la propia persona, en relación a otro, lo que implica una actuación voluntaria, basado en su propio deseo; que surge a lo largo de la vida.

Banco de Previsión Social (BPS): Instituto de seguridad social estatal de Uruguay. Su cometido es coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la seguridad social.

Búsqueda bibliográfica: Elemento esencial para evaluar la importancia de la pregunta de investigación y la escogencia del tipo de diseño del estudio.

Calidad de vida: Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

Capacidad funcional: Facultad presente en una persona, para realizar las actividades de la vida diaria, sin necesidad de supervisión, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad.

Dependencia: Necesidad de ayuda o asistencia importante para poder realizar las actividades de la vida cotidiana. La persona dependiente, como consecuencia de la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, sensorial o mixta, necesita asistencia y/o ayuda para poder llevar a cabo las actividades de la vida diaria y el cuidado personal.

Discapacidad: Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.

Envejecimiento: Proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva.

Equipo Sanitario: Todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud.

Escala de Fumat: Escala que se aplicará para medir la autodeterminación en los adultos mayores.

Escala de Barthel: Creada en 1955 en Maryland y siendo modificada varios años después. Es un instrumento que mide cuantitativamente la capacidad funcional de una persona

Esperanza de vida: Expectativa de vida es la media de la cantidad de años que vive una determinada población absoluta o total en un cierto período.

Geriatría: Rama de la medicina que se ocupa de estudiar al adulto mayor, los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación de las enfermedades del adulto mayor.

Gerontología: Se dedica al estudio de los fenómenos asociados al envejecimiento para su mejor diferenciación.

Hipótesis: Suposición hecha a partir de unos datos que sirve de base para iniciar una investigación o una argumentación.

Institucionalización: Acción y efecto de institucionalizar.

Investigar: Acto de llevar a cabo estrategias para descubrir algo. También permite hacer mención al conjunto de actividades de índole intelectual y experimental de carácter sistemático, con la intención de incrementar los conocimientos sobre un determinado asunto.

Ítem: Cada una de las partes individuales que conforman un conjunto. En este sentido, en un documento escrito, el ítem se refiere a cada uno de los artículos o capítulos en que este se subdivide.

Niveles de atención: Conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad diferentes, necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad.

Pluripatologías: Presencia de 2 o más enfermedades crónicas en una persona.

Polifarmacia: Según la OMS es el uso concomitante de tres o más medicamentos.

Prevalencia: Se denomina a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

PRONAM: Programa Nacional del Adulto Mayor (PRONAM), en la cual su propósito es favorecer un envejecimiento activo saludable.

Rol de enfermería: Conjunto de comportamiento, habilidades, actividades y valores, centrándose en el cuidado de la vida humana a través de todas las etapas de la vida del individuo, sin dejar de lado la atención a la comunidad y familia.

Universalidad: Cualidad de lo que es universal.

Validación: Acción y efecto de validar. La validación de un proyecto habilita al usuario a comprobar todos los elementos en un proyecto para ver problemas potenciales antes de publicar el proyecto. La validación del proyecto es el mismo proceso de validación que forma parte de la publicación del proyecto.

Variable: Representa a aquello que varía o que está sujeto a algún tipo de cambio. Se trata de algo que se caracteriza por ser inestable, inconstante y mudable.

Virginia Henderson: Enfermera teorizadora que incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería.

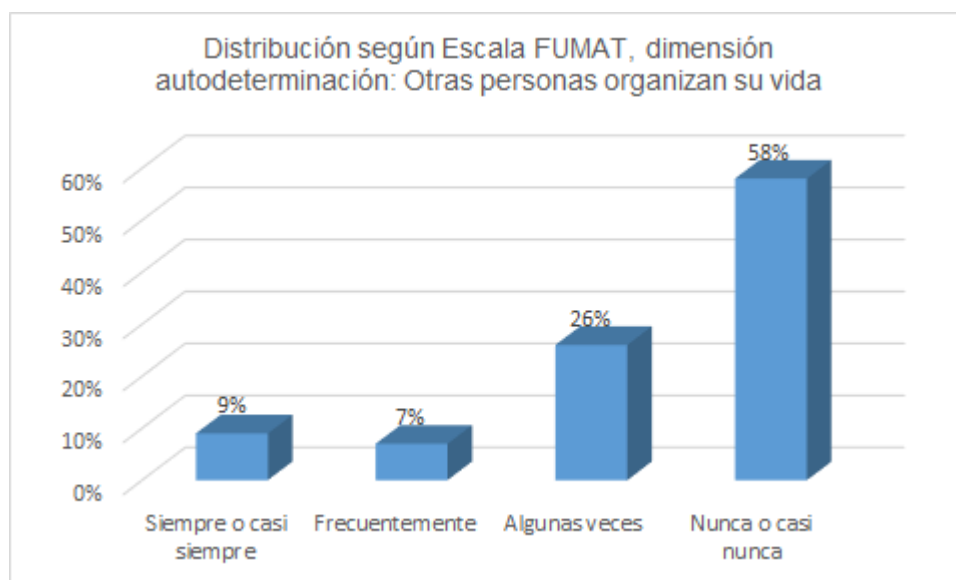
8) Tablas y gráficos de ítems que no resultaron relevantes en la investigación

Tabla 12: Distribución según Escala FUMAT, dimensión autodeterminación: Otras personas organizan su vida

Otras personas organizan su vida	FA	FAA	FR	FR %
Siempre o casi siempre	4	4	0,09	9,00
Frecuentemente	3	7	0,07	7,00
Algunas veces	11	18	0,26	26,00
Nunca o casi nunca	25	43	0,58	58,00
Total	43	43	1,00	100,00

Fuente: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo Uruguay

Gráfico 12: Distribución según Escala FUMAT, dimensión autodeterminación: Otras personas organizan su vida



Fuente: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo Uruguay

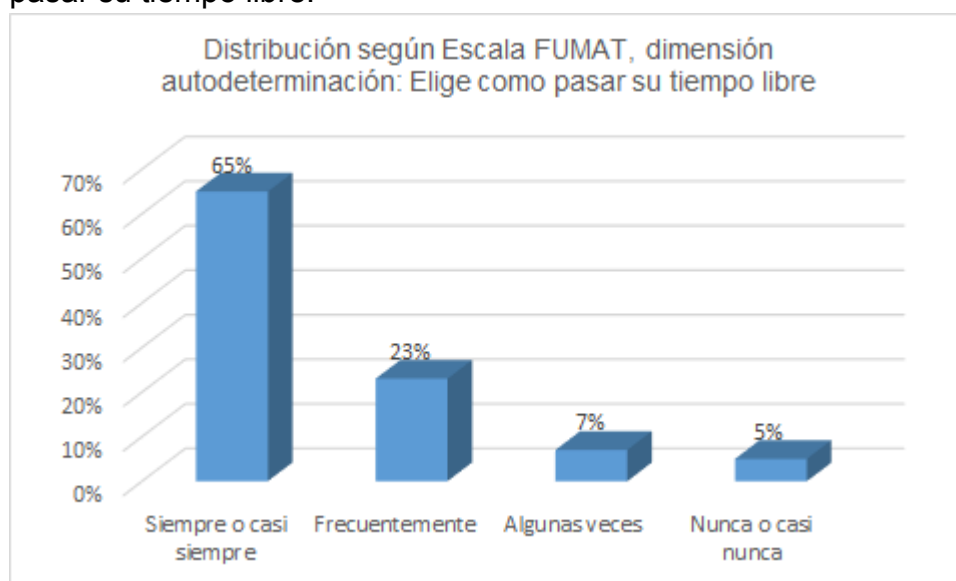
Tabla 13: Distribución según Escala FUMAT. Dimensión autodeterminación: Elige como pasar su tiempo libre.

Elige cómo pasar su tiempo libre	FA	FAA	FR	FR%
Siempre o casi siempre	28	28	0,65	65,00
Frecuentemente	10	38	0,23	23,00

				0
Algunas veces	3	41	0,07	7,00
Nunca o casi nunca	2	43	0,05	5,00
Total	43	43	1,00	100,00

Fuente: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo Uruguay

Gráfico 13: Distribución según Escala FUMAT. Dimensión autodeterminación: Elige como pasar su tiempo libre.



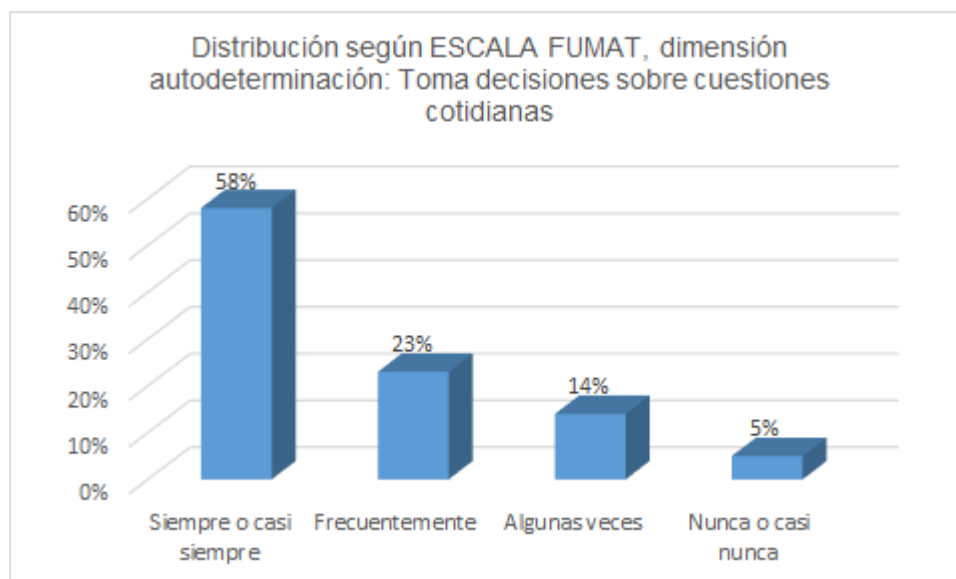
Fuente: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo Uruguay

Tabla 14: Distribución según ESCALA FUMAT. Dimensión autodeterminación: Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas.

Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	FA	FAA	FR	FR%
Siempre o casi siempre	25	25	0,58	58,00
Frecuentemente	10	35	0,23	23,00
Algunas veces	6	41	0,14	14,00
Nunca o casi nunca	2	43	0,05	5,00
Total	43	43	1,00	100,00

Fuente: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo Uruguay

Gráfico 14: Distribución según ESCALA FUMAT, dimensión autodeterminación: Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas.



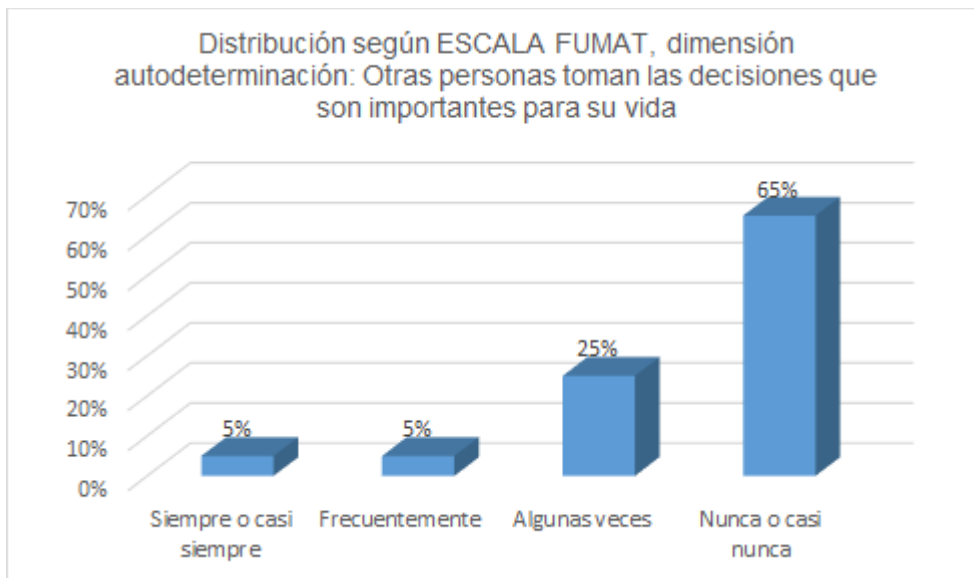
Fuente: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo Uruguay

Tabla 15: Distribución según ESCALA FUMAT, dimensión autodeterminación: Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida

Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	FA	FAA	FR	FR%
Siempre o casi siempre	2	2	0,05	5,00
Frecuentemente	2	4	0,05	5,00
Algunas veces	11	15	0,25	25,00
Nunca o casi nunca	28	43	0,65	65,00
Total	43	43	1,00	100,00

Fuente: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo Uruguay

Gráfico 15: Distribución según ESCALA FUMAT, dimensión autodeterminación: Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida



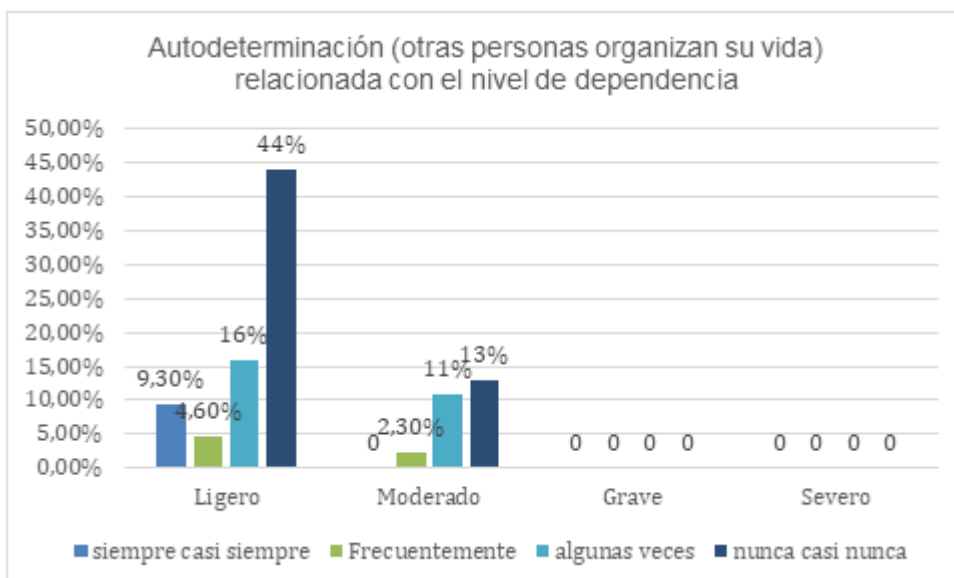
Fuente: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo Uruguay

Tabla 16: Autodeterminación (otras personas organizan su vida) relacionada con el nivel de dependencia.

Nivel de dependencia	Autodeterminación				Total
	Siempre casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca	
Ligero	4	2	6	19	31
Moderado	0	1	5	6	12
Grave	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	0
Total	4	3	11	25	43

FUENTE: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT y ESCALA BARTHEL, en marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo, Uruguay

Gráfico 16: Autodeterminación (otras personas organizan su vida) relacionada con el nivel de dependencia



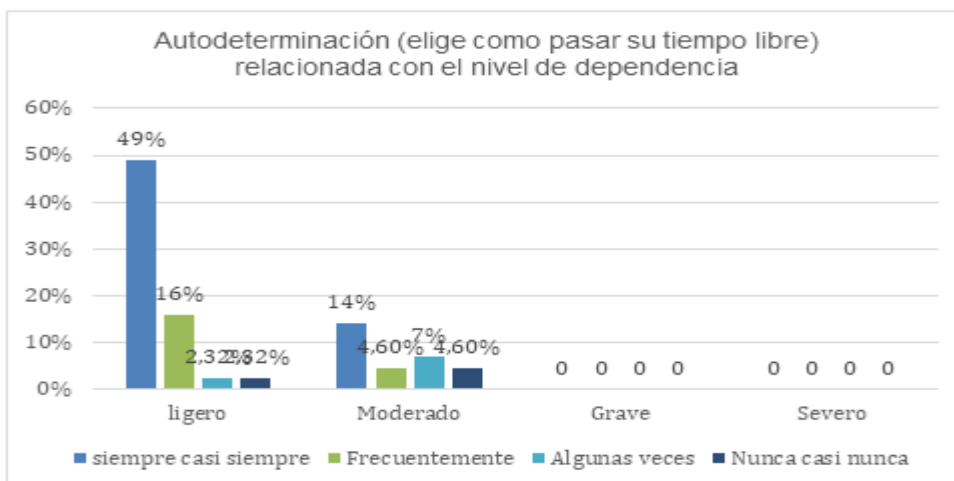
FUENTE: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT y ESCALA BARTHEL, en marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo, Uruguay

Tabla 17: Autodeterminación (elige como pasar su tiempo libre) relacionada con el nivel de dependencia

Nivel de dependencia	Autodeterminación				Total
	Siempre casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca	
Ligero	21	7	1	1	30
Moderado	6	2	3	2	13
Grave	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	0
Total	27	9	4	3	43

FUENTE: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT y ESCALA BARTHEL, en marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo, Uruguay

Gráfico 17: Autodeterminación (elige como pasar su tiempo libre) relacionada con el nivel de dependencia



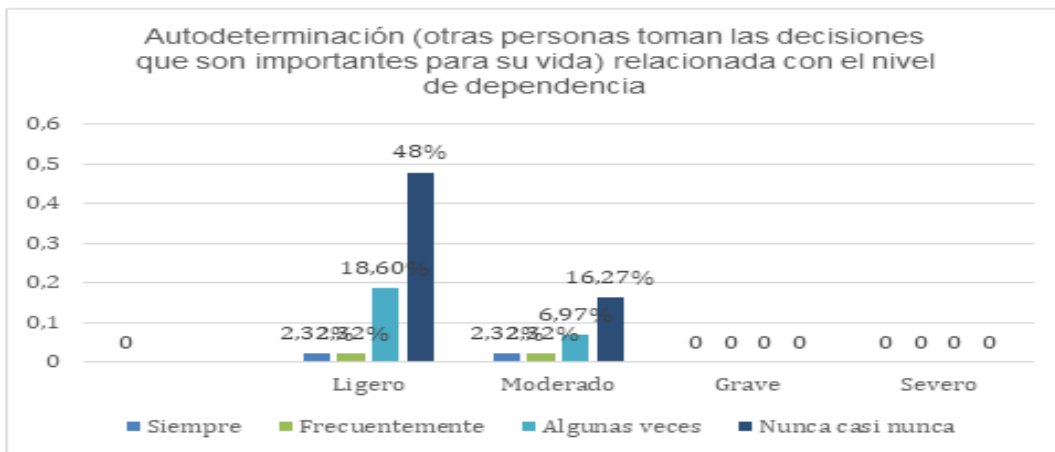
FUENTE: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT y ESCALA BARTHEL, en marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo, Uruguay

Tabla 18: Autodeterminación (otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida) relacionada con el nivel de dependencia

Nivel de dependencia	Autodeterminación				Total
	Siempre casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca	
Ligero	1	1	8	21	31
Moderado	1	1	3	7	12
Grave	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	0
Total	2	2	11	28	43

Fuente: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT y ESCALA BARTHEL, en marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo, Uruguay

Gráfico 18: Autodeterminación (otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida) relacionada con el nivel de dependencia



FUENTE: Datos obtenidos de ESCALA FUMAT y ESCALA BARTHEL, en marzo 2018, en dos complejos BPS, Montevideo, Uruguay

9) Fórmula de validación del instrumento

$$n = \frac{K^2 \times p \times Q \times N}{[e^2 \times (N - 1)] + K^2 \times p \times Q}$$

$$n = \frac{0.5^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 86}{[83^2 \times (85)] + 0.5^2 \times 0.5 \times 0.5}$$